

L 7 SB 86/15

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 15 SB 114/11

Datum
10.07.2015

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 86/15

Datum
14.12.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Der Beklagte stellte erstmals bei der am ... 1957 geborenen Klägerin mit Bescheid vom 18. Dezember 2003 einen GdB von 40 fest und begründete dies mit einer psychischen Behinderung mit körperlichen Beschwerden. Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom 13. Januar 2004, der insbesondere mit Wirbelsäulenbeschwerden begründet wurde. Der Beklagte hatte daraufhin medizinische Ermittlungen eingeleitet und einen Befundschein des Facharztes für Orthopädie Dr. Sch. vom 31. Januar 2004 eingeholt. Danach bestehe als einzige objektive orthopädische Behinderung eine Steifigkeit des Großzehengrundgelenks bei einer sich entwickelnden Arthrose. Die klinischen Beschwerden seien mit einer psycho-somatischen Überlagerung sowie einer somatoformen Schmerzstörung zu erklären. Der Vertragsarzt des Beklagten Medizinalrat Dr. B. hatte in Auswertung des Befundes an der bisherigen Bewertung festgehalten. Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 2004 hatte der Beklagte den Widerspruch zurückgewiesen.

Am 21. Juni 2005 hatte der Beklagte eine Überprüfung von Amts wegen durchgeführt und u.a. einen Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik G. vom 24. November 2004 beigezogen. Darin hatte die Leitende Abteilungsärztin G. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 6. Oktober bis 10. November 2004 unter den Diagnosen Somatisierungsstörung, Angst und depressive Störung, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Lumboischialgie und Zervikozephalas Syndrom berichtet. In psychischer Hinsicht habe die Klägerin bei der Aufnahme sehr angestrengt und innerlich unruhig gewirkt. Sie sei durch ein großes Mitteilungsbedürfnis aufgefallen und habe teilweise Wichtiges und Unwichtiges nicht trennen können. Ihre Gedanken seien auf das Schmerzgeschehen fixiert. Der Antrieb sei leicht gesteigert und die affektive Schwingungsfähigkeit gegeben. Die Erwerbsfähigkeit sei bei deutlicher Chronifizierung der Gesundheitsstörung jedoch erheblich gefährdet. Während der Untersuchung habe sie neurasthenisch und hypochondrisch gewirkt. Es habe kein deutlicher Leidensdruck bestanden. So habe sie teilweise lachend über ihre multiplen Beschwerden berichtet. Das Hirnstrombild sei unauffällig gewesen. Das Ziel, die Einsicht in psychosomatische Zusammenhänge zu vertiefen, sei während der Maßnahme nicht erreicht worden. Eine hochfrequente Langzeittherapie sei zu empfehlen. In Auswertung der Befunde hielt Obermedizinalrat Dr. S. an der bisherigen Bewertung fest. Unter dem 2. November 2005 hatte der Beklagte der Klägerin mitgeteilt, dass keine erneute Überprüfung von Seiten des Beklagten beabsichtigt sei.

Mit ihrem Neufeststellungsantrag vom 9. Januar 2010 machte die Klägerin die Verschlimmerung ihrer Leiden geltend und verwies auf Depressionen, einen Tinnitus, Einschlafstörungen und Schmerzen in der Halswirbelsäule. Der Beklagte holte Befundscheine der die Klägerin behandelnden Ärzte ein. Der Facharzt für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde V. berichtete unter dem 24. Januar 2010: Bei der Klägerin bestehe seit 1975 ein Tinnitus, der sich seit dem Jahr 2001 soweit verstärkt habe, dass er intensiver habe behandelt werden müssen. Nach einer zwischenzeitlichen Stabilisierung (2004) habe sich der Tinnitus mit Auftreten weiterer psychischer Probleme weiter verstärkt (März 2009). Es bestehe keine Taubheit, keine Sprachstörung, kein Schwindel und keine Hörgeräteversorgung. Der Tinnitus habe mittlerweile den Grad IV erreicht. Der Facharzt für Orthopädie Dr. W. gab am 20. Januar 2010 an: Diagnostisch bestehe auf orthopädischem Gebiet eine Polyarthrose der Finger, eine Osteo-chondrose der Lendenwirbelsäule und der unteren Halswirbelsäule, ein Rundrücken, ein Lumbalsyndrom, ein

