

---

## **S 24 SB 66/07**

### **Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland**

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	13
Kategorie	-
Bemerkung	NZB als unzulässig verworfen
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### **1. Instanz**

Aktenzeichen	S 24 SB 66/07
Datum	17.02.2009

#### **2. Instanz**

Aktenzeichen	L 13 SB 415/12 ZVW
Datum	28.11.2014

#### **3. Instanz**

Datum	28.09.2015
-------	------------

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 17.02.2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX).

Der 1974 geborene Kläger erlernte den Beruf des Fliesenlegers und arbeitete später u. a. als Produktionsmitarbeiter bei der Firma I in C, wo er am 01.04. 2004 bei einem Arbeitsunfall eine Platzwunde am Hinterkopf erlitt. In der Zeit vom 6.12.2004 bis 6.1.2005 wurde der Kläger, der sich 1999 wegen einer Panikstörung in stationärer Behandlung befunden hatte, in den Rheinischen Kliniken C des Landschaftsverbandes Rheinland stationär behandelt (vergleiche Arztbrief vom 27.1.2005 von Prof. Dr. I, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der vorgenannten Kliniken sowie Dr. C, Oberarzt der vorgenannten Abteilung).

Mit Antrag vom 28.11.2006 beehrte der Kläger beim damals zuständigen

---

Versorgungsamt L die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Nach Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte und ihrer gutachterlichen Auswertung stellte das Versorgungsamt L mit Bescheid vom 22.01.2007 beim Kläger einen GdB von 20 fest. Dabei ging es von einem Einzel-GdB von 20 für das beim Kläger bestehende ängstlich-depressive Syndrom, von 10 für eine chronische Magenschleimhautentzündung und von 10 für Halswirbelsäulenbeschwerden aus. Der Kläger erhob hiergegen Widerspruch, welcher durch Widerspruchsbescheid der Bezirksregierung Münster vom 19.03.2007 als unbegründet zurückgewiesen wurde.

Dagegen hat der Kläger am 16.4.2007 beim Sozialgericht Köln Klage erhoben und sein Begehren weiterverfolgt. Das Sozialgericht hat den Entlassungsbericht der Klinik C M vom 12.3.2007 über eine zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme beigezogen und den Orthopäden Dr. C1 sowie den Neurologen und Psychiater Dr. H mit der Begutachtung des Klägers betraut. Dr. C1 ist als Hauptsachverständiger zusammenfassend zu der Einschätzung gelangt, beim Kläger bestehe im Bereich des Funktionssystems Psyche ein Einzel-GdB von 20, im Bereich des Funktionssystems Wirbelsäule von 10 sowie im Bereich des Funktionssystems Magen-Darm von 10, was insgesamt einen GdB von 20 rechtfertige. Hierzu hat der Kläger eine Stellungnahme des ihn behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. C vom 20.08.2007 aus dem parallel geführten Verfahren gegen die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten wegen Leistungen der Unfallversicherung aufgrund des Arbeitsunfalls vom 01.04.2004 vorgelegt, in der Dr. C die im Dezember 2004 diagnostizierte, generalisierte Angststörung als Unfallfolge angesehen hat. Nach weiteren Einwänden des Klägers gegen die bis dahin vorliegenden gerichtlichen Sachverständigengutachten und Vertagung der mündlichen Verhandlung hat das Sozialgericht Gutachten des Orthopäden Dr. U sowie des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. W eingeholt. Dr. W ist hierbei zusammenfassend zu der Einschätzung gelangt, im Bereich des Funktionssystems Wirbelsäule bestehe ein Einzel-GdB von 10, im Funktionssystem untere Gliedmaßen ein Einzel-GdB von 10 und im Bereich der Psyche von 20, der Gesamt-GdB betrage 20. Mit Urteil vom 17.02.2009, auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen wird, hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Dagegen hat der Kläger rechtzeitig Berufung eingelegt. Im vor dem 6. Senat des erkennenden Gerichts geführten Berufungsverfahren sind der Arztbrief von Dr. N, Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie des Gemeinschaftskrankenhauses C vom 05.04.2009 sowie das Gutachten von Dr. C vom 3.1.2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 20.08.2007 und das Gutachten von Dr. N1 vom 12.04.2007, jeweils erstattet in dem Verfahren gegen die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten beigezogen und sodann der Facharzt für innere Medizin und Psychotherapie Dr. L mit der Begutachtung des Klägers beauftragt worden. Dr. L ist zu der Einschätzung gelangt, das Krankheitsbild des Klägers habe sich im Bereich der linken Hüfte verschlimmert, sodass ab Ende des Jahres 2008 ein Gesamt-GdB von 30 zu empfehlen sei. Nachdem der Kläger mit einer entsprechenden vergleichweisen Regelung nicht einverstanden gewesen ist, ist auf Antrag des Klägers Dr. C gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) als Sachverständiger gehört worden. In seinem im August 2011 erstatteten Gutachten

---

hat Dr. C ausgeführt, beim Kläger bestehe als Folge des im Jahr 2004 erlittenen Arbeitsunfalles eine posttraumatische Belastungsstörung, die mit einem GdB von 50 zu bemessen sei.

