L 8 SB 5038/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 10 SB 4274/06

Datum

06.10.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 5038/08

Datum

05.03.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 6. Oktober 2008 abgeändert. Die Klage der Klägerin wird in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Bei der 1946 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt Karlsruhe zuletzt mit Bescheid vom 15.03.2004 in Ausführung eines Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe (SG) vom 27.02.2004 - S 10 SB 3849/01 - nach Rücknahme der von der Klägerin gegen diesen Gerichtsbescheid eingelegten Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (L 8 SB 1134/04) den GdB mit 40 ab 29.07.2003 (ausgehend von den Ansätzen des SG im Gerichtsbescheid vom 27.02.2004 eines Teil-GdB von jeweils 20 für ein Wirbelsäulenleiden, eine Bewegungsbeeinträchtigung an den Händen sowie einer depressiven Verstimmung, funktionelle Organbeschwerden) fest.

Am 22.11.2004 beantragte die Klägerin beim zwischenzeitlich zuständig gewordenen Landratsamt Rastatt - Versorgungsamt - (VA) die Erhöhung des GdB. Sie machte eine Verschlimmerung des Wirbelsäulenschadens sowie der Arthrose in beiden Händen und als neu aufgetretene Gesundheitsstörung eine Kniegelenkschädigung geltend. Das VA holte die ärztlichen Befundscheine von Dr. K. und Dr. H. ein und ließ diese versorgungsärztlich auswerten. (Gutachtlichen Stellungnahme Dr. Z.-C. vom 06.06.2005, der den Gesamt-GdB weiterhin mit 40 vorschlug). Mit Bescheid vom 20.06.2005 entsprach das VA dem Antrag auf Neufeststellung des GdB nicht.

Gegen den Bescheid vom 20.06.2005, der dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin auf Nachfrage nach dem Sachstand mit Schreiben vom 09.01.2006 - nochmals - übersandt wurde, legte die Klägerin am 07.02.2006 Widerspruch ein. Sie wandte sich gegen die Bewertungen des GdB hinsichtlich der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, des linken Kniegelenks sowie der Gebrauchseinschränkung beider Hände. Das VA holte die Befundscheine von Dr. Z. vom 05.05.2006 und Dr. G. vom 18.07.2006 ein und ließ sie versorgungsärztlich auswerten. Dr. Z.-C. schlug in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 07.08.2006 unter Berücksichtigung einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen und Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 20), einer Gebrauchseinschränkung beider Hände, Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes (Teil-GdB 20), einer depressiven Verstimmung, funktionelle Organbeschwerden (Teil-GdB 20), Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 10) und einer Funktionsbehinderung des linken Kniegelenkes (Teil-GdB 10) einen Gesamt-GdB von 40 vor.

Mit Widerspruchsbescheid des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - vom 18.08.2006 wurde der Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 20.06.2005 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, in den Verhältnissen, die dem letzten Feststellungsbescheid (15.03.2004) zugrunde gelegen hätten, sei eine wesentliche Änderung nicht eingetreten. Zusätzlich werde eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes berücksichtigt. Wegen dieser leichten Gesundheitsstörung könne eine Erhöhung des GdB nicht erfolgen. Die vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen erreichten nicht das Ausmaß, wie sie für die Anerkennung einer Schwerbehinderteneigenschaft vorgesehen seien.

Hiergegen erhob die Klägerin am 07.09.2006 Klage beim SG. Sie machte zur Begründung geltend, die Funktionsbehinderungen der

Wirbelsäule, der linken Schulter, die Bewegungs- und Gebrauchseinschränkungen beider Hände, die gesondert zur Schulter zu bewerten seien, seien nicht ausreichend bewertet worden. Außerdem leide sie an erheblichen und zunehmenden Bewegungseinschränkungen beider Kniegelenke. Der GdB sei deswegen höher zu bewerten.