Zervikalsyndrom, eine Arthritis der Schulter (rechts), ein BWS-Syndrom sowie ein Bandscheibenprolaps (HWK 3/4). Die Belastbarkeit des Bewegungsapparates sei deutlich reduziert. Die schmerzfreie Gehstrecke reduziere sich auf 300-500 m. Die praktische Ärztin und Ärztin für Psychotherapie Dipl.-Med. P. gab unter dem 25. Januar 2010 an: Die Klägerin beklage ständig in eindrucksvoller Weise zahlreiche Beschwerden. Das Krankheitsbild sei weiterhin von Angst und Depressionen geprägt. Ihre Gedanken seien auf die Syn-drome fixiert und ließen ein normales gegenwartsbezogenes Denken nicht zu. Die Schmerzen im gesamten Körper würden als vernichtend wahrgenommen. Die Klägerin habe angegeben, sie habe Angst bei der Hausarbeit ein Messer gegen sich selbst zu richten. Hieraus werde eine starke Persönlichkeitsstörung erkennbar. Wegen der inneren Unruhe könne sie keiner regelmäßigen Arbeit mehr nachgehen. Der Leidensdruck sei spürbar und nachvollziehbar. Die Ehe der Klägerin sei dagegen stabil und bilde einen haltenden Rahmen. Die letzte Krankenhausbehandlung sei im Jahr 2005 erfolgt.

In Auswertung der Befunde schlug der ärztliche Gutachter des Beklagten Medizinalrat Dr. B. weiterhin einen Gesamt-GdB von 40 vor (psychische Behinderung, Ohrengeräusche (Einzel-GdB 40); Funktionsminderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10)). Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 12. August 2010 den Neufeststellungsantrag der Klägerin ab. Dagegen legte die Klägerin am 16. August 2011 Widerspruch ein, da eine gravierende Depression mit Suizidgefährdung bestehe. Der Tinnitus habe bereits den Grad IV erreicht und führe zu einer nachhaltigen Minderung der Arbeitsfähigkeit und Teilhabe am sozialen Leben. Zusammenfassend betrage der Gesamt-GdB mindestens 70. In nochmaliger Auswertung der eingeholten Befunde stellte der ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. B. am 13. Dezember 2010 fest: Eine ambulante psychiatrische Mitbehandlung sei nach Aktenlage nicht erkennbar. Der bisher vorgeschlagene GdB von 40 sei weiterhin angemessen. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten seien nicht ersichtlich. Dem folgend wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. April 2013 den Widerspruch zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 20. April 2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Magdeburg erhoben und vorgetragen: Sie habe massive psychische Probleme; schwere Depressionen mit Suizidneigung und eine starke Persönlichkeitsstörung seien ärztlich dokumentiert. Hierfür sei ein GdB-Rahmen von 50 bis 70 vorgesehen. Überdies leide sie an einer Osteochondrose, einem Zervikal-, Lumbal- und Brustwirbelsäulensyndrom.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Die Fachärztin für Urologie Dipl.-Med. S. hat unter dem 29. August 2012 über eine Belastungsinkontinenz sowie rezidivierende Harnwegsinfekte berichtet. Dipl.-Med. P. hat am 27. August 2012 eine schwere Störung der Klägerin mit hochgradigen Ängsten, Zwängen und sozialen Phobien diagnostiziert. Die Klägerin sei nicht mehr in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. HNO-Facharzt V. hat über einen Tinnitus Grad IV berichtet, der chronisch dekompensiert sei. Die Kommunikationsfähigkeit im Alltag sei eingeschränkt und die psychische Belastbarkeit erheblich verringert. Es bestünden weiter eine erhöhte Reizbarkeit, Antriebschwäche und Unruhe. Dr. W. hat am 16. September 2012 über Bewegungseinschränkungen des Gelenkapparates berichtet. In einem beigelegten Arztbrief des Facharztes für Neurologie Dr. F. findet sich der Hinweis auf lagerungsbedingte Sensibilitätsstörungen der Hände und eine somatoforme Schmerzstörung/Depression.

In Auswertung dieser Befunde hat der Beklagte eine prüfärztliche Stellungnahme seines ärztlichen Gutachters Dr. W. vom 26. September 2013 vorgelegt, der ausgeführt hat: Für die psychische Behinderung mit Ohrgeräuschen sei ein Einzel-GdB von 40 zu bilden, während die Funktionsminderung der Wirbelsäule mit wiederkehrenden Nervenreizerscheinungen mit einem Einzel-GdB von 10 und die Harninkontinenz ebenfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten seien. Zusammenfassend bleibe es bei der bisherigen Bewertung.