Durch Urteil vom 06.10.2011, auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen wird, ist die Berufung zurückgewiesen worden. Auf die Beschwerde des Klägers ist dieses Urteil durch Beschluss des Bundessozialgerichts vom 25.10.2012 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen worden.

Nachdem wegen Änderungen der Geschäftsverteilung der erkennende Senat nach dem maßgeblichen Geschäftsverteilungsplan des Gerichtes zuständig geworden war, ist Dr. C in dem Erörterungstermin vom 15.3.2013 sowie zwei weiteren schriftlichen Stellungnahmen ergänzend angehört worden; wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift und die ergänzenden Stellungnahmen vom 18.4.2013 und 22.7.2013 Bezug genommen. Der Senat hat weiteren Beweis erhoben durch die Einholung eines Gutachtens von Dr. Z, Leitender Oberarzt des Zentrums für transkulturelle Psychiatrie der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Evangelischen Kliniken H nebst neuropsychologischem Zusatzgutachten der Dipl.-Psychologin Dr. C2.

Anlässlich der gutachtlichen Untersuchungen hat der Kläger ergänzend den Entlassungsbericht einer von September 2013 bis Oktober 2013 ganztägig durchgeführten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme vorgelegt. Zusammenfassend ist Dr. Z zu der Einschätzung gelangt, auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet bestehe bei dem Kläger eine länger dauernde ängstlich depressive Entwicklung im Sinne einer leichtgradigen Dysthymie, ferner eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung allenfalls leichtgradig ausgeprägt sowie Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden und asthenischen Anteilen, wobei aufgrund ausgeprägter Aggravationen und teilweiser Simulationsneigungen des Klägers hier eine sinnvolle Zuordnung nicht möglich sei. Auf den sonstigen nach Aktenlage zu beurteilten Fachgebieten bestehe beim Kläger ein myalgisches Wirbelsäulensyndrom bei Fehlhaltung ohne motorisch-neurologische Ausfälle bei funktioneller Beinverkürzung rechts, ferner eine Funktionsbeeinträchtigung der linken Hüfte/Hüftregion, Reizsymptomatik der Hautnerven am linken Bein und wiederkehrende Magen-Schleimhaut-Entzündungen. Für das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche sei ein Einzel-GdB von 10, für das Funktionssystem untere Extremitäten ein Einzel-GdB von 20, für das Funktionssystem Wirbelsäule ein Einzel-GdB von 10 und für das Funktionssystem der inneren Sekretion ebenfalls ein Einzel-GdB von 10 angemessen. Insgesamt ergebe sich ein Gesamt-GdB von 20.

Diese Gutachten sind dem Klägerbevollmächtigten zur Stellungnahme binnen 6 Wochen am 12.05.2014 übersandt worden. Unter dem 10. sowie dem 24.07.2014 ist der Kläger hieran erinnert worden. Nachdem der Kläger mit Schriftsatz vom 28.7.2014 mitgeteilt hatte, die übersandten Gutachten bedürften einer umfangreichen Überprüfung, ist unter dem 29.10.2014 die Ladung zur mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat erfolgt. Nach Hinweis des

