

L 6 SB 1588/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 13 SB 861/05

Datum

02.03.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 1588/06

Datum

18.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) der Klägerin.

Die 1949 geborene Klägerin beantragte am 20. November 1998 die Feststellung ihres GdB. Das Versorgungsamt Karlsruhe (VA) zog den Arztbrief der Frauenklinik des Städtischen Klinikums P. vom 27. Mai 1998 (Diagnose: Mamma-Karzinom rechts bei Zustand nach Mamma-PE rechts am 11. Mai 1998, Tumorausgangsstadium pT1b NO (0/12) MO) und den ärztlichen Entlassungsbericht der S.-Klinik B. S. vom 9. Dezember 1998 über die vom 11. November bis zum 9. Dezember 1998 durchlaufene stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Diagnosen: Zustand nach Quadrantektomie und Axillausräumung rechts und Knochenmarkstanze am 14. Mai 1998 wegen Mamma-Karzinom pT1b NO MO, Zustand nach zweimal zwei Zyklen CMF-Polychemotherapie von Mai bis Juni 1998 und von September bis Oktober 1998, Zustand nach Radiatio der Restbrust und der rechten Thoraxwand von Juli bis August 1998, geringes Thoraxwandlymphödem rechts, PHS tendopathica simplex rechts) bei. Dr. K. brachte in der versorgungsärztlichen (vã) Stellungnahme vom 1. Februar 1999 als Behinderungen eine Brust- und Axillaoperation rechts im Mai 1998 und eine Chemotherapie mit Bestrahlung im Sinne der Heilungsbewährung (Teil-GdB 50) sowie ein HWS-Schulter-Arm-Syndrom, eine Periarthritis humeroscapularis rechts und ein Thoraxwandlymphödem (Teil-GdB 20) in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 60. Hierauf gestützt stellte das VA mit Bescheid vom 10. Februar 1999 den GdB der Klägerin ab 20. November 1998 mit 60 fest.

Im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens holte das VA den ärztlichen Befundschein des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Sch. vom 19. Dezember 2003 ein. Dieser führte unter Vorlage der Arztbriefe der Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der St. V.-Kliniken K. vom 30. März 2003 (die Klägerin habe weiterhin keine Beschwerden angegeben, die Mammographie- und Röntgen-Thorax-Kontrolle habe keinen Tumor bzw. keine Metastasen gezeigt, die Klägerin habe sich bei der körperlichen Untersuchung in gutem Zustand befunden, tumorverdächtige Resistenzen oder vergrößerte periphere Lymphknoten seien beidseits nicht zu tasten gewesen, Thorax, Skelett und Abdomen seien physikalisch ohne Befund), des Arztes für Laboratoriumsmedizin Dipl.-Chem. B. vom 19. März 2003 und des Radiologen und Nuklearmediziners Dr. L. vom 19. März 2003 (nach Mammographie beidseits in zwei Ebenen bestehe bei Zustand nach Tumorektomie und Radiatio kein Hinweis auf ein Lokalrezidiv oder ein Zweitmalignom) aus, die Klägerin habe bis März 2003 Schmerzen im Bereich der operierten Axilla/Mamma rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm und Halswirbelsäulen-Beschwerden mit Ausstrahlung in die oberen Extremitäten und den Kopf angegeben. Dr. B. brachte in der vã Stellungnahme vom 10. Januar 2004 als Behinderungen einen Teilverlust der rechten Brust (Teil-GdB 20) sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und ein Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 20) in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 30. Nach erfolgter Anhörung hob das VA mit Bescheid vom 26. Februar 2004 den Bescheid vom 10. Februar 1999 auf und stellte den GdB der Klägerin ab 29. Februar 2004 mit 30 fest.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Sie legte das Attest von Dr. Sch. vom 8. März 2004 vor. Das VA holte den ärztlichen Befundschein von Dr. Sch. vom 2. August 2004 ein. Dieser legte die Arztbriefe der Radiologen und Nuklearmediziner Dr. H. und Dr. W. vom 1. März 2004 sowie des Orthopäden Dr. H. vom 12. Februar 2004 (Diagnose: Lumbago) vor und führte aus, bei den jetzt erfolgten Untersuchungen hätten sich keine Hinweise auf ein Rezidiv oder eine Metastasierung der Tumorerkrankung ergeben. Die Operations- und Bestrahlungsfolgen bedingten Narbenindurationen, eine Lymphabflussstörung, eine Schwellneigung des rechten Armes mit Berührungsempfindlichkeit und bis in die rechte Hand ausstrahlende Schmerzen. Es bestehe eine endgradig schmerzbedingt eingeschränkte