Das SG hat ein psychiatrisches Sachverständigengutachten vom 8. November 2007 aus dem Rentenverfahren der Klägerin S 13 R 577/05 beigezogen, in dem der Sachverständige Dr. W. ausgeführt hatte: Zum typischen Tagesablauf habe die Klägerin angegeben, dass sie meist gegen 7:00 Uhr aufstehe und dann ihre Lyrica-Tabletten einnehme. Da ihr alles langsam von der Hand gehe, müsse sie sich sammeln und erst "in Gang kommen". Gegen 8:30 Uhr bis 9:00 Uhr frühstücke sie und mache Hausarbeiten, einige Telefonate sowie "Schreibkram". Gegen 11:00 Uhr bis 11:30 Uhr komme ihr Ehemann von der Nachtschicht. Sie bereite mit ihm das Mittagessen vor, was sie gemeinsam einnähmen. Der Ehemann lege sich dann für ca. zwei Stunden hin. Sie machen meist ausgiebige Spaziergänge, besuchen Geschäfte in der Nähe und kaufe Kleinigkeiten. Gegen 15:00 Uhr trinke man gemeinsam Kaffee, erzähle und mache dann gemeinsam die schwere Hausarbeit. Nachmittags würden die Einkäufe und Behördengänge erledigt. Gegen 17:00 Uhr bereite sie das Abendessen vor, wobei häufiger der Sohn vorbeikomme. Ein- bis zweimal in der Woche hole sie auch den Enkel nachmittags mit ihrem Ehemann von der Krippe ab. Das Autofahren vermeide sie, insbesondere in der Stadt. Sie versuche alles mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erledigen. Nach dem Abendessen mache sie meist Handarbeit und besuche den Sohn und dessen Frau. Sie lebe vom Verdienst ihres Ehemannes, da sie keinen Anspruch auf Grundsicherungsleistungen habe. Bei der Untersuchung am 31. Oktober 2007 habe sich ein ungestörtes Gangbild gezeigt. Während der Untersuchungssituation komme es zu fehlgelehrten, regressiven Verhaltensweisen im Sinne einer willentlich gesteuerten Abwehrhaltung. Hierbei könne die Klägerin jedoch immer wieder überzeugt und motiviert werden, die Testverfahren fortzusetzen. Eine tiefgreifende Angst- und Zwangssymptomatik sei nicht feststellbar. Gleiches gelte für psychotische Wahrnehmungen und Denkabläufe. Das Schmerzgeschehen habe einen Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen erreicht. Die Schmerztherapie sei noch nicht ausgeschöpft. Wie für die somatoforme Störung typisch, bestehe bei der Klägerin eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz mit einem Rentenbegehren. Eine regelmäßige Erwerbstätigkeit sei nicht völlig ausgeschlossen. So habe sie ein persönlichkeitsabhängiges adäquates Kompensationsverhalten entwickelt, was sich in der vollwertigen Teilnahme am Familien- und sozialen Leben zeige. Hinweise für eine nachhaltige Depression sowie Teilhabestörungen in Gestalt von Panik- und Angstsymptomen seien nicht festzustellen.

Der Beklagte hat eine prüfärztliche Stellungnahme seines ärztlichen Gutachters Dr. W. vom 20. Dezember 2013 vorgelegt. Hiernach bestätige das Gutachten von Dr. W. eine Somatisierungsstörung mit zahlreichen körperlichen Beschwerden ohne entsprechende objektive Befunde. Demgegenüber seien keine Hinweise auf eine mittelgradige oder schwergradige soziale Anpassungsstörung erkennbar. Die psychische Behinderung könne daher nicht höher als mit einem GdB von 40 bewertet werden.

Das SG hat einen Befundbericht der I. GmbH (Institutambulanz für Psychotherapeuten) vom 17. März 2014 eingeholt. Danach bestünden starke Einschränkungen in der psychischen und körperlichen Belastbarkeit. Die Klägerin fühle sich durch Alltagsanforderungen überfordert (Haushalt) und zeige ein Rückzugsverhalten. Das Denken sei auf körperliche Symptome fixiert. Auch bestünden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten. Therapeutisch habe die Klägerin eine ambulante Verhaltenstherapie von 15 h absolviert.