Das SG hörte den Orthopäden Dr. G. sowie den Hausarzt Dr. Z. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. G. teilte in seiner Stellungnahme vom 03.12.2006 die von der Klägerin geklagten Beschwerden, die Diagnosen und erhobenen Befunde mit und verneinte die Frage nach einer wesentlichen Änderung im Gesundheitszustand der Klägerin. Dr. Z. teilte in seiner Stellungnahme vom 07.12.2006 den Behandlungsverlauf mit und bejahte die Frage nach einer wesentlichen Änderung im Gesundheitszustand der Klägerin hinsichtlich orthopädischer und nervlicher Probleme.

Das SG holte das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten von Prof. Dr. L. vom 05.07.2007 ein. Prof. Dr. L. gelangte in seinem Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin zu der Beurteilung, auf orthopädisch-traumatologischem Gebiet bestünden bei der Klägerin an Behinderungen mit Funktionsstörungen ein Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule mit leichten Funktionsstörungen im Sinne von Bewegungseinschränkungen bei degenerativen Veränderungen (Teil-GdB 10), ein Schmerzsyndrom der Brustwirbelsäule derzeit ohne klinisch und radiologisch fassbares Korrelat im Sinne von wiederkehrenden funktionellen Blockierungen der Wirbel - Rippgelenke (Teil-GdB 10), ein Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule mit leichten Funktionsstörungen im Sinne von Bewegungseinschränkungen für das Neigen nach vorn, ohne motorische oder sensible Beeinträchtigungen (Teil-GdB 10), ein Schmerzsyndrom der linken Schulter, derzeit ohne funktionelle Einschränkungen bei Verschmälerung des subakromialen Gleitraumes und leichter Arthrose des Schultergelenkes, ein Schmerzsyndrom beider Hände ohne richtungsweisende Veränderungen der Handgelenke, der Mittelhand, der Finger und ohne funktionell relevante Beeinträchtigungen (Teil-GdB unter 10), ein Schmerzsyndrom beider Kniegelenke im Sinne von einer wiederkehrenden Innenmeniskussymptomatik mit leichter funktioneller Einschränkung und seitengleicher leichter Verschmälerung des inneren Kniegelenkspaltes (Teil-GdB 10). Unter zusätzlicher Berücksichtigung einer depressiven Verstimmung und funktionellen Organbeschwerden mit einem Teil-GdB von 20 bewertete Professor Dr. L. den Gesamt-GdB mit 40.

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) holte das SG außerdem vom Arzt für Chirurgie/Sozialmedizin Dr. Le. das Gutachten vom 20.11.2007 ein. Dr. Le. gelangte in seinem Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin (am 31.10.2007) zu dem Ergebnis, an Behinderungen bestünden bei der Klägerin, eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, eine Funktionsstörung des rechten Sprunggelenks, eine Fußdeformität beidseits und eine Großzehengrundgelenksarthrose beidseits (Teil-GdB 30, allein für das rechte Kniegelenk betrage der Teil-GdB 20), eine Gebrauchseinschränkung beider Hände und eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks (Teil-GdB 30 unter Einschluss eines Raynaudsyndroms), eine Funktionsminderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Nervenwurzelreizerscheinungen (Teil-GdB 20), eine depressive Verstimmung, funktionelle Organbeschwerden (Teil-GdB 20) und ein Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 10). Der Gesamt-GdB sei mit 50 festzusetzen, zumindestens ab dem 31.10.2007 (Tag der Untersuchung). Dem Gutachten war ein Befundbericht des Augenarztes Dr. Zapf vom 21.03.2007 beigefügt, wonach der Visus für das rechte Auge der Klägerin 0,4 und für das linke Auge 0,5 beträgt.

Der Beklagte ist unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 19.03.2008 der Klage weiter entgegengetreten. Es sei allenfalls eine weitere leichtgradige Sehminderung beidseits (Teil-GdB 10) zusätzlich zu berücksichtigen.