Schulter-Arm-Beweglichkeit. Hierdurch bedingt sei eine sekundäre Kraftminderung im rechten Arm mit Neigung zur Schonung des Armes und der Hand rechtsseitig. Ohne wesentliche Änderungstendenz bestünden seit Jahren Cervicobrachialgien bei röntgenologisch nachgewiesener ausgeprägter Chondrose und Diskopathie C4-6. Hinzu kämen Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Klägerin klage über permanente Rückenschmerzen. Pathologische ossäre Veränderungen hätten an der Lendenwirbelsäule nicht festgestellt werden können, wohl aber Dysfunktionen im Bereich der Muskulatur und des Bandapparates am unteren Rücken. Dr. K. führte in der vā Stellungnahme vom 19. Oktober 2004 aus: Der Teilverlust der rechten Brust mit Berührungsempfindlichkeit im Narbenbereich und das allenfalls geringe Lymphödem seien bei beidseits gleichem Oberarmumfang zutreffend mit einem Teil-GdB von 20 bewertet worden. Außerdem ergäben sich keine Hinweise auf eine Progredienz des Tumorleidens. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Schulter-Arm-Syndrom ohne neurologische Ausfälle seien mit einem Teil-GdB von 20 an der oberen Grenze der Norm bewertet. Der Gesamt-GdB von 30 sei somit zutreffend. Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 3. Februar 2005 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 9. März 2005 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Sch. vom 6. Juni 2005 und des Frauenarztes Dr. W. vom 11. Juli 2005 ein. Dr. Sch. legte u. a. die Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. L. vom 14. April 2005 und der Gemeinschaftspraxis Dr. L. u. a. vom 5. April 2005 vor. Dr. Sch. beurteilte den Zustand nach Mamma-Karzinom rechts mit Quadrantektomie und Axillaausräumung und der postoperativen Radiatio und Chemotherapie als schwer, das Lymphödem im rechten Arm als leicht, die Bewegungsstörung im rechten Arm als mittel, das Halswirbelsäulen-Syndrom mit Chondrose C4-6 und das chronische Schmerzsyndrom als schwer, die Lumbago als mittel sowie die reaktive Depression als mittel bis schwer. Dr. W. legte u. a. die Arztbriefe des Dipl.-Chem. B. vom 22. März 2005 und der Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der St. V.-Klinik K. vom 23. März 2002 und 23. März 2001 vor und bewertete die von ihm behandelten Gesundheitsstörungen als mittelschwer. Der Beklagte legte die vā Stellungnahme von Dr. K. vom 13. September 2005 vor, in welcher als Behinderungen ein Teilverlust der rechten Brust (Teil-GdB 20), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und ein Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 20) sowie eine seelische Störung (Teil-GdB 20) in Ansatz gebracht wurden und der Gesamt-GdB mit 40 bewertet wurde. Das hierauf gestützte Vergleichsangebot des Beklagten, den GdB der Klägerin ab 29. Februar 2004 mit 40 festzustellen, nahm die Klägerin nicht an. Das SG holte die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. L. vom 22. November 2005 ein. Er legte u. a. seinen Arztbrief vom 26. Oktober 2000 vor und führte aus, er habe die Klägerin seit Oktober 2000 viermal behandelt. Es liege eine mittelschwere Depression und eine mittelschwere Beeinträchtigung des rechten Armes vor. Die Schulter-Arm-Beschwerden würde er mit einem GdB von 20 bis 30 und die seelischen Störungen mit einem GdB von 30 bis 40 bewerten. Das SG zog die im Rahmen eines auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung gerichteten Verfahrens angefallenen Akten des SG (S 14 RJ 267/00), insbesondere die Gutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. M. für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg vom 18. März und 19. April 1999, das fachorthopädische Gutachten von Dr. Dr. D. vom 18. August 2000 und das nervenärztliche Gutachten von Dr. F. vom 9. November 2000, bei.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. März 2006 verurteilte das SG den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 26. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Februar 2005, den GdB der Klägerin ab 29. Februar 2004 mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit festzustellen, und wies die Klage im Übrigen ab. Die somatische Situation der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule sei bei den von Dr. Sch. mitgeteilten funktionellen Befunden als mittelgradig beeinträchtigend und daher mit einem GdB von 20 einzuschätzen. Das aufgrund der mitgeteilten Ober- und Unterarmumfänge für sich betrachtet als geringgradig beeinträchtigend wirkende Lymphödem sei ohne Einfluss auf den GdB. Die psychische Situation der Klägerin sei als leichtgradig einzustufen, da die Klägerin sich nervenfachärztlich seit Herbst 2000 nur viermal in Behandlung begeben habe.