Auf Anregung der Klägerin hat das SG einen Bericht des A. Klinikums H. vom 10. Juli 2014 eingeholt, in dem die Leitende Oberärztin J. über einen stationären Aufenthalt vom 4. März bis 16. Mai 2014 berichtete. Die Einweisung sei unter dem Bild einer schweren depressiven Episode, einer Somatisierungsstörung und einer Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom erfolgt. Die Klägerin habe angegeben, sie leide an neurologischen und organischen Erkrankungen. An eine psychische Ursache könne sie momentan noch nicht glauben. Die Klägerin habe sich in einem athletischen Habitus bei gutem Allgemein- und Ernährungszustand befunden. Das Gangbild sei unauffällig. In psychischer Hinsicht sei sie wach, bewusstseinsklar und gut orientiert. Der formale Gedankengang sei etwas sprunghaft. Die Klägerin habe einen flüssigen, aber logorrhöischen Spontanbericht über ein ständiges Grübeln abgegeben. Die Schmerzsymptomatik mit Taubheitsgefühlen, Kribbeln und Brennen von Kopf bis Fuß interpretiere sie als schwere somatische/neurologische Erkrankung. Die Klägerin habe eine deutlich depressive Grundstimmung gezeigt und schnell geweint. Die Schwingungsfähigkeit sei noch vorhanden. Suizidale Ideen hätten noch nicht zu einer Suizideinigung geführt. Im Rahmen der Aufnahmeexploration habe sie sich davon auch deutlich distanziert. So halte ihre Familie (Ehemann, Sohn und Enkelkind) sie am Leben. Eine psychotische Symptomatik liege nicht vor. Die psychologische Testdiagnostik habe anfangs Hinweise auf eine schwere und am 15. Mai 2014 auf eine leichte Depression ergeben. Die Testergebnisse seien wegen der geringen Offenheit nur unter Vorbehalt zu bewerten. Im Verlauf der Therapie sei es der Klägerin gelungen, Vertrauen zu Ärzten, Therapeuten und Mitpatienten aufzubauen. Ihre anfängliche Abneigung gegen eine medikamentöse Behandlung habe sie überwinden können. Sie habe dann von der Wirkung eines Antidepressivums profitieren können. Im Rahmen der Therapie habe sie erkannt, dass ihr Kommunikationsstil von Dritten häufig als anmaßend, besserwisserisch und übergriffig erlebt werde. Sowohl in den Einzel-, als auch in den Gruppengesprächen seien mit ihr neue Kommunikationsstrategien (z.B. Ich-Botschaften usw.) und Verhaltensanalysen erarbeitet worden. Die Umsetzung der Änderungsideen gestaltete sich dabei schwierig. Die Klägerin habe die Bereitschaft gezeigt, eine weiterführende Verhaltenstherapie in Anspruch zu nehmen.

Das SG hat ein Sachverständigengutachten der Fachärztin für Innere Medizin, Sozial- und Betriebsmedizin Dr. H. vom 17. April 2015 eingeholt. Zum Tagesablauf habe die Klägerin gegenüber der Sachverständigen angegeben: Sie wache gegen 6:00 Uhr morgens auf und verlasse gegen 7:00 Uhr bis 7:30 Uhr das Bett. Nach Morgentoilette und Frühstück kümmere sie sich um die Hauswirtschaft. Vom Einkauf erledige sie nur das Nötigste. Ihr Ehemann sei nachts bis zur Mittagszeit berufstätig. Sie beschäftige sich, um sich abzulenken, mit Stricken und Häkeln. Im Sommer halte sie sich meist im Garten auf. Lesen könne sie nicht, da die Buchstaben vor den Augen verschwimmen würden. Ab und zu lese sie jedoch noch die Tageszeitung. Manchmal kümmere sie sich auch um das Enkelkind. Nach dem Mittagessen ruhe sie sich auf dem Sofa aus. Danach unternehme sie Spaziergänge und sei ein bis anderthalb Stunden unterwegs. Am Nachmittag trinke sie mit dem Ehemann Kaffee. Das Fernsehprogramm nach dem Abendbrot interessiere sie nicht mehr so. Wenn sie sich kraftlos fühle, gehe sie bereits um 19:30 Uhr zu Bett. Gehe es ihr besser, sei das gegen 21:00 Uhr. Sie schlafe höchstens drei Stunden durch, da sie durch den Tinnitus gestört werde. Bezogen auf den Tinnitus höre sie ständig ein Fiepen, Rauschen und Dröhnen auf beiden Ohren. Bei Stress würden die Symptome ausgeprägter sein. Die aktuelle Medikation bestehe aus: Pantoprazol 20, Cymbalta 60 und 30 (je 1x1), Valdoxan 25 (1 x zur Nacht), Zoloft (1 x zur Nacht), Dekristol 20000 (zur Nacht), Tavor (2 x die Woche), Berlosin (ca. alle 14 Tage).