Mit Gerichtsbescheid vom 06.10.2008 stellte das SG bei der Klägerin den GdB mit 50 ab 31.10.2007 fest. Im Übrigen wies es die Klage - mit Kostenlast der Beklagten zu 3/4 - ab. Das SG führte zur Begründung seiner Entscheidung gestützt auf die Gutachten des Prof. Dr. L. und Dr. Le. aus, hinsichtlich der Bewertung der Funktionsminderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Nervenwurzelreizerscheinungen mit einem Teil-GdB von 20, der depressiven Verstimmung, funktionellen Organbeschwerden mit einem Teil-GdB von 20, dem Kopfschmerzsyndrom mit einem Teil-GdB von 10 und der Sehminderung beidseits mit einem Teil-GdB von 10 bestehe Übereinstimmung mit den Gerichtssachverständigen und des Beklagten. Streitbefangenen verbleibe die Bewertung der Funktionsbehinderungen beider Kniegelenke und der Füße der Klägerin, die Dr. Le. folgend mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten seien. Ob die bestehende Gebrauchseinschränkung beider Hände und die Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks Dr. Le. folgend mit einem Teil-GdB von 30 oder Dr. G. folgend mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten seien, könne dahingestellt bleiben. Der Gesamt-GdB betrage auch dann 50, wenn mit Dr. G. von einem Teil-GdB von 20 ausgegangen werde. Für den Zeitraum vom 22.11.2004 bis 30.10.2007 verbleibe es bei einem Gesamt-GdB von 40.

Gegen den dem Beklagten am 09.10.2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat er am 30.10.2008 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 20.10.2008 und 09.02.2009 ausgeführt, das SG habe Dr. Le. folgend für sämtliche Funktionseinschränkungen der unteren Gliedmaße einen Teil-GdB von 30 angenommen, während im Gutachten von Prof. Dr. L. vom 08.06.2007 der zuerkannte Teil-GdB von 10 für eine Funktionsminderung beider Kniegelenke bestätigt worden sei. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass in der relativ kurzen Zeit der Begutachtungen zwischen Juli und Oktober 2007 eine so ausgeprägte Verschlimmerung der Funktionseinschränkungen der unteren Gliedmaßen bei der Klägerin eingetreten sei. Es sei von einer wechselnden Beschwerdesymptomatik seitens der Kniegelenke auszugehen. Zudem sei die von Dr. Le. zugrunde gelegte aktive Beweglichkeit der Kniegelenke mitarbeitsabhängig und nicht objektiv. Bei Zugrundelegung der passiven Beweglichkeit (Kniegelenk rechts 0-5-90°; links 0-0-120°) bedinge das rechte Kniegelenk auch nach den von Dr. Le. erhobenen Befunde keinen GdB von wenigstens 20. Das linke Kniegelenk sowie das rechte Sprunggelenk seien nicht wesentlich in ihrer Funktion eingeschränkt und trügen zum Teil-GdB für die unteren Extremitäten nichts bei. Darauf hinzuweisen sei, dass Dr. Le. in seinem Gutachten keine Atrophie in der Beinmuskulatur festgestellt habe, was gegen die Annahme einer anhaltenden und ausgeprägten Funktionseinschränkung des rechten Kniegelenkes spreche. Es sei weiterhin von einem Teil-GdB von 10 für die unteren Extremitäten und von einem Gesamt-GdB von 40 auszugehen. Schließlich werde auch die Kostenquote im Gerichtsbescheid zu überprüfen sein, da das SG bei seiner Entscheidung selbst von einer Verschlimmerung nach Klageerhebung ausgehe und die angefochtenen Bescheide somit im Zeitpunkt ihres Erlasses nicht rechtswidrig gewesen seien.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 6. Oktober 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin hat zur Begründung vorgetragen, der angefochtene Gerichtsbescheid sowie das Gutachten von Dr. Le. seien nicht zu beanstanden. Dass der Beklagte die Beeinträchtigung der Kniegelenke lediglich als vorübergehend ansehe, entbehre jeglicher Grundlage. Auch die Bewertung der Gebrauchseinschränkung der Hände und der Funktionsminderung des linken Schulterreckgelenkes sei zutreffend.

