
Datum: 20.08.2019
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 18. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 18 SB 17/18
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2019:0820.S18SB17.18.00

Sachgebiet: Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Der Kläger beehrte Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) als 40. 2

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 posttraumatischen 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. 3

Der Kläger bezieht bis heute Verletztengeld, eine Feststellung zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die Berufsgenossenschaft (BG) ist bislang nicht erfolgt. 4

Die Beklagte holte einen Befundbericht der Traumaambulanz des Euregio– Instituts für Psychosomatik und Psychotraumatologie in B (F) (Dr. G) und Arztbriefe des BG Klinikums E (12/2016,2/2017) ein. 5

Versorgungsärztlich wurde eine Funktionseinschränkung der rechten oberen Gliedmaße als BG – Leiden mit einem Einzel – GdB von 20 bewertet, ebenso eine seelische Störung. 6

Auf dieser Grundlage stellte die Beklagte mit Bescheid vom 14.06.2017 bei dem Kläger einen GdB von 30 fest.	7
Hiergegen legte der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 06.07.2017 Widerspruch ein. Zur Begründung wurde auf einen dreifachen Krankenhausaufenthalt nach dem Arbeitsunfall wegen einer schweren Verletzung des rechten Armes mit zusätzlicher psychologischer Belastung hingewiesen. Es sei ein GdB von mindestens 50 gerechtfertigt. Beigefügt waren Entlassungsberichte des BG Klinikums E (9/2016,11/2016,2/2017) und ein Arztbrief des Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. G aus dem F (2/2017).	8
Versorgungsärztlich wurde darauf hingewiesen, dass aus dem Bericht der BG Klinik aus Februar 2017 eine MdE von zumindest 20 erlesbar sei. Die Funktionsstörung der Psyche könne auf einen Einzel – GdB von 30 angehoben werden. Mit "Abhilfebescheid" vom 29.08.2017 stellte die Beklagte daraufhin einen GdB von 40 fest.	9
Nachdem durch den Klägerbevollmächtigten unter Beifügung eines Arztbriefes des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. I (9/2017) auf Schädigung des Nervus radialis rechts hingewiesen wurde, die zusätzlich zu berücksichtigen und zu bewerten sei, wurde versorgungsärztlich nunmehr auch die Funktionseinschränkung der rechten oberen Gliedmaße mit einem Einzel – GdB von 30 bewertet, ohne dass eine Erhöhung des Gesamt – GdB befürwortet wurde. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.12.2017 wies die Bezirksregierung Münster den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück.	10
Hiergegen hat der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 10.01.2018 Klage erhoben.	11
Er hat Berichte über ambulante Behandlungen der Klinik für Handchirurgie, Plastische Chirurgie, Zentrum für Schwerverletzte des BG Klinikums E (5/2017, 6/2017,7/2017) vorgelegt.	12
Das Gericht hat den medizinischen Aktenteil der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse beigezogen. Sodann hat das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, forensische Psychiatrie Dr. S vom 19.11.2018 mit Zusatzuntersuchung durch die Neurologin T und Zusatzgutachten des Arztes für Orthopädie Dr. X vom 16.07.2018. Nach Einwänden des Kläger-Bevollmächtigten hat das Gericht eine ergänzende Stellungnahme des Dr. X vom 01.04.2019 eingeholt. Die Sachverständigen haben die Bewertungen der Beklagten bestätigt, wobei Frau Dr. S darauf hingewiesen hat, dass der Einzel-GdB von 30 für eine abklingende PTBS nur soeben erreicht werde. Vor der mündlichen 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 vorübergehend 30 %, nach Ablauf von spätestens drei Jahren von 20 % angenommen wird.	13
Klägerseitig wird durch den Bevollmächtigten die sozialmedizinische Bewertung der Sachverständigen kritisiert. So seien etwa die Ausmaße der Unterarmdrehbeweglichkeit nicht ausreichend berücksichtigt. 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 Ulnarisschädigung mit verbliebenen sensiblen Defiziten auch ein Verdacht auf eine sensible Radialisschädigung festgestellt worden sei. Die psychiatrische Sachverständige berücksichtige zu wenig, dass der Kläger bei seinem Unfall beinahe ums Leben gekommen wäre und in den vergangenen Jahren mehrfach Operationen und stationäre Krankenhausaufenthalte habe hinter sich	14