---

Gerichts auf die angesichts der Beweislage gegebene Aussichtslosigkeit des Verfahrens hat der Klägerbevollmächtigte unter dem 25.11.2014 die Aufhebung des Verhandlungstermins hilfsweise die Vertagung der Sache beantragt und zur Begründung ausgeführt, in einem weiteren sozialgerichtlichen Verfahren werde ein Gutachten von dem leitenden Arzt einer Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie eines Krankenhauses eingeholt. Dieses Gutachten sei unterschriftsreif bearbeitet und werde dem Sozialgericht in den nächsten Tagen zugeleitet. Da dieses Gutachten im vorliegenden Verfahren als Beweismittel in Betracht komme und Aufschluss darüber geben könne, ob die Gutachten von Dr. Z und Dr. C2 zutreffend seien, solle der Eingang abgewartet werden. Nach Hinweis darauf, dass hinreichend Zeit zur Stellungnahme zu den Gutachten von Dr. Z und Dr. C2 bestanden habe und ein Grund zur Terminaufhebung nicht ersichtlich sei, hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 26.11.2014 ausgeführt, die Verfahrensweise des erkennenden Senats verletze den Kläger in seinen elementaren Grundrechten, insbesondere seiner Menschenwürde, des Anspruchs auf einen fairen Prozess und der Gewährung des rechtlichen Gehörs. Die in den gerichtlichen Gutachten Dr. Z und Dr. C2 angeführten Zitate seien nur sehr zeitaufwendig überprüfbar. Die vielfachen Hinweise auf amerikanische Autoren begründeten den dringenden Verdacht, dass nicht die maßgebliche herrschende deutsche wissenschaftliche Lehrmeinung, sondern ausländische, insbesondere amerikanische Vorstellungen angewendet worden seien. Dies mache die Gutachten unverwertbar. Es bestehe der Verdacht, dass die Sachverständigen fremdgesteuerte Spezialauffassungen vertreten hätten, die zwar der amerikanischen Geheimdienstpraxis entsprächen, nicht aber der herrschenden deutschen wissenschaftlichen Auffassung. Die Sachverständigen Dr. Z und Dr. C2 seien daher unter vollständiger Beiziehung der vom Kläger im Rahmen der Begutachtung abgegebenen schriftlich protokollierten Äußerungen zu hören und dem Kläger Gelegenheit zur Ausübung seines Fragerechts zu weiteren näher dargelegten Fragen zu geben. Außerdem sei ein Ergänzungsgutachten von Dr. C, hilfsweise ein Obergutachten einzuholen. Ferner würden sämtliche Beweisanträge aus dem ersten Berufungsverfahren in vollem Umfang wiederholt.

Der Kläger beantragt,

die mündliche Verhandlung zu vertagen und stellt weiter die Anträge aus den Schriftsätzen vom 25. und 26.11.2014.

Hilfsweise beantragt er,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 17.02.2009 zu ändern, und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides des Versorgungsamtes L vom 22.01.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides der Bezirksregierung Münster vom 19.03.2007 zu verurteilen, bei ihm mit Wirkung ab 28.11.2006 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

---

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten, die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Ablichtungen aus dem unfallversicherungsrechtlichen Streitverfahren Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat war nicht gehindert in dem anberaumten Verhandlungstermin durch Urteil zu entscheiden.

Der Senat war insbesondere nicht gehalten, über die Beweisanträge des Klägers durch gesonderten Beschluss zu entscheiden. Auch wenn der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, in der mündlichen Verhandlung in erster Linie deren Vertagung sowie die Stattgabe hinsichtlich seiner Beweisanträge erreichen wollte und den Sachantrag ausdrücklich nur hilfsweise gestellt hat, war ein besonderer Beschluss entbehrlich. Denn nach [§ 358](#) Zivilprozessordnung (ZPO), der nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) im sozialgerichtlichen Verfahren entsprechend anzuwenden ist, bedarf es eines besonderen Beweisbeschlusses nur dann, wenn die Beweisaufnahme ein besonderes Verfahren erfordert. Erst recht bedarf es daher keines besonderen Beschlusses, wenn dem Beweisantrag eines Beteiligten, wie hier, nicht stattgegeben wird, wenn also überhaupt keine Beweisaufnahme stattfindet; in diesen Fällen genügt es, wenn in den Urteilsgründen dargelegt wird, weshalb das Gericht weitere Ermittlungen nicht für erforderlich angesehen hat (vergleiche BSG, Urteil vom 23.8.1967, [5 RKn 114/ 65](#)).

Ein Anlass zu der vom Kläger beantragten Vertagung und/oder ergänzenden Befragung der gerichtlichen Sachverständigen bzw. ergänzenden Anhörung Dr. C bestand ebenso wenig wie zur Einholung eines Obergutachtens. Hinsichtlich sämtlicher Anträge ist schon nicht klar erkennbar, welchem Rechtsschutzziel sie dienen sollen, denn den Sachantrag hat der anwaltlich vertretene Kläger ausdrücklich nur hilfsweise gestellt. Offensichtlich erstrebt der Kläger mithin nicht in der Hauptsache ein obsiegendes Sachurteil, dessen Erreichung die Beweisanträge dienen sollen, sondern eine Verzögerung des Rechtsstreits. Als Hauptantrag stellt der Beweisantrag sich nicht als einem Sachantrag dienender untergeordneter Verfahrensantrag mit dem Ziel dar, den Sachantrag zu fördern und ihm zum Erfolg zu verhelfen, vielmehr wird er als unabhängig von weiteren Sachanträgen gestellter Antrag selbst zum Sachantrag. Ein eigenständiges Rechtsschutzinteresse an der Vertagung bzw. Durchführung einer Beweisaufnahme besteht jedoch nicht.