Gegen den Gerichtsbescheid des SG hat die Klägerin am 30. März 2006 Berufung eingelegt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2. März 2006 und den Bescheid vom 26. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Februar 2005 dahingehend abzuändern, dass der GdB seit 29. Februar 2004 zumindest 50 beträgt.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat zunächst die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. L. vom 19. Juni 2006 eingeholt. Er hat u.a. seinen Arztbrief vom 22. November 2005 vorgelegt und ausgeführt, die eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Armes sei langfristig und es seien die Schulter-Arm-Beschwerden mit einem GdB von 20 bis 30 sowie die gegenwärtig mittelschwere depressive Episode mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Die Klägerin habe sich achtmal seit Oktober 2000 vorgestellt. Hierzu hat der Beklagte die vā Stellungnahme von Dr. K. vom 10. August 2006 vorgelegt. Sodann hat der Senat die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. H. vom 30. November 2006 und die Stellungnahme von Dr. L. vom 30. November 2006 eingeholt. Dr. H. hat die von ihm behandelten Gesundheitsstörungen als geringfügig bis leicht beschrieben. Im Wesentlichen handle es sich bei diesen Gesundheitsstörungen um rezidivierend auftretende Störungen vorübergehender Natur. Dr. L. hat ausgeführt, es müsse statt von einer depressiven Episode eher von einer rezidivierenden Depression gesprochen werden, da die depressiven Zustände immer wieder mit schwerer und mittelschwerer Ausprägung aufträten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine

wesentliche Änderung eintritt.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung, ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, sind insoweit seit 1. Juli 2001 die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind ([Artikel 63](#) und [68 SGB IX](#) vom 19. Juni 2001, [BGBl. I S. 1046](#)).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden ebenfalls die erforderlichen Feststellungen ([§ 69 Abs. 4 SGB IX](#)). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den GdB sowie weitere gesundheitliche Merkmale aus ([§ 69 Abs. 5 SGB IX](#)).

Menschen sind 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 ([§ 2 Abs. 1 SGB IX](#)). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Sätze 3 und 6 SGB IX](#)). Die Feststellung des GdB oder eines Nachteilsausgleichs ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, wie sie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)", Ausgabe 2004 (AP) niedergelegt sind (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 7. November 2001 - [B 9 SB 1/01 R](#) - [VersorgVerw 2002, 26](#)). Die AP haben zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, und haben deshalb normähnliche Auswirkungen. Sie sind daher im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (BSG, Urteil vom 23. Juni 1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285, 286](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 91, 205](#); BSG, Urteil vom 29. August 1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). In den AP ist der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Sie ermöglichen somit eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB oder eines Nachteilsausgleichs. Die AP stellen dabei ein einleuchtendes, abgewogenes und geschlossenes Beurteilungsgefüge dar (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AP, 19 Abs. 1, S. 24). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 9. April 1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AP, 19 Abs. 3, S. 25). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AP, 19 Abs. 4, S. 26).

In den tatsächlichen Verhältnissen, die dem Bescheid vom 10. Februar 1999, mit welchem der Beklagte den GdB der Klägerin mit 60 festgestellt hatte, zugrunde lagen, ist eine wesentliche Änderung dahingehend eingetreten, dass der GdB der Klägerin am 29. Februar 2004 nur noch 40 betrug.

Bei der Klägerin erfolgte wegen eines Mammacarcinoms rechts pT1b N0 M0 am 14. Mai 1998 eine Quadrantektomie, Axillausräumung und Knochenmarkstanze mit nachfolgender Strahlentherapie. Der Beklagte hatte somit mit Bescheid vom 10. Februar 1999 unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Halswirbelsäulen-Schulter-Arm-Syndroms, einer Periarthritis humeroscapularis rechts und eines Thoraxwandlymphödems einen GdB von 60 festgestellt. In der Zeit von Februar 1999 bis Februar 2004 ist bei der Klägerin kein Tumorrezidiv aufgetreten. Damit war zum Zeitpunkt der Herabsetzung des GdB im Februar 2004 die in den AP vorgesehene Heilungsbewährung (AP, 26.14, Seite 95) abgelaufen. Der reine Zeitablauf stellt vorliegend ausnahmsweise eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne von [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) dar (siehe dazu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12. Juli 2006 - L 6 SB 1915/06 - m. w. N.). Der GdB beträgt mithin im Februar 2004 für die Quadrantenresektion der Brust nur noch 20 (AP, 26.14, Seite 94).