Der Senat hat Dr. G. schriftlich als sachverständigen Zeugen zu Veränderungen des Gesundheitszustandes der Klägerin angehört, der in seiner Stellungnahme vom 12.01.2009 mitgeteilt hat, die Klägerin habe zusätzlich über Schmerzen am rechten Kniegelenk sowie im Bereich der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule geklagt. Außerdem hat der Senat das orthopädische Gutachten des Dr. J., St. V.-Kliniken K., vom 06.05.2009 eingeholt. Dr. J. gelangte in seinem Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin (am 30.04.2009) zu dem Ergebnis, auf orthopädischem Gebiet lägen bei der Klägerin an Gesundheitsstörungen eine diskrete Fehlstatik der Wirbelsäule, ein Halswirbelsäulenschaden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen, wiederkehrende Wirbelsäulensyndrome (Teil-GdB 20), Schulterschmerzen beidseits ohne Funktionseinschränkung, eine geringe Epicondylitis humeri radialis rechts, ein diskretes Streckdefizit des rechten Ellenbogengelenkes (Teil-GdB unter 10), ein leichtes Carpaltunnelsyndrom beidseits und leichte Daumensattelgelenksarthrose jeweils beidseits ohne Funktionseinschränkung, eine Heberden-Arthrose rechtes Zeigefingerendgelenk, eine leichte Raynaud-Symptomatik rechts (Teil-GdB 10) sowie Knorpelschäden beider Kniegelenke ohne Bewegungseinschränkung und Reizzustand, Spreizfuß mit Hallux valgus und eine leichte Großzehengrundgelenksarthrose jeweils beidseits (Teil-GdB 20) vor. Die von Prof. Dr. L. am 04.07.2007 erhobenen klinischen Befunde hätten sich weitgehend unverändert wiedergefunden. Das Untersuchungsergebnis von Dr. Le. vom 31.10.2007 könne nicht bestätigt werden. Die Bewertung der Gesundheitsstörungen im Bereich der Hände seien als grenzwertig niedrig und die der Kniegelenke als grenzwertig hoch anzusehen. Auf orthopädischem Gebiet werde der GdB auf 30 und der Gesamt-GdB auf 40 geschätzt.

Der Rechtsstreit ist mit den Beteiligten durch den Berichterstatter in nichtöffentlicher Sitzung am 17.07.2009 erörtert worden. Die Klägerin hat eine Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht. Auf die Niederschrift vom 17.07.2009 wird verwiesen.

Der Senat hat daraufhin Dr. G. erneut schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. G. hat in seiner Stellungnahme vom 17.08.2009 unter Vorlage von Befundberichten mitgeteilt, die Gonarthrose und die damit verbundene Einschränkung sowie die Beschwerdesymptomatik vonseiten der Lendenwirbelsäule hätten bei der Klägerin zugenommen.

Die Klägerin hat außerdem das ärztliche Attest des Dr. G. vom 13.10.2009 vorgelegt, in dem bescheinigt wird, dass bei der Klägerin eine erhebliche Schmerzsymptomatik / außergewöhnliches Schmerzsyndrom bestehe.

Wegen Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die Akten des SG S 10 SB 3849/01 und des Landessozialgerichts L 8 SB 1134/04 sowie ein Band Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung des Beklagten ist zulässig (§ 151 SGG) und begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit 50 (seit dem 31.10.2007). Der Senat vermag sich dem angefochtenen Gerichtsbescheid des SG nicht anzuschließen. Eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen der Klägerin im Vergleich zu den dem Bescheid vom 15.03.2004 zugrundeliegenden Verhältnissen ist bei der Klägerin nicht eingetreten, weshalb der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 20.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.08.2006 rechtmäßig ist.