Zum körperlichen Untersuchungsbefund hat die Sachverständige ausgeführt: Die Klägerin befinde sich in einem altersentsprechenden Allgemein- und Kräftezustand. Das Gangbild sei harmonisch flüssig. Der Fingerbodenabstand betrage 12 cm. Bewegungsdefizite der Wirbelsäule seien nicht vorhanden. In psychischer Hinsicht habe die Klägerin das Beschwerdebild weitschweifig geschildert. Ohne Verdeutlichungstendenzen hätte sich die Klägerin denkin-haltlich fixiert auf das Schmerzerleben sowie die Beeinträchtigungen gezeigt. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration und Ausdauer seien nicht beeinträchtigt. Auch die Antriebsfähigkeit und die Schwingungsfähigkeit seien nicht gestört. Eine deutliche Depressivität sei nicht feststellbar. Diagnostisch sei von einer psychischen Minderbelastbarkeit durch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (einschließlich depressiver Episoden), einem chronischen Tinnitus sowie einer Minderbelastbarkeit der Halswirbelsäule durch muskuläre Reizerscheinungen und degenerative Veränderungen ohne neurologische Ausfälle und ohne anhaltende Einschränkung der Beweglichkeit auszugehen. Zusammenfassend sei der Gesamt-GdB mit 40 anzunehmen.

Mit Urteil vom 10. Juli 2015 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: In psychischer Hinsicht sei das Erkrankungsbild der Klägerin mit einem Einzel-GdB von 40 zutreffend bewertet. Mittelgradige Anpassungsschwierigkeiten lägen bei ihr nicht vor. Bereits Dr. W. habe bei ihr eine Erwerbsfähigkeit angenommen. Den Einschätzungen von Dipl.-Med. P. sei dagegen nicht zu folgen, da sie offenbar auf die fehlende antidepressive Medikation zurückzuführen seien. Insbesondere in familiärer Hinsicht seien bei der Klägerin keine schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten aufgetreten. Der Tinnitus sei dabei in die Bewertung einbezogen. Die Beschwerden der Wirbelsäule seien ohne Behinderungsgrad. Auch für den Harnwegsinfekt sei kein Einzel-GdB zu vergeben.

Gegen das ihr am 21. Juli 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13. August 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Das SG habe insbesondere die Bewertung von Dipl.-Med. P. nicht zutreffend gewürdigt. Entgegen der Bewertung des SG sei von mittelgradigen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen. So habe es Kontaktverlust zu ihren Familienangehörigen gegeben. Die familiäre Situation sei durch Verschweigen geprägt, was letztlich zu einer Entfremdung geführt habe. Das Vorliegen einer schweren psychischen Störung mit schweren Anpassungsstörungen sei von Dipl.-Med. P. bestätigt worden. Infolge der Erkrankung könne sie keiner geregelten Arbeit nachgehen. Zu beachten seien auch die erheblichen Auswirkungen der Tinnituserkrankung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 10. Juli 2015 sowie den Bescheid des Beklagten vom 12. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab Januar 2010 einen Grad der Behinderung von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf seine Bescheide und die erstinstanzliche Entscheidung.

Der Senat hat weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dipl.-Med. P. hat unter dem 17. Dezember 2015 über

die zuletzt durchgeführten Behandlungen am 8. Oktober 2015 berichtet. Hiernach sei die Klägerin nicht mehr in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die Befunde hätten sich zunehmend verschlechtert. Es sei von einer schweren Depression sowie schweren Phobien auszugehen. Diese Diagnosen verschlechterten sich zunehmend. Die Klägerin könne den Alltagsanforderungen nur mit Hilfe ihres Ehemannes nachkommen. Es sei ihr nicht mehr möglich, ihr Leben ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Nach beigefügten Arztbriefen vom 9. Juli und 20. August 2013 berichtete die Klinik für Innere Medizin des Klinikum in den P. S. M. über stationäre Aufenthalte der Klägerin vom 8. bis 9. Juli 2013 und vom 18. bis 21. August 2013 wegen einer Gastritis bzw. einer diskreten Pangastritis sowie Gastroenteritis. Die Fachärztin für Frauenheilkunde Dr. B. hat unter dem 22. Februar 2016 über eine bakterielle atrophische Kolpitis berichtet, die sich nach medikamentöser Behandlung deutlich gebessert habe. In einem beigefügten Arztbrief der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Klinikum M.) vom 22. September 2014 berichtete Privatdozent Dr. L. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 15. bis 22. September 2014 mit der Diagnose Pulsationszystozele II Grade mit Druckempfinden und rezidivierenden Harnwegsinfekte. Als Begleitdiagnose bestünden eine Gastritis sowie eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode).