Zusätzlich zu berücksichtigen sind die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und das Schulter-Arm-Syndrom. Dieses entspricht nach Einschätzung des Senats allenfalls einem GdB von 20. Insoweit stützt sich der Senat auf die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. H vom 30. November 2006. Demnach hat sich die Klägerin bei ihm wegen orthopädischer Beschwerden zwischen Juni 2000 und Dezember 2005 nur zweimal und zwischen Dezember 2005 und November 2006 nur viermal vorgestellt. Im Wesentlichen hat Dr. H eine klinisch freie Beweglichkeit im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule ohne neurologische Auffälligkeiten, eine Dysfunktion L3/L4 sowie des linken Iliosacralgelenkes mit iliolumbalen Ligamentose und ein Halswirbelsäulen-Syndrom ohne neurologische Auffälligkeiten bei Dysfunktion C6/C7 und ohne Bewegungseinschränkung beschrieben. Nach den AP beträgt der GdB für Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung

oder Instabilität 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt 30, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten 30 bis 40, mit besonders schweren Auswirkungen 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit 80 bis 100 (AP, 26.18 S. 116). Nach Einschätzung des Senats handelt es sich bei den von Dr. H. beschriebenen Wirbelsäulenbefunden um solche, die weder für eine nennenswerte Bewegungseinschränkung noch für eine Instabilität sprechen. Auch die von der Klägerin vorgebrachten Schulter-Arm-Beschwerden sind nicht erheblich. Sie hat sich deswegen nicht in orthopädische Behandlung begeben, was sich aus der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. H. vom 30. November 2006 ergibt. Zwar hat sie gegenüber Dr. Sch. ausweislich dessen sachverständiger Zeugenauskunft vom 6. Juni 2005 über Schmerzen im rechten Arm geklagt. Dr. Sch. hat jedoch am 4. April 2005 beidseits gleiche Ober- und Unterarmumfänge und eine gleiche Kraft in beiden Händen erhoben. Der Senat geht davon aus, dass dies auch im maßgeblichen Zeitpunkt vom 26. Februar 2004 so der Fall war. Denn Dr. Dr. D. hat in seinem für das SG im Rahmen eines Rentenrechtsstreits erstellten orthopädischen Gutachten vom 18. August 2000 keine Gesundheitsstörungen im rechten Arm beschrieben. Die Einschätzung von Dr. Sch., eine Bewegungsstörung im rechten Arm liege vor und sei mit mittel zu bewerten, ist für den Senat mithin nicht nachvollziehbar. Nach Einschätzung des Senats kann daher entsprechend der eher wohlwollenden Beurteilung von Dr. K. in der vā Stellungnahme vom 13. September 2005 für regelwidrige Befunde der Wirbelsäule und des Schulter-Arm-Bereichs jedenfalls kein höherer GdB als 20 in Ansatz gebracht werden.

Auf psychiatrischem Fachgebiet leidet die Klägerin nach Ansicht des sie behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. L. ausweislich dessen sachverständiger Zeugenauskünfte vom 22. November 2005 und 19. Juni 2006 sowie dessen Stellungnahme vom 30. November 2006 an einer rezidivierend auftretenden Depression. Nach den AP beträgt der GdB für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 bis 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störung) 30 bis 40, schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten 80 bis 100 (AP, 26.3 Seite 48). Entgegen der Bewertung von Dr. L. geht der Senat bei der Klägerin nicht von stärker behindernden Störungen, sondern nur von leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen aus. Dies ergibt sich zum einen aus dem Umstand, dass sich die Klägerin bei Dr. L. - worauf das SG bereits zutreffend hingewiesen hat - nur sehr sporadisch vorgestellt hat. Zum anderen reicht der von Dr. L. beschriebene Befund (oft traurig, depressiv, immer wieder Sorgen, ob eventuell ein Rezidiv auftreten könne, nachts fünf- bis sechsmaliges Aufstehen aus der Sorge, es könne etwas passieren) nicht aus, hierin eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin zu sehen. So hat auch Dr. F. in seinem für das SG im Rahmen eines Rentenrechtsstreits erstellten nervenheilkundlichen Gutachten vom 9. November 2000 eine stärkere depressive Episode, ein organisches Psychosyndrom oder eine Psychose ausgeschlossen. Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seither hat der Senat nicht. Mithin beträgt nach Einschätzung des Senats der Teil-GdB der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet allenfalls 20.

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Grundsätze und der Teil-GdB-Werte (20 für die Quadrantenresektion der Brust und allenfalls 20 für die seelische Störung und allenfalls 20 für degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und ein Schulter-Arm-Syndrom) hat die Klägerin keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 40. Mithin ist gegenüber den Verhältnissen, die dem Bescheid vom 10. Februar 1999 zugrunde lagen, eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten, so dass der Beklagte zu Recht mit Bescheid vom 26. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Februar 2005 den Bescheid vom 10. Februar 1999 aufgehoben hat und das SG zutreffend mit Urteil vom 2. März 2006 den Beklagten nicht zur Feststellung eines höheren GdB als 40 verurteilt hat.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-19