bringen müssen. Zudem bestätige die Sachverständige, dass trotz positiver Veränderungen vor allem im privaten Bereich weiterhin Psychotherapie notwendig sei. Einzelne in der Anamnese des psychiatrischen Gutachtens geschilderte Begebenheiten, das Funktionsniveau betreffend, bestreitet der Kläger – Bevollmächtigte ohne weitere Erläuterung im Rahmen der mündlichen Verhandlung erstmals.

Der Bevollmächtigte des Klägers 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 Kläger einen GdB von mindestens 50 ab Antragstellung festzustellen. 15

Die Vertreterin der Beklagten beantragt, die Klage abzuweisen. 16

Sie hält die sozialmedizinische Einschätzung der Sachverständigen für überzeugend. 17

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach – und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. 18

Entscheidungsgründe: 19

I. Die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) ist unbegründet. Der Kläger 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 (§ 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. 20

II. Maßgebliche Bestimmung für die Feststellung des GdB ist § 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) (§ 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 § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bestimmten Begriff der Behinderung an. 21

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 anlehrende neue Formulierung eines erweiterten Behinderungsbegriff nach dem biopsychosozialen Modell der Behinderung, sind inhaltlich im Vergleich zur vorangegangenen Definition der Behinderung in § 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, § 2 SGB IX, Rn. 60 1; zu § 2 Abs. 1 a. F.: Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 – S 18 SB 460/16 –, Rn. 41 ff., juris m.w.Nachw.). 22

Nach § 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 § 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der bis zum 14.01.2015 gültigen Fassung galten für den GdB die Maßstäbe des § 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 § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Auf Rechtsgrundlage der Vorgängervorschrift des § 30 Abs. 16, dem Abs. 17 des § 30 BVG in der bis zum 30.06.2011 gültigen Fassung, wurde mit Wirkung zum 01.09.2009 die Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und des § 35 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 08.12.2008 erlassen, die die bis zu diesem Zeitpunkt für die Bewertung des Grads der Behinderung maßgeblichen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht", Ausgabe 2008 (AHP 2008), ablösen. Da insbesondere die maßgebliche Anlage 2 zu § 2 VersMedV, die die so genannten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VMG) beinhaltet, im Wesentlichen den AHP entspricht (vgl. die Begründung BR-Drucks. 767/08, S. 3 f.), waren mit dem Wechsel keine erheblichen inhaltlichen Änderungen verbunden (BSG, Urteil vom 30. September 2009 - B 9 SB 4/08 R -, juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Dezember 2009 - L 11 SB 352/08 -, juris). Im Unterschied zu den AHP ("antiziperte Sachverständigengutachten mit normähnlicher Wirkung" - BSG, Urteil vom 30. September 2009 - B 9 SB 4/08 R -, juris) handelt es sich bei der VersMedV um eine Rechtsverordnung, d.h. eine für Verwaltungen und Gerichte verbindliche untergesetzliche Rechtsnorm, die im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 152 SGB IX auszulegen ist (BSG, Urteil vom 30. September 2009 - B 9 SB 4/08 R, juris; BSG, Urteil vom 23. April 2009 – B 9 SB 3/08 R –, Rn. 29, juris; Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 – S 18 SB 460/16 -, Rn. 39 ff., juris).

24

Zum 15.01.2016 hat der Gesetzgeber in § 70 Abs. 2 SGB IX das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Diese Ermächtigung findet sich seit dem 01.01.2018 in § 153 Abs. 2 SGB IX (näher: Goebel in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 153 SGB IX, Rn. 5). Solange noch keine Verordnung nach § 153 Abs. 2 SGB IX erlassen ist, gelten indes gemäß § 241 Abs. 5 SGB IX (159 Abs. 7 SGB IX a.F.) weiterhin die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 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 – S 18 SB 460/16 -, Rn. 26, juris).