Der Beklagte hat eine versorgungsärztliche Begutachtung seiner Gutachterin Dr. W. vom 18. Februar 2016 vorgelegt. Hiernach könne nach dem aktuellen Gutachten von Dr. H. in psychischer Hinsicht kein höherer Gesamt-GdB als 40 festgestellt werden. Dipl.-Med. P. habe zwar pauschal eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin behauptet, jedoch nicht belegt. Es fehlten psychiatrische Befunde, Angaben zur Tagesstruktur, Hinweise zur sozialen Einbindung und zur medikamentösen Therapie. Die mitgeteilte schwere depressive Episode lasse stationäre Behandlungen oder zumindest psychiatrische Mitbehandlungen erwarten. Eine Senkungsoperation habe zu einer Besserung der Blasen-beschwerden geführt. Der bisher festgestellte Gesamt-GdB von 40 sei daher zutreffend.

Am 12. August 2016 hat eine nichtöffentliche Sitzung des Senats stattgefunden, in der die Klägerin erklärt hat: Bei Dipl.-Med. P. sei sie ca. alle vier Wochen. Die Medikamente erhalte sie von der Allgemeinärztin Frau B ... Bei Frau M. (I.) sei sie wöchentlich zur Therapie. Aktuell solle sie weitere 45 h Therapiesitzungen erhalten. Die damals in der Klinik verschriebenen Psychopharmaka nehme sie auch heute noch ein. Sie habe damals Angst vor den Nebenwirkungen gehabt. Da sie allein nicht zurechtkomme, müsse sie die Therapie bei Frau M. fortsetzen.

Der Senat hat einen Befundbericht des Institutes für Verhaltenstherapie (I.) vom 22. September 2016 eingeholt. Darin hat die Rehabilitationspsychologin M. ausgeführt: Nach den Testergebnissen ergebe sich bei der Klägerin das Bild einer depressiven, ängstlichen, unsicheren sowie passiv aggressiven Persönlichkeit. Diagnostisch bestehe eine Somatisierungsstörung. Die Wiedereingliederung der Klägerin in den freien Arbeitsmarkt sei nicht vorstellbar. Die Verlaufsdagnostik habe sich nach den vorliegenden Testergebnissen nur um einen geringen Wert verbessert, sei jedoch weiterhin auffällig. Die Klägerin gelange schnell an ihre Grenzen. Überschreite sie diese im Alltag, ziehe dies physische Einschränkungen nach sich, was wiederum psychische Symptome hervorrufe. In der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen sei die Klägerin enorm eingeschränkt. Die depressive Symptomatik schlage sich in die Empfindung von Freude und anderen positiven Gefühle nieder. Von daher habe sie Schwierigkeiten, positive Erlebnisse mit den adäquaten Gefühlszuständen zu erleben.

Der Beklagte hat an seiner bisherigen Bewertung festgehalten und eine Prüfärztliche Stellungnahme seiner Gutachterin Dr. W. vom 27. Oktober 2016 vorgelegt. Danach enthalte der zuletzt vorgelegte Bericht der I. keine psychischen Befunde. Insbesondere würden keine Tagesabläufe, sozialen Kontakte sowie psychiatrischen Medikationen aufgeführt. Der Gesamt-GdB bleibe bei 40 (Psychische Störungen, Ohrgeräusche: Einzel-GdB 40; Wirbel-säulensyndrom: Einzel-GdB 10; Harninkontinenz: Einzel-GdB 10).

Die Klägerin hält an ihrer Bewertung fest. Nach den Berichten von Dipl.-Med. P., dem Bericht des A.-Klinikums und dem Bericht von Frau M. könne sie die alltäglichen Aufgaben sowie eine berufliche Tätigkeit nicht mehr bewältigen. Nur durch die Hilfe des Ehemannes komme sie noch zurecht. Bei ihr sei von einer schweren psychischen Störung mit mittleren sozialen Anpassungsstörungen auszugehen und ein Gesamt-GdB von mindestens 50 festzustellen.