Rechtsgrundlage für die Neufeststellung ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen - welche ihrerseits nicht zum sogenannten Verfügungssatz des Bescheides gehören - zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustandes mit dem bindend festgestellten - früheren - Behinderungszustand ermittelt werden. Dies ist vorliegend der mit Bescheid vom 07.05.1997 mit einem GdB von 20 bewertete Behinderungszustand. Der nachfolgenden Ablehnungsbescheid 24.07.2001 ist kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind seit 01.07.2001 die Vorschriften des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind (vgl. Art. 63, 68 des Gesetzes vom 19.06.2001 BGBl. I S. 1046). Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 17 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 - BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 3/02 R - BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 - BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten AHP die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der

Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien erfolgte hierdurch nicht. Die VG haben vielmehr die AHP - jedenfalls soweit vorliegend relevant - übernommen und damit gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R - SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. zum Vorstehenden auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.02.2009 - [L 6 SB 4693/08](#) -).

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 Seite 10 der VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP).

Hiervon ausgehend steht der Klägerin entgegen der Ansicht des SG ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit 50 nicht zu.

Nach den vom SG und vom Senat durchgeführten Ermittlungen ist eine Verschlimmerung des Wirbelsäulenleidens der Klägerin, die einen Teil-GdB von über 20 rechtfertigt, nicht eingetreten. Dr. Le. als auch Dr. J. haben in ihren Gutachten übereinstimmend das Wirbelsäulenleiden der Klägerin mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Ihrer Bewertung schließt sich der Senat an. Sie entspricht den Vorgaben der VG. Nach den von Dr. Le. und Dr. J. in ihren Gutachten mitgeteilten Befunde ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule der Klägerin hinsichtlich der Rotation wie auch der Seitneigung eingeschränkt, deutlicher nach den von Dr. Le. mitgeteilten Funktionsdaten. Hinsichtlich der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule ist die Seitneigung mit je 20° (Norm 30° bis 40°) ebenfalls eingeschränkt, während eine Einschränkung der Rotation (40°) nicht besteht. Der Finger-Boden-Abstand betrug 20 cm (Dr. J.) bzw. 18 cm (Dr. Le.). Die Entfaltbarkeit der Wirbelsäule war geringfügig eingeschränkt (Maß nach Schober 12:10 Dr. Le. und 10:13,5 Dr. J.). Wirbelsäulenbezogene Sensibilitätsstörungen, neurologische Ausfälle oder Hinweise auf eine vorliegende Nervenwurzelreizung lagen nicht vor, wie Dr. J. in seinem Gutachten ausgeführt hat. Danach kann bei der Klägerin hinsichtlich ihres Wirbelsäulenleidens nicht von schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) oder von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome), die nach den VG (Teil B Nr. 18.9) eine GdB von 30 rechtfertigen, ausgegangen werden. Prof. Dr. L. ist in seinem Gutachten vom 05.07.2007 hinsichtlich der Wirbelsäule der Klägerin sogar von nur leichten Funktionsstörungen ausgegangen, wie sich aus seiner Bewertung des Teil-GdB von 10 für jeden Wirbelsäulenabschnitt ergibt. Im Übrigen hat die Klägerin gegen die Bewertung des Teil-GdB mit 20 für ihr Wirbelsäulenleiden auch keine Einwendungen erhoben.