Selbst wenn trotz der anwaltlich gestellten Anträge zu Gunsten des Klägers davon ausgegangen wird, dass die Hauptanträge dem hilfsweise gestellten Sachantrag zum Erfolg verhelfen sollen, waren weder eine Vertagung noch eine weitere Beweiserhebung geboten.

Die Notwendigkeit der Vertagung hat der Kläger damit begründet, dass er noch ein Gutachten, das in einem anderen sozialgerichtlichen Verfahren in Auftrag gegeben worden sei, aber derzeit noch nicht vorliege, einreichen wolle. Eine Vertagung aus diesem Grunde scheidet schon deshalb aus, weil nicht ersichtlich ist, dass ein -

---

noch unbekanntes – Gutachten in einem anderen sozialgerichtlichen Verfahren, das zudem zu einem anderen Streitgegenstand erstattet wird, Einfluss auf die im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung zu beurteilende Entscheidungsreife des vorliegenden Verfahrens haben kann.

Der Senat sieht sich auch nicht dazu gedrängt, die Sachverständigen Dr. Z, Dr. C2, Dr. H, Dr. C1, Dr. U, Dr. W, Dr. L und Dr. C in einem Termin mündlich zu ihrem Gutachten zu befragen ([§ 118 Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411 Abs. 3 ZPO](#)). Denn der Sachverhalt ist durch die schriftlich erstatteten Gutachten, die ergänzenden schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen hinreichend geklärt. Der Kläger hat auch weder sachdienliche Fragen angekündigt noch weiteren Aufklärungs- und Ermittlungsbedarf aufgezeigt. Hinsichtlich der Anhörung der Sachverständigen Dr. H, Dr. C1, Dr. U, Dr. W, Dr. L und Dr. C wiederholt der Kläger seinen Antrag vom 6.12.2011 ohne deutlich zu machen, welche klärungsbedürftigen Punkte noch gesehen werden. Der Kläger lässt auch völlig außer Acht, dass Dr. C in dem Erörterungstermin am 15.3.2013 ergänzend angehört und zudem schriftlich ergänzend befragt wurde (Stellungnahmen vom 18.4.2013 und 22.7.2013). Dass hier weiterhin klärungsbedürftige Punkte vorhanden sein sollen, ist weder ersichtlich noch konkret vorgetragen. Die nochmalige Anhörung desselben Gutachters bzw. die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme ist auch nicht deswegen geboten, weil zwischenzeitlich Gutachten von Dr. Z und Dr. C2 von Amts wegen eingeholt worden sind. Sie ist allenfalls dann geboten, wenn der Gutachter sich zu bestimmten wesentlichen Fragen noch nicht geäußert hat oder neue Gesundheitsstörungen aufgetreten sind. Das ist hier weder der Fall noch vorgetragen.

Ein Anspruch auf Einholung eines "Obergutachtens" besteht schon deshalb nicht, weil die Prozessordnungen – auch das SGG – einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung von Sachverständigengutachten durch ein Obergutachten nicht vorsehen und angesichts der vorliegenden Sachverständigengutachten auf unterschiedlichen Fachgebieten, wobei auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sogar mehrere Gutachten eingeholt wurden, die Erforderlichkeit einer weiteren Beweiserhebung nicht ersichtlich ist und auch nicht aufgezeigt wurde.

Es besteht auch keine Veranlassung Dr. Z und Dr. C2 ergänzend zu hören, denn auch insoweit hat der Kläger keine sachdienlichen Fragen angekündigt und der Antrag ist zudem auch verspätet gestellt. Gleichgültig, ob die Aufklärung von Amts wegen als Ausübung des gebotenen Ermessens nach [§ 411 Abs. 3 ZPO](#) zu erfolgen hat oder eindeutig als Anspruch auf Ausübung des Fragerechts angesehen wird, ist ein solcher Antrag rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung zu stellen (vergleiche BSG, Urteil vom 12.4.2000, [B 9 VS 2/99 R](#)). Der Kläger, dem die Gutachten seit Mai 2014 vorlagen, hat hier den Antrag erst mit Schriftsatz vom 26.11.2014 und somit nicht rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung am 28.11.2014 gestellt. Der Antrag ist im übrigen auch nicht sachdienlich, denn entgegen der Auffassung des Klägers ist für die Frage der Richtigkeit medizinischer oder psychologischer Sachverständigengutachten nicht auf eine – vermeintliche – "herrschende deutsche Lehrauffassung" abzustellen, sondern auf den aktuellen Stand der hier herrschenden medizinischen Lehrmeinung ohne Rücksicht auf die

---

jeweilige Herkunft der wissenschaftlichen Auffassungen. Der Kläger und sein Bevollmächtigter hatten im Übrigen ausreichend Zeit und Gelegenheit, sich mit den Gutachten auseinander zu setzen.

