

L 6 SB 458/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 759/10
Datum
03.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 458/13

Datum
20.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei einer erstrebten Erhöhung des Gesamt-GdB von 30 auf 50 ist die Entscheidung, für die Erhöhung des Gesamt-GdB von 30 auf 40 dem Beklagten nur ein Drittel der außergerichtlichen Kosten aufzuerlegen, nicht zu beanstanden, da mit der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft umfassend Vergünstigungen verbunden sind.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 3. Januar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Schwerbehinderteneigenschaft der Klägerin streitig.

Die 1956 geborene, massiv übergewichtige (BMI 39,7) Klägerin, die mit ihrer Tochter gemeinsam in einem gemieteten Haus mit Garten lebt, arbeitet als Fahrerin für ihren Sohn. In dieser Tätigkeit ist sie bis zu vier Stunden täglich beschäftigt, um ihren Sohn mit dem PKW zu seinen Auftraggebern zu fahren.

Sie beantragte am 03.02.2009 die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB). Zur Begründung ihres Antrages trug sie vor, sie leide unter Bronchialasthma, einer Stauballergie, Einschränkungen im rechten und linken Handgelenk, im rechten und teilweise linken Ellenbogen sowie Schmerzen in den Oberarmen, der linken Schulter, in der Halswirbelsäule und der linken Hüfte.

Der Beklagte zog Befundberichte der pneumologischen Gemeinschaftspraxis Dres. St. und Z. vom 30.12.2005 (allenfalls leicht erhöhter zentraler Atemwegswiderstand, spirometrisch jedoch keine relevante Obstruktion oder Restriktion) vom 21.12.2007 (erniedrigte periphere Flusswerte unter Zeichen der Lungenüberblähung bei spirometrischem Normalbefund und allenfalls angedeutete Restriktion), sowie vom 28.02.2008 (keine relevante Obstruktion oder Restriktion) bei. Dr. Z. hatte zuletzt ein Asthma bronchiale, eine Hausstaubmilbenallergie, spezifische IGE-Antikörper auf Esche mit unklarer klinischer Relevanz sowie vermutlich pleuritische Residuen links basal diagnostiziert. Der Beklagte zog auch einen Befundbericht des Chirurgen Dr. H. vom 25.06.2009 (rezidivierende Arthritiden am rechten Handgelenk, bei beginnender Handgelenksarthrose und rezidivierenden schmerzhaften Schwellungszuständen am linken Handgelenk, rezidivierende Arthritiden am Grundgelenkmittelfinger rechts, rezidivierende, teilweise therapieresistente Epicondylitis radialis rechts, Periarthritis humero scapularis beider Schultergelenke und Halswirbelsäulen(HWS)syndrom mit Cervikobrachialgie beidseits bei degenerativen HWS-Veränderungen) bei.

Der Versorgungsarzt Dr. L. bewertete in seiner Stellungnahme vom 03.07.2009 die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und das Schulter-Arm-Syndrom mit einem Teil-GdB von 20, das Bronchialasthma mit einem Teil-GdB von 10 sowie die Gebrauchseinschränkung beider Arme und beider Hände mit einem Teil-GdB von 10. Den Gesamt-GdB bewertete er mit 20. Mit Bescheid vom 01.09.2009 stellte der Beklagte den GdB mit 20 seit dem 03.02.2009 fest und berücksichtigte hierbei als Funktionsbeeinträchtigungen die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, das Schulter-Arm-Syndrom, das Bronchialasthma und die Gebrauchseinschränkung beider Arme und beider Hände.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 01.10.2009 Widerspruch. Der Beklagte zog erneut Befundberichte des Chirurgen Dr. H. vom 29.06.2009 (Arthritis im rechten Handgelenk bei beginnender Handgelenksarthrose) und vom 22.09.2009 (HWS-Syndrom mit deutlichem Muskelhartspann paravertebral beidseits und einer Streckfehlhaltung) bei. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.12.2009 bewertete Dr. G. die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, das Schulter-Arm-Syndrom, die Gebrauchseinschränkung beider Arme und

beider Hände mit einem Teil-GdB von 30. Das Bronchialasthma bewertete er mit einem Teil-GdB von 10. Den Gesamt-GdB schätzte er auf 30. Dem entsprechend half der Beklagte mit Teilabhilfebescheid vom 09.12.2009 dem Widerspruch der Klägerin teilweise ab und stellte den GdB mit 30 seit dem 03.02.2009 fest und wies mit Widerspruchsbescheid vom 09.02.2010 den Widerspruch im Übrigen als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.03.2010 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen vernommen.

Der Chirurg Dr. B. hat unter dem 03.05.2010 angegeben, er habe die Klägerin letztmalig am 14.01.2005 behandelt und könne daher die Fragen des Gerichtes nicht beantworten. Ähnlich hat sich die Fachärztin für Neurologie Dr. U.-R. geäußert (letzte Behandlung im April 2008).