Dass bei der Klägerin hinsichtlich der depressiven Verstimmung, funktionelle Organbeschwerden eine wesentliche Änderung (Verschlimmerung) eingetreten ist, ist nicht ersichtlich. Zwar hat Dr. Z. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 07.12.2006 eine Verschlimmerung u.a. der nervlichen Probleme genannt. Seiner Zeugenaussage lassen sich jedoch keine Befunde entnehmen, die diese Ansicht belegen. Eine Verschlimmerung der depressiven Verstimmung/funktionelle Organbeschwerden lässt sich auch den sonst vorliegenden medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Nach dem von Dr. Le. bei der Begutachtung der Klägerin erhobenen psychischen Befund war Kontakt gut herstellbar, der Rapport regelrecht. Es bestand kein Hinweis für Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Inhaltliche oder formale Denkstörungen bestanden nicht. Das Verhalten war situationsgerecht. Nach den Angaben der Klägerin befindet sie sich zwar in regelmäßiger Psychotherapie, wobei eine Behandlung mit Medikamenten wegen der depressiven Verstimmung nicht erfolgt. Dass bei der Klägerin eine stärker behindernde psychische Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) vorliegt, die nach den VG (Teil B Nr. 3.7) einen GdB von 30 bis 40 rechtfertigt, kann danach nicht angenommen werden. Die bisherige Einschätzung des Teil-GdB von 20 haben im Übrigen auch Prof. Dr. L. und Dr. J. in ihrem Gutachten (fachfremd) bestätigt. Im Übrigen hat auch die Klägerin im Verlaufe des Verfahrens eine Verschlechterung ihrer depressiven Verstimmung/funktionelle Organbeschwerden nicht geltend gemacht.

Auch hinsichtlich der Gebrauchseinschränkung beider Hände ist bei der Klägerin eine Verschlimmerung nicht eingetreten. Vielmehr haben Prof. Dr. L. und Dr. J. hinsichtlich der Hände der Klägerin übereinstimmend einen Teil-GdB von über 10 nicht angenommen. Ihre Bewertung ist nach den von ihnen erhobenen und in ihren Gutachten mitgeteilten Befunden (keine Bewegungseinschränkung der Finger bzw. des Handgelenkes, sämtliche Greifvarianten sind uneingeschränkt möglich, keine auffällige Kraftminderung) nachvollziehbar und plausibel. Sie entspricht den Bewertungsvorgaben der VG. Ihrer Ansicht schließt sich der Senat an. Im Übrigen geht auch Dr. Le. in seinem Gutachten zwar hinsichtlich der Gebrauchseinschränkung beider Hände - rechtlich unzutreffend - von einem Teil-GdB von 20 aus und kommt aber lediglich unter zusätzlicher Berücksichtigung einer Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes zu einer Bewertung des Teil-GdB von 30, weshalb sich die Klägerin auf diese Bewertung nicht mit Erfolg berufen kann.

Die neu hinzugetretenen Gesundheitsstörungen der Klägerin begründen keine wesentliche Änderung, die eine Neufeststellung des GdB von 50 rechtfertigt.

Die Schulterbeschwerden der Klägerin sowie eine Epicondylitis sind höchstens mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten, der bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen ist. Nach dem Gutachten von Prof. Dr. L. war die Überprüfung der aktiven und passiven

Beweglichkeit der rechten und linken Schulter der Klägerin unauffällig. Eine relevante Bewegungseinschränkung bestand an beiden Schultergelenken nicht. Die Beweglichkeit der Schultergelenke lag im (unteren) Normbereich. Auch bei der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung durch Dr. J. bestand eine im Wesentlichen unveränderte freie Beweglichkeit beider Schultergelenke (nach mehrfacher Überprüfung der Beweglichkeit und durch Dr. J. forciert), mit Schmerzangaben durch die Klägerin, wie Dr. J. in seinem Gutachten ausgeführt hat. Bei der klinischen Überprüfung der Rotatorenmanschette ergab sich kein krankhafter Befund. Eine Impingementsymptomatik bzw. eine auffällige Muskelverschwächung im Armbereich lag nicht vor. Hinsichtlich des Ellenbogens bestand lediglich ein diskretes Streckdefizit am rechten Ellenbogengelenk (140-10-0°). Damit liegen bei der Klägerin keine Funktionsbeeinträchtigung der Schultergelenke bzw. Ellenbogengelenke vor, die nach den VG einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigt (vgl. Teil B Nr. 18.13, wonach eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks - einschließlich Schultergürtel - Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 10 und erst ab Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 20 und eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk geringen Grades - Streckung/Beugung bis 0-30-120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit - einen Teil-GdB von 0 bis 10 rechtfertigt). Der davon abweichenden Ansicht von Dr. Le. in seinem Gutachten vom 20.11.2007 kann nicht gefolgt werden. Dass bei der Klägerin dauerhaft eine Funktionsbehinderung der Schultergelenke vorliegt, die seine Ansicht rechtfertigt, dass für die oberen Extremitäten (Gebrauchseinschränkung beider Hände und Bewegungseinschränkung der Schultergelenke) einen Teil-GdB von 30 zu bilden sei, wird durch die Gutachten von Prof. Dr. L. vom 05.07.2007 und Dr. J. vom 06.05.2009, die übereinstimmend keine eingeschränkte Beweglichkeit der Schultergelenke festgestellt haben, nicht bestätigt.