Der Senat war auch nicht unter Berücksichtigung des Fragerechts des Klägers nach [§§ 116 S. 2, 118 Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 397, 402, 411 Abs. 4 ZPO](#) gehalten, den Beweisanträgen nachzukommen. Danach steht jedem Beteiligten das Recht zu, den Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache für dienlich erachtet. Sachdienlichkeit im Sinne von [§ 116 S. 2 SGG](#) ist insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Fragen im Rahmen des Beweisthemas halten und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet sind. Abgelehnt werden kann ein solcher Antrag prozessordnungsgemäß auch dann, wenn er rechtsmissbräuchlich gestellt ist, insbesondere wenn die Notwendigkeit einer Erörterung überhaupt nicht begründet wird, wenn die an den Sachverständigen zu richtenden Fragen nicht hinreichend genau benannt oder nur beweisunerhebliche Fragen angekündigt werden (vergleiche BSG, Beschluss vom 10.12.2013, [B 13 R 198/13 B](#)). Die Fragen müssen zudem rechtzeitig gestellt werden. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze stellt sich das Verhalten des Klägers zum einen als verfahrensverzögernd dar, denn er hat das Fragerecht hinsichtlich der Sachverständigengutachten von Dr. Z und Dr. C2, die ihm seit Mai 2014 vorlagen, erst mit Schriftsatz vom 26.11.2014 und damit nicht rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung am 28.11.2014 geltend gemacht. Zum anderen sind die Anträge nicht sachdienlich, denn sie enthalten, wie oben dargelegt, sämtlich keine hinreichend benannten sachdienlichen Fragen.

Die zulässige Berufung, über die demnach im anberaumten Senatstermin zu entscheiden war, ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 20, so dass er durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 SGG](#) beschwert ist.

Nach Auflösung der Landesversorgungsverwaltung und Übertragung der Aufgaben nach den §§ 69, 145 SGB Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) auf die Kreise und kreisfreien Städte durch §§ 1 Abs. 1 und 2 Abs. 1 des als Art. 1 des Zweiten Gesetzes zur Straffung der Gebührenstruktur in Nordrhein-Westfalen vom 30.10.2007 erlassenen Gesetzes zur Eingliederung der Versorgungsämter in die allgemeine Verwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen ist der Rhein-Sieg-Kreis richtiger Beklagter (vergleiche zur Rechtmäßigkeit dieser Aufgabenübertragung BSG, Urteil vom 23.04. 2009, [B 9 SB 3/08 R](#)).

Rechtsgrundlage für einen möglichen Anspruch des Klägers auf Feststellung eines höheren GdB ist [§ 69 SGB IX](#). Nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt. Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB

---

nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)). Nach [§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher Ihre Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) sind Menschen schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt.

Gemäß [§ 69 Abs. 1 S. 5 SGB IX](#) in der bis zum 20.12.2007 maßgeblichen Fassung gelten bei der Feststellung der Behinderung die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) entsprechend. Durch diesen Verweis stellt [§ 69 SGB IX](#) auf das versorgungsrechtliche Bewertungssystem ab, dessen Ausgangspunkt die Mindestvomhundertsätze für eine größere Zahl erheblicher äußerer Körperschäden im Sinne der Nr. 5 Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu [§ 30 BVG](#) sind. Von diesen Vomhundertsätzen leiten sich die aus den Erfahrungen der Versorgungsverwaltung und den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft gewonnenen Tabellenwerte der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ab. In [§ 69 Abs. 1 S. 5 SGB IX](#) in der ab 21.12.2007 geltenden Fassung wird zusätzlich auf die aufgrund des [§ 30 Abs. 17 BVG](#) (seit 1.7.2011 [§ 30 Abs. 16 BVG](#)) mit Wirkung ab 1.1.2009 erlassene Rechtsverordnung (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - vom 10.12.2008) und insbesondere ihre Anlage zu § 2 (Versorgungsmedizinische Grundsätze -VMG -) Bezug genommen. Anzuwenden sind mithin vorliegend für die Zeit ab Antragstellung bis zum Ende des Jahres 2008 die AHP und für die Zeit ab 1.1.2009 sind die VMG die Grundlage für die Feststellung des GdB. Aus diesem Wechsel ergeben sich hier keine inhaltlichen Abweichungen, da der Wortlaut der maßgebenden Abschnitte der AHP und der VMG identisch ist (vergleiche BSG, Urteil vom 2.12.2010, [B 9 SB 4/10 R](#)). Die AHP bestimmen grundsätzlich den Maßstab, nach dem der GdB einzuschätzen ist. Entsprechendes gilt für die seit dem 1.1.2009 in Kraft befindliche VersMedV als verbindliche Rechtsquelle (vergleiche BSG, Urteil vom 2.12.2010 [aaO](#)).

Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme ist der GdB bei dem Kläger insgesamt mit 20 zu bewerten. Die Bemessung des (Gesamt -) GdB ist in drei Schritten vorzunehmen und grundsätzlich trichterliche Aufgabe (BSG, Beschluss vom 9.12.2010, [B 9 SB 35/10 B](#)). In einem ersten Schritt sind unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens die einzelnen, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen, von der Norm abweichenden Zuständen gemäß [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden Teilhabebeeinträchtigungen festzustellen. In einem zweiten Schritt sind diese den in den VMG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann, in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB, in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der maßgebliche (Gesamt -)GdB zu bilden (vergleiche BSG, Urteil vom 30.9.2009, B 9 SB 4/08R).



---

Für das Funktionssystem Beine ist für die Zeit ab Dezember 2009 ein Einzel- GdB von 20 und für die vorangegangene Zeit von 10 angemessen, die jeweils durch Funktionsbeeinträchtigungen der Hüftgelenke bedingt werden. Nach Teil A Nr. 26.18 AHP und Teil B Nr. 18.14 VMG sind Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke geringen Grades bei einseitigem Vorkommen mit einem Einzel GdB von 10-20 und bei beidseitigem Vorkommen mit einem Einzel-GdB von 20-30 zu bewerten. Bewegungseinschränkungen mittleren Grades bedingen bei Einseitigkeit einen GdB von 30 und bei Beidseitigkeit einen GdB von 50. Unter Berücksichtigung dieser Bewertungsmaßstäbe ist bei dem Kläger allenfalls ab Dezember 2009 ein Einzel- GdB von 20 gerechtfertigt. Bei der Untersuchung durch Dr. C1 fanden sich im Bereich der Hüftgelenke keinerlei Bewegungseinschränkungen, erst Dr. U konnte bei seiner Untersuchung im Oktober 2008 eine Formstörung beider Hüftgelenke mit knöchernem Engpassphänomen bei Zustand nach Knochenknorpelglättung im August 2008 feststellen. Da diese Funktionsstörung lediglich Extrembewegungen mit maximaler Hüftbeugung ausschloss, hat Dr. U den GdB zutreffend mit 10 bewertet. Erst bei der Untersuchung durch Dr. L im April 2010 bestanden geringgradige Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Hüftgelenke, die einen GdB von 20 rechtfertigten. Entsprechend den Feststellungen von Dr. L ist davon auszugehen, dass dieser Zustand seit Dezember 2009 bestand. Maßgebliche Verschlimmerungen sind seither nicht ersichtlich.

Für die Funktionsstörungen des Klägers im Funktionssystem Rumpf war für den streitbefangenen Zeitraum insgesamt ein Einzel-GdB von 10 anzusetzen. Nach Teil A Nr. 26.18 AHP und Teil B Nr. 18.9 VMG sind Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität mit einem Einzel-GdB von 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen mit einem Einzel-GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit einem Einzel-GdB von 20 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem Einzel-GdB von 30-40 zu bewerten. Der Wert für den Einzel-GdB ergibt sich dabei primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Verformung und Instabilität der Wirbelsäule sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Danach war bei dem Kläger nur ein Einzel-GdB von 10 festzustellen, weil bei ihm nur geringe funktionelle Auswirkungen bestanden.

In internistischer Hinsicht liegt beim Kläger nach der Feststellung des Internisten Dr. L eine chronische Gastritis vor, welcher ein Einzel-GdB von 10 zuzuordnen ist. Auch diese Beurteilung stimmt mit den AHP bzw. den VMG überein. Nach Teil A Nr. 26.10. AHP und Teil B Nr. 10.2.1 VMG ist einer chronischen Gastritis (histologisch gesicherte Veränderung der Magenschleimhaut) ein Einzel-GdB von 0 bis 10 zuzuordnen.

Die bei dem Kläger bestehende Gesundheitsstörung im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche war im streitbefangenen Zeitraum mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Nach Teil A Nr. 26.3 AHP bzw. Teil B Nr. 3.1 VMG sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata zu bewerten. Danach sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0-20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis-

---

und Gestaltungsfähigkeit mit einem GdB von 30-40 und schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50-70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80-100 zu bewerten. Die bei dem Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet in Form einer Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und asthenischen Anteilen, einer leichtgradigen Dysthymie und leichtgradig ausgeprägter somatoformer Schmerzstörung, die die Sachverständigen Dr. H, Dr. W und Dr. Z übereinstimmend diagnostiziert haben, sind nach den vorgenannten Maßstäben zu bewerten. Unter Berücksichtigung der Ausprägung der Störungen handelt es sich um leichtere psychische Störungen, die einen GdB von 10 rechtfertigen. Der Senat folgt insoweit dem Gutachten von Dr. Z, da es angesichts seiner Ausführlichkeit und Genauigkeit sowie der kritischen Bewertung aller über den Kläger erhobenen Befunde am überzeugendsten ist.