Der Pneumologe Dr. Z. hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 17.05.2010 mitgeteilt, er habe die Klägerin am 15.12.2005, 23.11.2007, 18.12.2007 sowie am 19.02.2008 behandelt. Er habe die Diagnosen eines Asthma bronchiale und einer Hausstaubmilbenallergie gestellt. In der Lungenfunktion habe er intermittierend eine obstruktive Ventilationsstörung festgestellt und eine bronchiale Hyperreagibilität nachweisen können. Klinisch lägen Niesanfalle, Rhinitis, anfallsartige Luftnot und Husten vor. Im Hinblick auf die festgestellte bronchiale Hyperreagibilität sollte ein GdB von 20 auf pneumologischem Fachgebiet angesetzt werden.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin G. hat am 19.05.2010 mitgeteilt, die Klägerin leide an chronischen Wirbelsäulenschmerzen, Schmerzen an Ellenbogen und Händen, einem SchulterArm-Syndrom, Asthma bronchiale und Diabetes mellitus sowie Übergewicht. Er stimme der Beurteilung des versorgungsärztlichen Dienstes, was die bisherigen Gesundheitsstörungen betreffe, zu, stelle aber fest, dass die Diabeteserkrankung bisher nicht berücksichtigt worden sei. Da es sich um eine chronische Erkrankung handle, müsse der GdB um ca. 20 zusätzlich erhöht werden.

Nach Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 03.03.2011 (weiterhin Gesamt-GdB von 30) hat das SG bei Dr. K., Chefarzt der Altklinik M., von Amts wegen ein fachinternistisches Gutachten eingeholt. Der Sachverständige hat festgehalten, dass die Muskeleigenreflexe seitengleich schwach auslösbar gewesen seien, pathologische Reflexe hätten nicht bestanden. Die Klägerin habe sich demonstrativ leidend präsentiert, sich den rechten Arm haltend und taumelnd beim Aufstehen. Bei der Untersuchung hat die Klägerin von Muskelkrämpfen in beiden Oberarmen, Schwellungen in beiden Händen mit teilweiser Gefühlosigkeit, Schwindel bei raschen Kopfbewegungen und von Schmerzen in beiden Knie- und Fußgelenken sowie im linken Handgelenk berichtet. Bei Stress leide sie unter Atemnot mit pfeifender Atmung häufig verbunden mit Herzstechen. Die Klägerin hat weiterhin von 10 Zigaretten pro Tag und der täglichen Einnahme von Inovaer-Spray, Metformin 1000, Strophantin und Diacard berichtet. Bei der Lungenfunktionsprüfung hat sich keine obstruktive Ventilationsstörung, wie sie für ein Bronchialasthma typisch wäre, gefunden, sondern lediglich eine leichte restriktive Ventilationsstörung, welche der Gutachter auf das erhebliche Übergewicht der Klägerin zurückgeführt hat. Die Blutgasanalyse hat keine Einschränkung der Sauerstoffaufnahme gezeigt. In dem Gutachten vom 19.05.2011 hat Dr. K. die Diagnosen einer Funktionsbehinderung der HWS, eines Schulter-Arm-Syndroms, einer Gebrauchseinschränkung beider Hände, eines Diabetes mellitus (medikamentös eingestellt), einer ausgeprägten Adipositas sowie einer leichten restriktiven Ventilationsstörung bei Übergewicht ohne Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung gestellt. In seiner abschließenden Beurteilung hat der Gutachter darauf hingewiesen, dass Ursache für die Hauptbeschwerden der Klägerin, nämlich Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Bereich der Schulter und der Hände, ein HWS-Syndrom sein dürfte. Bezogen auf die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden seien die objektiven Veränderungen jedoch gering, so dass hier eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiver Symptomatik und dem Röntgenbild bestehe. Die Einstufung des HWS-Syndroms mit Funktionseinschränkungen im Bereich der Arme und Hände sei mit einem GdB von 30 zutreffend bewertet. Da im Bereich der Kniegelenke keine Bewegungseinschränkungen nachweisbar seien, ergebe sich hier bei altersentsprechender Abnutzung trotz der Schmerzen kein GdB. Der Gutachter hat darauf hingewiesen, dass die Schmerzsymptomatik durchaus erträglich sein müsse, da die Klägerin keinerlei Schmerzmittel einnehme. Der Gutachter hat für das HWS-Syndrom mit Funktionseinschränkung der Hände einen Teil-GdB von 30 und für den Diabetes mellitus bei medikamentöser Einstellung einen Teil-GdB von 10 vorgeschlagen. Ein Bronchialasthma, das bisher mit einem Teil-GdB von 10 bewertet worden sei, liege nicht vor. Den Gesamt-GdB hat der Gutachter auf 30 geschätzt.