In der mündlichen Verhandlung vom 14. Dezember 2016 hat die Klägerin auf Befragen u.a. angegeben: Ihr Mann sei im Jahr 2014 mit 63 Jahren in Rente gegangen. Dies habe sie entlastet, da sie nicht mehr so viel allein sei. Mit der Familie gebe es keine Kontaktprobleme. Der Garten befinde sich in H ... Ihr Ehemann fahre die Strecke, da sie seit langem kein Auto mehr fahre. Der Enkelsohn sei jetzt 10 Jahre alt und gehe aufs Gymnasium. Er bestimme weitgehend die Gelegenheiten, an denen man sich treffe.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Die Klage gegen den Bescheid vom 12. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. April 2011 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitraum von der Antragstellung im Januar 2010 bis zur mündlichen Verhandlung des Senates maßgeblich. Die Klage ist aber unbegründet, weil die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40 hat.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 18. Dezember 2003 einen GdB von 40 festgestellt hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998, [B 9 SB 18/97 R](#), zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheides noch auf die von der Behörde bei

der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.).

Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 18. Dezember 2003 vorgelegen haben, ist keine Änderung eingetreten, die eine höhere Bewertung des GdB rechtfertigt. Der Senat stützt sich dabei auf das Sachverständigengutachten von Dr. H. in erster Instanz, die versorgungsmedizinischen Stellungnahmen der Gutachter des Beklagten sowie die eingeholten Befundberichte und Arztbriefe, soweit ihnen gefolgt werden kann.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung an und den GdB fest. Diese Vorschrift knüpft materiell rechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach 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 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 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 [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Abs. 17 ermächtigt worden ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VMG, Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen.

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil B) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 1 a) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle die Teilhabe beeinträchtigenden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, Nr. 2 f) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

a) Für die gesundheitlichen Einschränkungen der Klägerin, die dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zuzuordnen sind, kann maximal ein GdB von 40 festgestellt werden.

Nach den VMG (Teil B, Nr. 3.7) werden leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 bewertet. Für stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen 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. Psychische Anpassungsschwierigkeiten, die einen Behinderungsgrad von 30 bis 40 rechtfertigen, sind nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/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). Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten setzen neben den Auswirkungen im Berufsleben erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung voraus (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates, BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, a.a.O., GdS-Tabelle-19).

Im Funktionsbereich Gehirn einschließlich Psyche hält der Senat nach dem überzeugenden Gutachten von Dr. H. vom ... 2015 auf psychiatrischem Gebiet einen Einzel-GdB von 40 (einschließlich Tinnitus) für angemessen. Nach den Darstellungen der Sachverständigen gelingt der Klägerin die Tagesstrukturierung. Die Gedächtnisleitungen, Merk- und Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer sind danach nicht eingeschränkt. Nach den Beschreibungen von Dr. H. kann sich die Klägerin mit Handarbeit und leichten Gartenarbeiten sowie ihrem Enkelkind beschäftigen. Hinweise für eine deutliche Depressivität oder Störungen des Antriebs und der Schwingungsfähigkeit finden sich dagegen nicht. Dies entspricht auch den nachvollziehbaren Bewertungen der Gutachter des Beklagten. Diese Einschätzungen entsprechen auch dem persönlichen Eindruck der Klägerin bei der Befragung durch den Senat am 14. Dezember 2016, der keinerlei Anhaltspunkte für eine schwere psychiatrische Erkrankung zeigte. Die Klägerin konnte situationsgerecht die an sie gestellten Fragen beantworten und blieb während der gesamten Verhandlung stets konzentriert und aufmerksam. Hinweise für eine tiefgreifende Angst- und Zwangssymptomatik bzw. psychotische Wahrnehmungen und Denkabläufe – wie bereits von Dr. W. in der Vergangenheit klar verneint – zeigten sich trotz längerer Befragung nicht.

Entgegen der Ansicht der Klägerin hält der Senat die Bewertungen von Dipl.-Med. P. dagegen für nicht überzeugend. In ihrem Bericht vom