Entsprechendes gilt für das Kopfschmerzsyndrom sowie die aus dem Befundbericht von Dr. Zapf sich ergebende Sehstörung der Klägerin (Visus rechts 0,4, links 0,5), die jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten und damit bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht zu berücksichtigen sind (vgl. zur Sehstörung VG Teil B Nr. 4.3).

Auch die neu hinzugetretenen Gesundheitsstörungen im Bereich der unteren Extremitäten der Klägerin (Funktionsbehinderung der Kniegelenke, des rechten Sprunggelenkes, Fußdeformität und Großzehengrundgelenksarthrose jeweils beidseits) rechtfertigen die Neufeststellung des GdB mit 50 nicht. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. L. bestand keine Bewegungseinschränkung der Kniegelenke (0-0-130°), der oberen Sprunggelenke (30-0-40°) sowie der unteren Sprunggelenke. Mit Ausnahme einer geringgradig vermehrten Aufklappbarkeit beidseits, einem Verschiebeschmerz und einer positiven Innenmeniskussymptomatik am linken Kniegelenk bestand an den Kniegelenken kein pathologischer Befund, wie sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. L. ergibt. Dies gilt auch für die Sprunggelenke. Auch nach dem Gutachten von Dr. J. bestand bei der Klägerin keine Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit (135-0-5°), eine diskrete Lockerung des inneren Knieseitenbandapparates ohne Reizzustand der Kniegelenke, eine geringe Bewegungseinschränkung der oberen Sprunggelenke (10-0-35°) und eine freie Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke. Weiter bestand keine Minderung der Gefühlsempfindung im Beinbereich beidseits und keine Paresen, wie auch keine auffällige Muskelverschwächung bei leichten bis mäßigen Knorpelschäden und einer leichten bis mäßigen innenseitigen Kniegelenksarthrose rechts, geringer auch links und Knieschreibenanpress- und Verschiebeschmerz. Weiter besteht bei der Klägerin an unteren Extremitäten ein Spreizfuß beidseits mit Hallux valgus und eine leichte Großzehengrundgelenksarthrose beidseits, wie sich aus dem Gutachten von Dr. J. ergibt, der wegen dieser Gesundheitsstörungen an den unteren Extremitäten den Teil-GdB mit 20 bewertet. Dieser Bewertung schließt sich der Senat an. Ein Teil-GdB von 20 lässt sich wegen des bestehenden Knorpelschadens am linken Kniegelenk (Befundbericht Radiologisches Institut Bühl vom 14.04.2008) nach den VG (Teil B Nr. 18.14) rechtfertigen. Ein höherer Teil-GdB ist jedoch nach den VG nicht angemessen. Der Knorpelschaden am linken Knie der Klägerin ruft keine anhaltenden Reizerscheinungen hervor, weshalb es nicht gerechtfertigt ist, den nach den VG für ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) einseitig ohne Bewegungseinschränkung vorgesehenen GdB-Rahmen von 10 bis 30 nach oben ausschöpfend heranzuziehen. Auch Dr. J. hat in seinem Gutachten die Bewertung des Teil-GdB von 20 hinsichtlich der Kniegelenke als grenzwertig hoch anzusehen. Der von Dr. Le. in seinem Gutachten vertretenen Ansicht, die Funktionsbehinderungen der Klägerin an den unteren Extremitäten seien mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Dr. Le. stützt seine Bewertung maßgeblich auf die Funktionsbehinderung der Kniegelenke wobei er von einem Teil-GdB von wenigstens 20 allein für das rechte Kniegelenk ausgeht. Dabei legt Dr. Le. seiner Bewertung eine Bewegungseinschränkung der Kniegelenke in der Beugung mit 0-10-90° (aktiv) und 0-5-90° (passiv) und links Beugung mit 120° zugrunde. Dass bei der Klägerin eine derartige dauerhafte Bewegungseinschränkung der Kniegelenke vorliegt, kann jedoch nach den Gutachten von Prof. Dr. L. und Dr. J., die übereinstimmend eine freie Kniegelenksbeweglichkeit bei der Klägerin festgestellt haben, nicht angenommen werden. Außerdem weist Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.10.2008 überzeugend darauf hin, dass nach den von Dr. Le. erhobenen passiven Bewegungsmaße des rechten Kniegelenkes und der Beweglichkeit des linken Kniegelenk (Beugung 120° ohne Streckdefizit) noch kein Teil-GdB von wenigstens 20 angenommen werden kann. Diese Ansicht entspricht den VG (Teil B Nr. 18.10), wonach erst bei einer einseitigen Bewegungseinschränkung im Kniegelenk mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-10-90) einen Teil-GdB von 20 gegeben ist.

Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom, wie die Klägerin zuletzt im Berufungsverfahren unter Vorlage des Attestes von Dr. G. vom 13.10.2009 geltend macht, liegt nicht vor. Die von der Klägerin im Rahmen ihrer Begutachtungen geklagten Schmerzen rechtfertigen die Annahme eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms nicht. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Nur wenn nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen ist, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden (vgl. VG Teil A Nr. 2j). Dass bei der Klägerin eine solche über das übliche Maß hinausgehende behandlungsbedürftige Schmerzhaftigkeit besteht, wird durch das Attest des Dr. G. vom 13.10.2009 nicht belegt. Dr. G. setzt pauschal eine erhebliche Schmerzsymptomatik mit einem außergewöhnlichen Schmerzsyndrom gleich, was den Vorgaben der VG nicht gerecht wird. Das Vorliegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms lässt sich auch den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Vielmehr hat die Klägerin bei der Begutachtung durch Dr. Le. angegeben, bewusst auf Schmerzmittel zu verzichten.

Insgesamt ergibt sich bei der Klägerin damit weiterhin ein GdB von 40. Bei der Klägerin besteht keine schwerwiegende Behinderung, die mit einem Teil-GdB von 30 oder mehr zu bewerten ist. Nach den dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 jedoch vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats ist es deshalb grundsätzlich nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies nach dem Ausgeführten bei der Klägerin zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen (Urteile des Senats vom 03.04.2009 - [L 8 SB 2724/08](#) -, 20.04.2007 - [L 8 SB](#)

[4424/05](#) - und 27.10.2006 - [L 8 SB 2813/05](#) -). Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen bei der Klägerin nicht vor.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den Sachverhalt für aufgeklärt. Eine Verschlimmerung im Gesundheitszustand der Klägerin ist nicht ersichtlich. Die von Dr. G. mit seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 17.08.2009 vorgelegten Befundunterlagen belegen seine Ansicht, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin verschlechtert habe, nicht. Den Befundbericht des Radiologischen Instituts Bühl vom 14.04.2008 hat Dr. J. in sein Gutachten vom 06.05.2009 einbezogen. Der weitere Bericht des radiologischen Instituts Bühl vom 27.07.2009 bestätigt im Wesentlichen den Befund vom 14.04.2008. Auch dem beigefügten Befundbericht des Dr. G. vom 24.07.2009 lässt sich eine Verschlimmerung nicht entnehmen, allenfalls eine deutliche Besserung der Lendenwirbelsäulensymptomatik nach physikalischer Therapie und Akupunktur.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-04-15