In ihrer Stellungnahme zu dem Gutachten hat die Klägerin darauf hingewiesen, dass sie sehr wohl Schmerzmittel einnehme, nämlich Ibuprofen AL 800 Retard sowie Ibufam 600 mg, und ein arbeitstechnisches Gutachten von Prof. Dr. Sch. vom 14.05.2001 vorgelegt, welches für das Amtsgericht Reutlingen in der Unterhaltssache (Az: 6 F 795/2000) erstattet wurde (nur halbschichtige Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeit aufgrund der orthopädischen Einschränkungen).

Sodann hat das SG auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. A., bei dem die Klägerin in regelmäßiger Behandlung stand, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Im Rahmen der Anamnese zur Untersuchung am 09.09.2011 hat die Klägerin angegeben, täglich Ibufam 800 (vier bis fünf Tabletten pro Tag) sowie Metformin (zwei Tabletten pro Tag) einzunehmen und seit 1985 keinen Alkoholmissbrauch mehr zu betreiben. Sie rauche seit dem 21. Lebensjahr, derzeit 8 bis 5 Zigaretten pro Tag. Weiterhin hat die Klägerin angegeben, wegen des chronischen Asthmas und der Stauballergie regelmäßig ein Spray (8 bis 9 Hübe pro Tag) anzuwenden. Sie leide häufig unter Atemnot und suche einmal pro Jahr den Lungenarzt auf. Gegenüber Dr. A. hat die Klägerin auch angegeben, sie leide seit 1997 unter Depressionen, welche sich während der Ehescheidung verstärkt hätten. So hat der Gutachter den Befund einer depressiven Grundstimmung erhoben und mitgeteilt, dass die Klägerin während der Befragung/Untersuchung immer wieder in Tränen ausgebrochen sei. Der Gutachter hat die Diagnosen chronisches HWS-Syndrom, chronisches Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndrom, PHS (Periarthropathia humero skapularis), Epicondylitis radialis et ulnaris humeri rechts, chronische Arthritis beider Handgelenke, rechts mehr als links, chronische Grundgelenksarthritis des zweiten und dritten Fingers rechts, rezidivierender Reizzustand beider Kniegelenke bei Verdacht auf chronische mediale Meniskopathie, mäßige Varikosis beider Beine, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und depressive Störung gestellt. Der Gutachter hat den Teil-GdB für die Funktionsstörungen der Wirbelsäule mit 20, für die Funktionseinschränkungen im Bereich der Arme und Hände mit 30, für die Funktionsbeeinträchtigungen beider Beine mit 10 bewertet. Er hat dann einen fachbezogenen "Zwischen-" GdB von 40 gebildet. Bezüglich des Diabetes mellitus hat der Gutachter ausgeführt, dass der internistische Gutachter von einem Teil-GdB von 10 ausgehe, der Hausarzt von einem Teil-GdB von 20, wobei letztgenannte Einschätzung in Kraft trete, wenn tatsächlich eine Insulintherapie erforderlich sei. Lege er des Weiteren den GdB des Pneumologen Dr. Z. von 20 für die Lunge zugrunde, ergebe sich damit ein Gesamt-GdB von 50. Bezüglich der von ihm angenommenen

depressiven Störung hat Dr. A. darauf hingewiesen, dass eine solche bereits vor 10 Jahren diagnostiziert worden sei. Weitere Diagnostik geschweige denn eine gezielte Therapie sei jedoch nicht durchgeführt worden, hier bestehe - auch wegen einer möglichen somatoformen Schmerzstörung - weiterer Aufklärungsbedarf.

Nach Einholung der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 22.12.2011 hat der Beklagte die Anhebung des GdB auf 40 ab dem 03.02.2009 im Vergleichswege angeboten (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule Teil-GdB 20, Schulter-Arm-Syndrom, Gebrauchseinschränkung beider Arme Teil-GdB 20, Gebrauchseinschränkung beider Hände Teil-GdB 20). Dieses Angebot hat die Klägerin nicht angenommen.