25

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist damit - für den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum von der Antragstellung am 09.03.2017 bis zum Tag der mündlichen Verhandlung - die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 33) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, S. 20) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane;

26

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.).

27

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).

28

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.).

29

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

30

1. Im Funktionssystem "Arme" leidet der Kläger 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 Ulnarisschädigung. Eine sensible Schädigung des Nervus Radialis, von der der Bevollmächtigte des Klägers trotzdem ausgeht, konnte auch im Rahmen der neurologischen Zusatzuntersuchung (durch die Neurologin Dr.

31

T) innerhalb der Begutachtung durch die Sachverständige Dr. S letztlich nicht nachgewiesen werden.

Die resultierende endgradige Bewegungseinschränkungen des rechten Ellenbogengelenkes, eine leichtgradige Einschränkung des rechten Handgelenkes und eine endgradige Bewegungseinschränkungen des rechten Daumens und Finger sowie eine bestehende Hypästhesie am rechten Unterarm und eine Hypästhesie und Kribbelparästhesien am 4. und 5. Finger rechts bewertet der orthopädische Sachverständige Dr. X unter präziser Begründung – insbesondere in der ergänzenden Stellungnahme vom 01.04.2019 – mit einem GdB von insgesamt 30. 32

Dr. X bewertet die einzelnen Störungen im Bereich der rechten oberen Extremität zunächst jeweils gesondert nach Teil B Ziff. 18.13 VMG und stellt sodann überzeugend die (besonderes) negativen Wechselwirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen unter sozialmedizinischem Vergleich der Gesamtbeeinträchtigung zu einer in Teil B Z. 18.13 VMG ausdrücklich mit einem GdB von 30 belegten Gesundheits – bzw. Funktionsstörung dar. Die Fragmentierung der Störungen im zuletzt einheitlich zu bewertenden Funktionssystem macht das Ergebnis besonders gut nachvollziehbar. 33

a) Dabei betrachtet der Sachverständige zunächst die die Einschränkungen am rechten Ellenbogen. Gemäß Teil B Z. 18.13 sind Bewegungseinschränkungen im Ellenbogengelenk geringen Grades mit Streckung/Beugung bis 0/30/120° bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit mit einem GdB von 0-10 zu bewerten, stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) mit einem GdB von 20-30. 34

Insofern resultiert bei dem Kläger in Bezug auf das Ellenbogengelenk ein Einzel – GdB von 10. Einerseits ist zwar die Unterarmdrehbeweglichkeit eingeschränkt, worauf der Kläger – Bevollmächtigte abhebt, andererseits sind die Bewegungsmaße passiv für eine Einschränkung geringen Grades nicht erreicht. Allein nach den aktiven Bewegungsmaßen in der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. X wäre ein GdB von soeben 20 begründbar, da die Beugung stärker als 120° eingeschränkt ist, gleichwohl die Streckung nicht einmal im Sinne einer Bewegungseinschränkung geringen Grades eingeschränkt ist. Im Gutachten der Dres. I1 für die BG aus dem November 2018 sind indes bereits bessere Werte vermerkt. Bei der Funktionsprüfung des rechten Ellbogens fand sich dort eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit mit Minderung der groben Kraft für Beugung und Streckung (Kraftgrad 2/3). 35

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. 36

In der Begutachtung durch die Dres. I1 für 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°). 37

Auch aus den zahlreichen Berichten der Klinik für 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 38

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 durchführe. 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 für Extension/Flexion von 0/5/120° angegeben worden, insofern ähnlich wie in der Begutachtungsuntersuchung der Dres. I1. 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. 39

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 einen GdB 20 und schlaff einen GdB 40. 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. 41

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 zur 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 knöcherne 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 knöcherne 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. 42

c) Im Bereich des Handgelenkes ist die Bewertung des Sachverständigen mit einem weiteren Einzel-GdB von 10 günstig. 43

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 handrückenwärts – handhohlwärts, 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, um den 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 handrückenwärts – 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.