Dabei ist auch die psychologische Zusatzbegutachtung durch Dr. C2 nicht zu beanstanden. Vielmehr liegt es in der Aufgabe der gerichtlichen Sachverständigen, gerade bei psychiatrischen Krankheitsbildern, wie den hier geltend gemachten, die Angaben der Betroffenen kritisch zu überprüfen. Das bedeutet im Übrigen gerade keine negative Voreingenommenheit oder gar feindliche Tendenz, sondern ist Ausdruck der Neutralität und Objektivität, zu der jeder gerichtliche Sachverständige verpflichtet ist, denn sowohl eine Dissimulation wie auch die hier vorliegende Aggravation sind stets zu überprüfen. Die Einschätzung von Dr. Z und Dr. C2 wird auch nicht durch die beiden anderen zuvor gemäß [§ 106 SGG](#) eingeholten Sachverständigengutachten in Frage gestellt. Denn Dr. H hat in seinem Gutachten ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei einem Einzel-GdB von 20 um eine sehr wohlwollende Beurteilung handelt und Dr. W hat ausgeführt, dass ein Einzel-GdB von 20 den Ermessensspielraum großzügig ausschöpfe. Unter zutreffender Bewertung der beim Kläger vorliegenden Störungen, die allesamt nur geringfügig die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einschränken, ist lediglich ein GdB von 10 angemessen, wie Dr. Z überzeugend begründet hat. Der Kläger war bei sämtlichen Untersuchungen in psychopathologischer Hinsicht wach, allseits gut orientiert und bewusstseinsklar, in der Vigilanz ungestört und in der Antriebslage unauffällig. Lediglich die Stimmungslage war leichtgradig niedergestimmt, maßgebliche Beeinträchtigungen bezüglich der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die einen höheren GdB als 10 rechtfertigten, ergaben sich jedoch nicht.

Soweit Dr. C eine posttraumatische Belastungsstörung, die er als Folge des Arbeitsunfalls im Jahr 2004 ansieht, diagnostiziert hat und meint, hierbei handele es sich regelmäßig um eine schwere Erkrankung, so dass der Einzel-GdB insoweit stets mit wenigstens 50 zu bewerten sei, während unter Berücksichtigung der von Dr. H und Dr. W gestellten Diagnosen auch deren Einschätzung des Einzel-GdB zutreffend sei, kann dieser Auffassung nicht gefolgt werden. Zum einen sind im Schwerbehindertenrecht alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrem Entstehungsgrund zu erfassen und maßgebend sind allein ihre Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, während einer bestimmten Diagnose allein bei psychischen Erkrankungen grundsätzlich keine entscheidende Bedeutung zukommt. Zum anderen liegt beim Kläger gar keine posttraumatische Belastungsstörung vor

---

Nach dem die AHP bzw. die VersMedV ergänzend Beschluss des ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 06./07.11.2008 setzt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung eine sorgfältige psychiatrische Untersuchung und eine genaue Orientierung an den international vorgegebenen diagnostischen Kategorien voraus (d.h. den von der Weltgesundheitsorganisation erlassenen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, - ICD-10 - und dem von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegebenen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV-TR -). Das bedeutet, dass

A) die betroffene Person Opfer oder Zeuge eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse war, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten und dass die Reaktion des/der Betroffenen intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfasste,

B) ein ständiges Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses auf mindestens einer der im DSM IV-TR genannten Arten gutachtlich auf Befundebene nachvollziehbar geschildert wird,

C) eine anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität, die vor dem Trauma nicht vorhanden war, in mindestens drei der im DSM IV genannten Merkmalen zum Ausdruck kommt,

D) anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus vorliegen, die vor dem Trauma nicht vorhanden waren und die durch mindestens zwei der im DSM IV genannten Merkmale gekennzeichnet sind. Bei der Erhebung dieser Befunde können psychologische Zusatzuntersuchungen hilfreich sein. So sollte im Zweifelsfall die Glaubhaftigkeit der Aussagen des Betroffenen durch entsprechende Standardverfahren (z. B. Beschwerden-Validierungstest, MMPI-2) belegt werden.

E) das Störungsbild länger als einen Monat dauert und in klinisch bedeutender Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht.