Das SG hat sodann die Neurologin und Psychiaterin Prof. Dr. W. mit der Erstattung eines nervenärztlichen Gutachtens von Amts wegen beauftragt. Nach der Untersuchung am 04.06.2012 hat Prof. Dr. W. die Diagnosen chronische Lumbalgie ohne radikuläre Ausfälle, chronische Cervialgie ohne radikuläre Ausfälle und rezidivierender Schwindel gestellt. Zusammenfassend hat die Gutachterin ausgeführt, diagnostisch bestehe bei der Klägerin allenfalls eine leichte depressive Symptomatik, hauptsächlich in Form von Unzufriedenheit und unterschwelliger Aggressivität, die sei aber nicht so ausgeprägt sei, dass eine depressive Episode zu diagnostizieren sei. Letztendlich sei die Unzufriedenheit angesichts der sozialen Situation auch durchaus nachvollziehbar und nicht unbedingt krankhaft. Auch habe der Hausarzt keine Depression diagnostiziert, ein Antidepressivum nehme die Klägerin nicht ein. Eine somatoforme Schmerzstörung könne sie entgegen der Auffassung von Dr. A. nicht diagnostizieren. In der körperlichen Untersuchung habe sich bezüglich des geklagten Schwindels kein Hinweis für eine Schädigung des peripheren Gleichgewichtssinns oder des zentralen Nervensystems gefunden. Daher stuft sie die Schwindelbeschwerden als leicht ein. Den Teil-GdB wegen der Beschwerden der Wirbelsäule hat die Gutachterin auf 30 geschätzt, den Teil-GdB wegen des Schwindels hat sie mit 10 und den Gesamt-GdB mit 40 bewertet, wobei sie für die übrigen Einschränkungen die Einschätzung des versorgungsärztlichen Dienstes zugrunde gelegt hat.

Das SG hat schließlich den Pneumologen Dr. Z. nochmals befragt. In seiner Stellungnahme vom 13.08.2012 hat Dr. Z. mitgeteilt, im Hinblick auf die 2007 dokumentierte bronchiale Hyperreagibilität und die anhaltenden Beschwerden der Klägerin sei von einem GdB von 30 hierfür ausgehen. Zusammen mit den postpleuritischen Residuen und der chronischen Bronchitis aufgrund des Inhalationsrauchens schätze er den Gesamt-GdB auf seinem Fachgebiet mit 40 ein. Dr. Z. hat seinen Befundbericht vom 08.07.2010 (kein relevant pathologischer Befund; keine formal relevante Ventilationsstörung oder Restriktion, angedeutete Reduktion der peripheren Flusswerte mit Zeichen der Lungenüberblähung und einer peripheren Obstruktion) beigefügt. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 06.11.2012 ist Dr. R. weiterhin von einem Gesamt-GdB von 40 ausgegangen, da die Einschätzung von Dr. Z. in Anbetracht der Lungenfunktionsdiagnostik nicht nachvollziehbar sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 03.01.2013 hat das SG nach vorangegangener Anhörung der Beteiligten den Beklagten verurteilt, den GdB bei der Klägerin mit 40 seit dem 03.02.2009 festzustellen, im Übrigen die Klage abgewiesen sowie ein Drittel der außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten. Zur Begründung hat sich das SG im Wesentlichen auf die Sachverständigengutachten von Dr. K. und Prof. Dr. W. und hinsichtlich der Befunde und diagnostischen Feststellungen auf das Gutachten von Dr. A. gestützt. In der Bewertung der Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule unter Berücksichtigung der bestehenden Schmerzen hat sich das Gericht der Sachverständigen Prof. Dr. W. angeschlossen und hierfür einen Teil-GdB von 30 angenommen. Entgegen der Einschätzung von Dr. A., welcher die Funktionsbeeinträchtigung beider Arme mit einem Teil-GdB von 30 bewertet hat, hat das SG diese Funktionsstörung nur mit einem Teil-GdB von 10 berücksichtigt, wobei es sich auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 06.11.2012 gestützt und berücksichtigt hat, dass die Bewegungseinschränkung der Schulter deutlich geringer sei als die in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) dargestellte für einen Teil-GdB von 10 zu berücksichtigende Bewegungseinschränkung. Auch hinsichtlich der Ellenbogengelenke würden die von Dr. A. gemessenen Werte nicht die Voraussetzungen für eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk mit einem Teil-GdB von mindestens 10 erfüllen. Dasselbe gelte für die von Dr. A. gemessenen Werte hinsichtlich der Beweglichkeit der Handgelenke. Die rezidivierenden Reizzustände beider Kniegelenke bei Verdacht auf mediale Meniskopathie verursachten keinen GdB von mindestens 10, da lediglich geringe Funktionseinbußen an beiden Kniegelenken bei einer leichten Ergussbildung des rechten Kniegelenkes ohne weitere entzündliche Veränderungen bestünden. Den Schwindel hat das SG in Übereinstimmung mit Prof. Dr. W. mit einem Teil-GdB von 10 berücksichtigt, da kein Hinweis für eine Schädigung des peripheren Gleichgewichtssinnes oder des zentralen Nervensystems bestehe. Bezüglich der Funktionseinschränkung auf lungenfachärztlichem Gebiet hat das SG sich der versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. R. vom 06.11.2012 angeschlossen und keine Funktionsbeeinträchtigung mit einem messbaren GdB angenommen, da nach dem von Dr. Z. übersandten Arztbrief vom 08.07.2010 kein pathologischer Befund hätte erhoben werden können, somit eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion nicht festgestellt werden könne. Nach den gutachterlichen Feststellungen von Dr. K. habe sich im Rahmen der Begutachtung und der durchgeführten Lungenfunktionsprüfung keine obstruktive Ventilationsstörung, wie sie für ein Bronchialasthma typisch wäre, gefunden, sondern lediglich eine leichte restriktive Ventilationsstörung, die auf das erhebliche Übergewicht zurückzuführen sei. Auch die Blutgasanalyse habe keine Einschränkung der Sauerstoffaufnahme gezeigt. Eine Funktionsbeeinträchtigung durch ein mit einem Teil-GdB von 10 zu bewertenden Bronchialasthmas sei nicht nachweisbar, das könne letztlich jedoch dahingestellt bleiben, da ein Teil-GdB von 10 den Gesamt-GdB nicht erhöhe. Den Diabetes mellitus hat das SG ebenfalls nicht mit einem GdB von mindestens 10 bewertet. Der Gesamt-GdB betrage 40 seit dem 03.02.2009, somit könne die Schwerbehinderteneigenschaft bei der Klägerin nicht festgestellt werden.