45

d) Die Bewegungseinschränkung der Finger bewertet Dr. X ebenfalls isoliert mit einem Einzel – GdB von 10. Dabei zieht der Sachverständige den sozialmedizinischen Vergleich mit der Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung, mittlerer Gebrauchsstellung, die nach Teil B Z. 18.13 VMG mit einem Einzel – 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 Mittelhand – Handwurzelgelenkes in günstiger Stellung bedingt beispielsweise einen GdB von 20. Der Vergleich des Sachverständigen erscheint der Kammer nachvollziehbar.

46

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.

47

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 Einzel – 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 Einzel – GdB von 20 zu bewerten wäre.

48

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

49

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 Radialsschädigung kein Antwortpotenzial erhältlich gewesen sei. Insofern ist entgegen der Darstellung des Kläger – Bevollmächtigten nicht etwa eine Schädigung von nervus radialis und ulnaris nachgewiesen, zu bewerten mit einem Einzel – 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 neurologisch – 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 Einzel – 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 Einzel – 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 günstiger Stellung und der Versteifung des Handgelenkes in ungünstiger 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 berücksichtigten 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).

54

aa) Angesichts nahezu seitengleicher Umfangsmaße liegen bei dem Kläger unter intensiver Physiotherapie keine muskulären Verschmächtingen 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 – Liegestützen durchführen. 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.

55

aa) Bezüglich der Schmerzen erhält 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 Schmerzsprechstunde 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 bestünden konstant Schmerzen im Bereich des radialen und ulnaren Unterarmes, wenn er abgelenkt sei, seien die Beschwerden

56

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 Grübelneigung mit allgemein erhöht frei 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 Kläger – 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. 57

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. 58

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 59

nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, 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 Sachverständigenbeirates, BMA am 8./9.11.2000, Rohr/Sträßer, 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.

60

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 frühere Interessen jedoch wieder aufgreifen können, wobei ihm andere – 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 träten auch unspezifische Ängste, eine Neigung zu erhöhter Besorgnis, Vorsicht, ein Verlust von Vertrauen und tiefgreifender Verunsicherung.

61

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 - Albträumen, 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.

62

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.

63

Es bestehen – wie für eine leichtere Beeinträchtigung der Psyche charakteristisch – keine wesentlichen Beeinträchtigung 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.

64

Soweit der Kläger – Bevollmächtigte 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 Kläger – Bevollmächtigten 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.

65

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.

66

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.

67

Allein vom Arbeitgeber fühlte 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

68

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 – Bevollmächtigten 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 tägliche Routine durchführen, Kommunikationsfähigkeit, der Mobilität, Selbstversorgung, auf Gesundheit achten, häusliches Leben, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen, mit Fremden umgehen, Erholung und Freizeit, politisches Leben u.a.) lassen sich daraus nicht ableiten.

69

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 wöchentlich) 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 Frisörsalon ab und gingen dann etwas essen. Anders sei dies nur an den Tagen, an denen er (zweimal wöchentlich) zum Fußballtraining gehe. Nach dem Fußballtraining fahre er auf dem Rückweg noch zu seiner Lebensgefährtin und übernachtete dort. Sonntag sei bei ihnen Fußballtag, samstags unternehme er etwas mit seiner Lebensgefährtin, sie gingen entweder zu seinen oder zu ihren Eltern oder seien mit Freunden unterwegs.

70

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 Aktivitätsniveau 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 untermischig gereizt, der Kläger oft ratlos/, psychomotorisch übererregt, es bestand eine leicht erhöhte affektive Ansprechbarkeit, mit häufigem Weinen, erhöhter Schreckhaftigkeit, Intrusionen und Albträume 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 –

71

erstreckte sich schon nach den Angaben des Klägers nicht über einen Sechsmonatszeitraum, den § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX für das Vorliegen einer Behinderung (bzw. deren Ausmaß) 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 Kläger sei freundlich und zugewandt, in der Stimmungslage wechselhaft, eher dysthym, im Antrieb eingeschränkt, in der affektiven Schwingungsbreite adäquat und psychomotorisch ruhig. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen, eine Grübelneigung und eine allgemein erhöhte frei flottierende leichte Angst im Hintergrund, Flash-Backs aber keine Panikattacken.