17. Dezember 2015 hat sie über einen sich stetig verschlechternden Gesundheitszustand der Klägerin berichtet und dabei schwere Depressionen sowie schwere Phobien diagnostiziert. Konkrete Belege sowie nachvollziehbare Begründungen für diese schwergradigen Diagnosen und Entwicklungen finden sich nicht. Die von Dipl.-Med. P. beigefügten Arztbriefe der Klinik für Innere Medizin des Klinikums in den P. S. M., der Fachärztin für Frauenheilkunde Dr. B. sowie Privatdozent Dr. L. von der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Klinikum M.) können derartig schwere psychiatrischen Befunde nicht belegen. So hat Dr. L. in einer Begleitdiagnose lediglich eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) diagnostiziert. Der Senat verkennt dabei nicht, dass sich die Klägerin wegen einer schweren depressiven Episode, einer Somatisierungsstörung und einer Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom von März bis Mai 2014 stationär behandeln lassen musste. Dieser anfänglich hochgradige Erkrankungsgrad auf psychiatrischem Gebiet war jedoch nicht von Dauer, sondern wurde gerade durch den Einsatz von Psychopharmaka, den die Klägerin zunächst noch anfänglich abgelehnt hatte, deutlich besser. So ergab die Abschlussdiagnostik der Klinik deutlich verbesserte Depressionswerte. Auch konnte sich die Klägerin von suizidalen Ideen distanzieren und schilderte ein für sie tragendes Familienleben. Gegen eine schwere psychiatrische Erkrankung, die ähnlich einer Zwangserkrankung bewertet werden müsste, spricht auch die Behandlungsintensität der Klägerin. So fehlt es an aktuellen stationären Aufenthalten oder an ggf. gleichwertigen hochintensiven Behandlungsintervallen auf diesem Fachgebiet, worauf die ärztlichen Gutachter des Beklagten wiederholt zutreffend hinwiesen. Die Klägerin sucht die sie behandelnden Ärzte lediglich alle vier Wochen auf und absolviert einmal wöchentlich ihre Psychotherapie bei der Rehabilitationspsychologin M. ... Nach Frau M. ergeben sich dabei sogar leichte Verbesserungen in der Verlaufsdiagnostik (vgl. Bericht vom 22. September 2016). Auch nach den Angaben der Klägerin im Erörterungstermin vom 12. August 2016 hat sie die in der Klinik begonnene medikamentöse Therapie kontinuierlich und offenbar mit Erfolg fortgesetzt, da nach dem 4. März bis 16. Mai 2014 keine stationären Aufenthalte mehr erforderlich geworden sind. Dies hält die Gutachterin des Beklagten Dr. W. auch überzeugend für ein wesentliches Kriterium, um wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit von schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten abzugrenzen. Die von Dipl.-Med. P. behaupteten schweren psychiatrischen Befunde bleiben damit lediglich isolierte Behauptungen, ohne nachvollziehbare Begründung auf die sich der Senat nicht stützen kann.

b) Eine weitere Erhöhung aufgrund der Harninkontinenz 1. Grades der Klägerin kann nicht erfolgen, da Dr. H. keine darauf bezogene Erkrankung festgestellt hat. Die Auswirkungen dieser Erkrankung wären auch geringwertig und allenfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten (so auch die Gutachterin des Beklagten Dr. W.).

c) Schließlich ist ein Einzelbehinderungsgrad von 10 für die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule im Funktionsbereich Rumpf festzustellen. Nach Teil B, Nr. 18.9 VMG rechtfertigen Funktionsstörungen geringeren Grades einen Einzel-GdB von 10. Erst bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, ist ein Einzel-GdB von 20 festzustellen.

Mittelgradige Funktionseinschränkungen sind bei der Klägerin nicht nachgewiesen. Dr. H. vermochte keine Bewegungseinschränkungen sowie Gangstörungen feststellen, so dass diagnostisch nur von einer Minderbelastbarkeit der Halswirbelsäule mit Reizerscheinungen sowie degenerativen Veränderungen ohne neurologische Ausfälle und Bewegungseinschränkung auszugehen ist. Hierfür kann nach der Sachverständigen nur ein Einzel-GdB von 10 vergeben werden. Aktuellere Behandlungen auf orthopädischem Gebiet, die einen höheren GdB hätten rechtfertigen könnten, liegen dem Senat nicht vor und sind auch von der Klägerin nicht behauptet worden.

Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der VMG anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Nach Teil A, Nr. 3 ee) führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen und verschiedene Lebensbereiche betreffen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2000, [B 9 V 8/00 R](#), juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kann keinesfalls ein noch höherer GdB als 40 angenommen werden. Es ist von dem Behinderungsgrad von 40 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" auszugehen. Die Harninkontinenz sowie die Wirbelsäulenerkrankungen sind allenfalls geringwertig und rechtfertigen keine Erhöhung des Gesamt-GdB.

Im Übrigen widerspricht die von der Klägerin begehrte Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Teil A, Nr. 3 VMG zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Derartig schwere Funktionsstörungen liegen bei der Klägerin nicht vor.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2017-07-26