Gegen den am 14.01.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 30.01.2013 Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie ausführt, das SG habe die Bewertung der auf orthopädischem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen zu Unrecht auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. W. gestützt und nicht auf das orthopädische Gutachten von Dr. A. ... Unter Berücksichtigung der Lungenfunktionsstörung ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50, wovon auch Dr. A. ausgehe. Soweit Dr. K. in seinem Gutachten keine obstruktive Ventilationsstörung festgestellt habe, sei dies unrichtig. Tatsache sei, dass sie mehrmals pro Monat, oftmals sogar mehrfach wöchentlich, schwere Bronchialasthmaanfälle durchzustehen habe. Die bei ihr vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen würden sich gegenseitig verstärken. Die vom SG getroffene Kostenentscheidung sei fehlerhaft, da die Klage mindestens zur Hälfte erfolgreich gewesen sei, was sich in der Kostenteilung niederschlagen habe.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 3. Januar 2013 teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter

Abänderung des Bescheides vom 11. September 2009 in der Gestalt des Bescheides vom 9. Dezember 2009 und des Widerspruchsbescheides vom 9. Februar 2010 bei ihr einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 3. Februar 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, dass die von der Klägerseite geforderte Bildung des Gesamt-GdB in der Rechtsprechung des BSG keine Stütze fände, da die Bildung von Zwischen-GdB-Werten auf einzelnen medizinischen Fachgebieten unzulässig sei. Soweit die zuerkannten außergerichtlichen Kosten beanstandet würden, sei eine Kostenerstattung von 1/3 dann als angemessen zu betrachten, wenn die als wirtschaftlich bedeutungsvoller einzuschätzende Schwerbehinderteneigenschaft nicht erreicht werde.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgemäß erhobene sowie auch im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist rechtlich nicht zu beanstanden, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40 seit dem 03.02.2009.

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](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch [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](#)). 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 4 und [6 SGB IX](#)). 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](#)).

Die Bemessung des GdB ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in drei Schritten vorzunehmen und grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe, wobei das Gericht nur bei der Feststellung der einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen (erster Schritt) ausschließlich ärztliches Fachwissen heranziehen muss (BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) - m. w. N.). Bei der Bemessung der Einzel-GdB und des Gesamt-GdB kommt es indessen nach [§ 69 SGB IX](#) maßgebend auf die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft an. Bei diesem zweiten und dritten Verfahrensschritt hat das Tatsachengericht über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen. Diese Umstände sind in die als sogenannte antizipierte Sachverständigengutachten anzusehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" (AHP) in der jeweils gültigen Fassung - zuletzt 2008 - einbezogen worden. Dementsprechend waren die AHP nach der ständigen Rechtsprechung des BSG im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren zu beachten (BSG a. a. O.). Für die seit dem 01.01.2009 an deren Stelle getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - [BGBl. I. S. 2412](#) - (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) gilt das Gleiche (BSG a. a. O.).

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d. h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (z. B. "Altersdiabetes", "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen - wie im Falle der Klägerin - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und in wieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein: Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung kann die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber auch nicht verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, 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.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Gesundheitsschäden der Klägerin keinen höheren GdB als 40 rechtfertigen.

Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Beeinträchtigung liegt auf orthopädischem Fachgebiet, wobei im Vordergrund die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und der Arme stehen.

Dabei ist das Funktionssystem Rumpf mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme bestimmt, wobei sich das Funktionsausmaß der Gelenke nach der Neutral-Null-Methode bemisst. Auch bei Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 der GdB primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Dementsprechend beträgt bei Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) der GdB 20 und mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40 (VG, Teil B, Nr. 18.9).