Hieraus ergibt sich: Die Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" ist -abgesehen von der Grundvoraussetzung, dass ein unter A) beschriebenes schwerwiegendes Trauma erwiesenermaßen erlebt wurde- nur zu stellen, wenn im psychischen Bereich mindestens sechs verschiedene Symptome, unterschiedlich aufgegliedert, erkennbar sind, die unmittelbar (durch Formen des Wiedererlebens oder durch Vermeidungsstrategien) auf das traumatische Erlebnis zu beziehen und neu nach dem Trauma in Erscheinung getreten sind.

Mit diesen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung entsprechend den maßgeblichen Diagnosekriterien der ICD-10 und DSM-IV hat Dr. C sich weder in seinem Gutachten noch in seinen ergänzenden mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen nachvollziehbar auseinandergesetzt. Wie Dr. Z zutreffend

---

ausgeführt hat, hat der Kläger weder einen lebensbedrohlichen oder zumindest ernsthaft verletzenden Unfall erlebt noch umfasste seine Reaktion intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Der Kläger hat bei dem Unfall lediglich eine Platzwunde am Hinterkopf sowie eine Gehirnerschütterung mit einer kurzen, eine Sekunde andauernden Schreckreaktion mit anschließender Bewusstlosigkeit erlitten. Eine Reaktion im Sinne einer intensiven Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen konnte, wie Dr. Z überzeugend darlegt, schon deshalb nicht erfolgen, weil der Kläger nach dem Unfall direkt bewusstlos gewesen ist und bei der unmittelbar erfolgten Notfallaufnahme im Krankenhaus über die Geringfügigkeit der Verletzung informiert wurde.

Soweit der Klägerbevollmächtigte in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat ausgeführt hat, das Leiden des Klägers sei mit dem Schicksal von Holocaustüberlebenden, bei denen eine PTBS oft auch erst sehr viel später diagnostiziert wurde, vergleichbar, so ist hierfür nichts ersichtlich, denn aufgrund der vom Kläger erlittenen Platzwunde am Hinterkopf bestand für ihn zu keinem Zeitpunkt eine ernst zu nehmende Gefährdung. Nach alledem liegen über die oben genannten, mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewertenden psychischen Beeinträchtigungen keine weiteren Gesundheitsstörungen im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche vor.

Dabei war auch zu berücksichtigen, dass die vom Kläger als vorrangig beschriebenen Beschwerden in Form von Konzentrationsstörungen und Depressivität nach dem Beschwerden-Validierungstest MMPI-2 als aggraviert einzustufen sind, wie Dr. C2 in ihrem Gutachten eingehend dargelegt hat. Die übrigen von Dr. Z zum Familienleben und zum Alltag des Klägers getroffenen Feststellungen, nach welchen der Kläger insoweit im wesentlichen unbeeinträchtigt ist und die sich im übrigen weitgehend mit den früheren Angaben des Klägers bei den gutachtlichen Untersuchungen in diesem Verfahren decken, handelt es sich um leichtere psychische Störungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 ausreichend bewertet sind.

Auf der Grundlage der genannten Einzel-GdB-Werte war bei dem Kläger für den streitbefangenen Zeitraum nach [§ 69 SGB IX](#) in Verbindung mit Teil A Nr. 19 AHP bzw. Teil A Nr. 3 VMG ein Gesamt-GdB von 20 zu bilden. Der maßgebliche Gesamt-GdB ergibt sich dabei aus der Zusammenschau aller Funktionsbeeinträchtigungen. Auszugehen ist gemäß Teil A Nr. 19 AHP und Teil A Nr. 3c VMG von der Beeinträchtigung im Bereich der unteren Extremität, da diese mit einem Wert von 20 den höchsten Einzel-GdB bedingt. Die übrigen Beeinträchtigungen führen aufgrund ihrer Geringfügigkeit nicht zu einer Vergrößerung des Gesamtausmaßes der Behinderung. Dabei hat der Senat auch berücksichtigt, dass bei der Feststellung des GdB eine Addition der Einzel-GdB-Werte oder andere rechnerische Modelle unzulässig sind. Maßgebend sind vielmehr die Auswirkungen sämtlicher Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander, wobei nach Teil A Nr. 19 AHP und Teil A Nr. 3 VMG von Ausnahmefällen abgesehen, die hier nicht vorliegen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die – wie hier – nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen und es auch

---

bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Die sonach gebotene Gesamtbetrachtung lässt die Feststellung eines höheren GdP als 20 nicht zu. Eine weitere Erhöhung scheidet schon an der vergleichsweise geringfügigen Beeinträchtigung durch die übrigen Leiden.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) bestanden nicht.

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

Erstellt am: 18.11.2015

Zuletzt verändert am: 18.11.2015