72

In der Anamnese der Sachverständigen hat der Kläger weiter berichtet, er habe zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung – im September 2018 – seit ein bis zwei Monaten die geschilderten sportlichen Aktivitäten wieder aufgenommen. Das habe er mit seiner Psychotherapeutin so überlegt und besprochen. Er habe wieder Freude am Fußball gefunden, sei aber noch vorsichtig und habe eine Schiene zum Schutz des noch nicht verheilten Knochens des rechten Armes bestellt. Für die Kammer ist angesichts der detaillierten Schilderung zum Hobby des Fußballspielens, dessen Fortsetzung schon in einem Bericht des F 08.12.2017 vermerkt ist – also zu einem noch früheren Zeitpunkt als der Kläger der Sachverständigen Dr. S gegenüber angegeben hat – unverständlich, weshalb der Kläger – Bevollmächtigte auch die Ausübung dieses Hobbys im Rahmen der mündlichen Verhandlung bestritten hat. In Bezug auf weitere Hobbys hat der Kläger geschildert, er gehe zusammen mit seinen Freunden essen und sie spielten Backgammon und trafen sich regelmäßig in Shisha-Cafés. Er habe auch weiterhin Freude daran, sich mit seinen Freunden in E1, B und dem Kreis I2 zu treffen, müsse sie einfach sehen, sonst fehle ihm etwas. Er treffe mindestens fünfmal in der Woche Freunde. Mit der Lebensgefährtin sei er nach dem Unfall auch im Urlaub gewesen, in B1 in der U. Dabei hätten sie am Strand entspannt, seien aber auch in der Stadt gewesen, hätten Einkäufe gemacht und seien gebummelt.

73

Der durch die Sachverständige erhobene psychopathologische Befund steht der Annahme der Validität der Schilderung des Funktionsniveaus nicht entgegen, sondern korrespondiert dieser. Der Kläger habe sich bewusstseinsklar sowie zu Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert gezeigt. Der formale Gedankengang sei regelrecht. Inhaltlich bestünden keine überwertigen Ideen, keine Wahrnehmungsstörungen, keine Störung von Neu – und Altgedächtnis, keine Störung von Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit. Im Kontakt sei der Kläger freundlich zugewandt und kooperativ. Er wirke durchgängig ernst, besorgt, leicht beunruhigt. Die Psychomotorik sei wenig lebhaft, der Antrieb indes nicht reduziert. Eine Eigen – oder Fremdgefährdung bestehe nicht.

74

Schließlich weist auch die Behandlung des Klägers nicht auf eine stärker behindernde Störung, wobei eine defizitäre Behandlung angesichts der engmaschigen Betreuung durch die Berufsgenossenschaft nicht anzunehmen ist. Der Kläger benötigt keine psychopharmakologische Medikation mehr. Das zwischenzeitlich - zunächst in geringerer Dosis zur Schmerzreduktion, möglicherweise zudem zum Schlafanstoß - verordnete Amineurin (Amitryptilin) 100 mg) wurde ausgeschlichen. Die psychologische Betreuung setzte - ohne dass der Kläger dies zunächst gewünscht 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.

75

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

76

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 fänden 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.

77

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 würdigen. 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 größer 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 könnte. 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).

78

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 Einzel – GdB von 20 statt soeben 30 bewertet. Die psychiatrische Sachverständige hat dargelegt, dass sich die Auswirkungen beider Funktionsstörungen nicht überschneiden, sondern eine Verstärkung der Gesamt – Behinderung 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 Sätze 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. Außergewöhnliche 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

79

jeweils einem GdB von 50 zu bewerten wären.

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

80