Die Klägerin leidet im Bereich der Wirbelsäule unter mittelgradigen Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule, die sich für den Senat aus den mit den Normalwerten (Messblatt für die Wirbelsäule, abgedruckt in Mehrhoff/Meindel/Muhr, Unfallbegutachtung, Zwölfte Auflage, Seite 134) zu vergleichenden Untersuchungsergebnissen des Sachverständigen Dr. A. ergibt. Dieser hat im Bereich der Halswirbelsäule eine Seitneigung rechts/links mit 20/0/15 Grad (Normalwert 45/0/45 Grad) und eine Rotation rechts links mit 45/0/35 Grad (Normalwert 60 bis 80/0/60 bis 80 Grad) gemessen, was einer mittelgradigen Bewegungseinschränkung entspricht. Der Vorgutachter Dr. K. fand die Halswirbelsäule in der Kopfdrehung nur endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Die Sachverständige auf nervenfachärztlichem Gebiet Prof. Dr. W. hat hierzu keinen Befund erhoben. Röntgenologisch haben Dr. K. und Dr. A. im Bereich der Halswirbelsäule übereinstimmend eine Spondylosteochondrose der unteren Halswirbelsäule C 5/6 festgestellt. Hierbei bewertet Dr. K. den röntgenologischen Befund einer Spondylosteochondrose C 5/C 6 als leichtgradig. Die Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule sind leichtgradig zu bewerten. Im Bereich der Lendenwirbelsäule hat Dr. K. nämlich keinen pathologischen Befund erheben können, Dr. A. hat hingegen einen leichten Klopfschmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie erhebliche Verspannungen der Muskulatur festgestellt. Den Fingerfußbodenabstand hat Dr. A. mit 16,5 cm und die Lendenwirbelsäulenentfaltung beim Zeichen nach Schober mit 10/14 cm (Normalwert 10/15 cm) gemessen. Dies entspricht auch dem Untersuchungsergebnis von Prof. Dr. W., welche die Lendenwirbelsäule bei der Vornüberbeugung frei entfaltbar fand. Röntgenologisch fand Dr. A. beschrieb im Bereich der Lendenwirbelsäule eine gering- bis mittelgradige Spondylosteochondrose der Lendenwirbelsäule. Die Brustwirbelsäule war in ihrer Beweglichkeit bei der Untersuchung durch Dr. A. endgradig eingeschränkt (Seitneigen rechts/links 25/0/20 Grad (Normalwert 30 bis 40/0/30 bis 40 Grad); Drehen im Sitzen rechts/links 20/0/20 Grad (Normalwert 30 bis 40/0/30 bis 40 Grad)). Das aktive Aufrichten des Rumpfes aus der Bauchlage war der Klägerin während der Untersuchung durch Dr. A. nicht möglich, der Liegen/Jugulumabstand betrug daher 0 cm. Die Brustwirbelsäule entfaltete sich beim Zeichen nach Ott mit 30/30,5 cm (Normalwert 30/32 cm). Zusammenfassend bestehen bei der Klägerin daher in allen Wirbelsäulenabschnitten leichte bis allenfalls mittelgradige Bewegungseinschränkungen bei Schmerzhaftigkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule. Bei dieser Bewertung war zu berücksichtigen, dass Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule nicht geklagt wurden, die Lendenwirbelsäule trotz Schmerzhaftigkeit frei entfaltbar war und motorische oder sensible Nervenausfälle nicht bestehen. Der Senat schließt sich daher der Einschätzung des Gutachters Dr. A. an, welcher die Gesundheitsstörung im Bereich der Wirbelsäule mit 20 bewertet hat, was auch der Bewertung durch Dr. K. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.12.2011 entspricht.

Für die Funktionsbeeinträchtigung seitens der Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenke ist zusammenfassend für die Arme ein Teil-GdB von 20 in die Bewertung einzustellen.

Die Funktionsbeeinträchtigungen in den Schultern sind mit einem Teil-GdB von höchstens 10 zu bewerten, welcher nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes (einschließlich Schultergürtel) bei einer Armhebung nur bis zu 120 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit anzunehmen ist. Die von Dr. A. erhobenen Befunde sind dieser Funktionsbeeinträchtigung vergleichbar. Er hat bei der Klägerin die Schultergelenksbeweglichkeit in der Armhebung (ohne Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) rechts mit 40/0/115 Grad (Normalwert 40/0/150 bis 170 Grad) und links mit 40/0/150 Grad gemessen. Die Möglichkeit der Klägerin, den Arm anzuheben, liegt daher über den für einen GdB von 10 geforderten 120 Grad auf der linken Seite und geringfügig darunter auf der rechten Seite. Die Möglichkeit, den Arm auswärts und einwärts bei seitlich abgewinkeltem Oberarm einzudrehen, ist auf der rechten Seite endgradig eingeschränkt und auf der linken Seite vollständig möglich (rechts 80/0/40 Grad, links 80/0/70 Grad bei Normalwert 70/0/70 Grad). Insgesamt ist die Schulterbeweglichkeit daher schmerzhaft endgradig eingeschränkt.

Da nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0/30/120 Grad bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten ist, kann bei der nur geringfügigen Einschränkung (Streckung/Beugung rechts 0/0/130 Grad, links 0/0/140 Grad bei Normalwert 10/0/150 Grad) kein Einzel-GdB festgestellt werden.

Weiterhin zu berücksichtigen im Funktionsbereichs Arme sind Bewegungseinschränkungen der Hände, welche bei der Klägerin mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten sind. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 ist bei einer Bewegungseinschränkung des Handgelenkes geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30/0/40 Grad) ein GdB von 0 bis 10 anzusetzen. Dr. A. hat bei der Klägerin die Beweglichkeit der Handgelenke wie folgt gemessen: Handrückenwärts/Hohlhandwärts rechts 45/0/40 Grad und links 45/0/40 Grad (Normalwert 35 bis 60/0/50 bis 60 Grad). Die Streckung und Beugung im rechten Handgelenk ist ebenso wie im linken endgradig eingeschränkt. Den in den VG genannten Wert der Streckung/Beugung bis 30/0/40 Grad überschreitet die Klägerin in beiden Handgelenken. Zu berücksichtigen ist im Bereich der Handgelenke jedoch, dass sowohl Dr. A. als auch der Sachverständige Dr. K. bei der Klägerin eine deutliche Kraftminderung in beiden Händen rechts stärker als links festgestellt haben. Dr. A. hat die Handgelenke der Klägerin auf beiden Seiten streckseitig geschwollen und schmerzhaft

vorgefunden. Röntgenologisch fand Dr. A. auf beiden Seiten geringe arthrotische Veränderungen.

Zusammenfassend ist bei nur geringen bis allenfalls mittelgradigen Bewegungseinschränkungen in einzelnen Gelenken der Arme der Klägerin, geringen röntgenologisch nachweisbaren Verschleißerscheinungen, den hier am deutlichsten geklagten Schmerzen und der Kraftminderung in beiden Händen in der Gesamtheit ein Teil-GdB von 20 für dieses Funktionssystem angemessen. Der Einschätzung von Dr. A., dieses Funktionssystem bedinge einen Teil-GdB von 30, kann sich der Senat hingegen nicht anschließen, da trotz der geklagten Schmerzen die dargestellten Funktionseinschränkungen bzw. Bewegungseinschränkungen gering sind. Bei der Bewertung der Funktionsstörung kommt es nämlich auf das tatsächliche Ausmaß der Einschränkung und nicht nur auf die geklagten Schmerzen an.

Für das Funktionssystem Beine hält der Senat in Übereinstimmung mit dem SG keinen Teil-GdB für gerechtfertigt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 ist eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0/0/90 Grad) einseitig mit einem GdB von 0 bis 10, beidseitig mit einem GdB von 10 bis 20 zu bewerten.

Bei allen Untersuchungen hat die Klägerin nur eine leichte Bewegungseinschränkung gezeigt. So hat der Sachverständige Dr. K. bei der Kniebeuge bei der Klägerin ein leichtes Reiben im Gelenk feststellen können. Für Prof. Dr. W. war das Gangbild der Klägerin bei Gangproben sehr langsam, teilweise mit plötzlichen Ausfallschritten ("da versage ihr Knie"); teilweise auf der Liege und beim Verlassen des Zimmers hat sich jedoch eine normale Geschwindigkeit gezeigt. Dr. A. hat die Streckung und Beugung der Kniegelenke nach der Neutral-Null-Methode wie folgt gemessen: rechts 0/5/140 Grad und links 0/5/140 Grad (Normalwert 5 bis 10/0/120 bis 150 Grad). Die Bewegungseinschränkung der Klägerin im Bereich der Kniegelenke ist damit sehr gering. Röntgenologisch hat Dr. A. bei der Klägerin eine beginnende mediale Gonarthrose festgestellt. Entsprechend den VG ist diese geringgradige Bewegungseinschränkung bei nur beginnender Arthrose nicht mit einem GdB zu bewerten. Insoweit schließt der Senat sich nicht der Einschätzung von Dr. A. an, der trotz des auch von ihm erkannten nur geringen Ausmaßes der Bewegungseinschränkung einen GdB von 10 vorschlägt. Dies lässt sich nach den VG nicht begründen.

Das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche bedingt ebenfalls keinen Teil-GdB.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 beträgt bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40.

Der von Dr. A. geäußerte Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung hat sich durch das von ihm angeregte Gutachten von Prof. Dr. W. nicht bestätigen lassen, wonach sich bis auf eine unterschwellig aggressive Stimmung bei Unzufriedenheit und leicht reduzierter affektiver Resonanz kein pathologischer Befund ergibt. Der von der Klägerin geschilderte Tagesablauf deutet weder auf sozialen Rückzug noch auf sonstige soziale Anpassungsschwierigkeiten hin, er ist vielmehr in seiner Gesamtheit unauffällig. Eine Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet hat die Gutachterin daher nachvollziehbar nicht gestellt. Sie hat für den Senat nachvollziehbar auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung bei der Klägerin verneint. Hierzu hat Prof. Dr. W. ausgeführt, dass man unter einer somatoformen Schmerzstörung das Auftreten von Schmerzen ohne organische Basis versteht (ICD-10 Diagnoseschlüssel). Bei der Klägerin bestehen jedoch im Bereich der schmerzhaften Regionen durchaus organische Veränderungen, wie von Dr. A. bereits dokumentiert. Gegen eine somatoforme Schmerzstörung spricht auch, dass die Klägerin relativ wenig ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, erst recht keine Schmerztherapie durchführt. Prof. Dr. W. hat deswegen ausgeführt, dass eher an eine sog. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu denken ist. Das bei der Klägerin vorliegende Krankheitsbild rechtfertigt aber nach Überzeugung der Gutachterin keine klare Diagnosestellung in diesem Bereich, was für den Senat schlüssig und nachvollziehbar ist. Angesichts nur geringstgradiger Einschränkungen ist ein Teil-GdB auf diesem Gebiet nicht anzusetzen.

Der im Bereich des Funktionssystems Hör- und Gleichgewichtsorgan zu berücksichtigende Schwindel ist mit einem GdB von 10 zu bewerten.

Nach den VG, Teil B, Nr. 5.3 beträgt bei Gleichgewichtsstörungen ohne wesentliche Folgen (beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen [z. B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung]) leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen [Schwanken] bei höheren Belastungen [z. B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen] stärkere Unsicherheiten mit Schwindelerscheinungen [Fallneigung, Ziehen nach einer Seite] erst bei außergewöhnlichen Belastungen, z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen) und ohne nennenswerte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen der GdB 0 bis 10. Erst bei leichteren Folgen ist ein GdB 20 zu vergeben.

Gegenüber allen Sachverständigen hat die Klägerin angegeben, ihr werde schwindelig, wenn sie den Kopf drehe und über weitere Folgen wie eine Unsicherheit beim Gehen oder Stehen nicht berichtet. Dementsprechend hat Prof. Dr. W. bei der neurologischen Untersuchung der Koordination außer einem schwerfälligen Gangbild und einer Unmöglichkeit des Einbeinhüpfens beidseits keinen pathologischen Befund der Gang- und Standvarianten erheben können, was sich mit dem Befund des Dr. A. deckt. Auch bei ihm wird ein langsamer, vorsichtig, kleinschrittiger Gang, bei immer wieder einknickendem linken Bein demonstriert. Den Einbeinstand hat die Klägerin ebenso wie den Zehen- und Hackenstand beidseits sicher vorführen können. Zehen- und Hackengang waren etwas unsicher. Gegenüber Dr. A. hatte die Klägerin über Schwindel gar nicht geklagt, gegenüber Dr. K. nur bei raschen Kopfbewegungen. In den zu beurteilenden Diagnosen haben daher folgerichtig weder Dr. K. noch Dr. A. den Schwindel überhaupt aufgenommen. Dementsprechend ist bei einer Gleichgewichtsstörung ohne wesentliche Folgen in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Sachverständigen Prof. Dr. W. allenfalls ein Teil-GdB von 10 für diese Gesundheitsstörung als ausreichend anzusetzen.

Die von der Klägerin beklagte Bronchitis ist mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten, denn nach den VG, Teil B, Nr. 8.2 beträgt bei chronischer Bronchitis als eigenständiger Krankheit ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion in der leichten Form (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) der GdB 0 bis 10 und nur bei einer schwereren Form (fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf, häufige akute Schübe) 20 bis 30. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 ist ein Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion mit Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen mit einem GdB 0 bis 20 zu bewerten.

Nach dem letzten auf lungenfachärztlichem Gebiet erhobenen Befund von Dr. Z. vom 08.07.2010 ist keine relevante Ventilationsstörung, sondern allenfalls eine angedeutete Restriktion und angedeutete Reduktion der peripheren Flusswerte mit Zeichen der Lungenüberblähung und somit peripherer Obstruktion festgestellt worden. Dr. Z. hat demzufolge zutreffenderweise in der Kontrolldiagnostik keinen relevanten pathologischen Befund verzeichnen können. Dies stimmt mit der Befunderhebung von Dr. K. vom Mai 2011, also gut einem Jahr später, überein. Der internistische Sachverständige hat im Rahmen der Lungenfunktionsprüfung zwar eine deutliche Restriktion, jedoch keine Obstruktion der Lungenfunktion der Klägerin gefunden. Diese deutliche Restriktion hat er allein auf das Übergewicht der Klägerin und nicht auf eine irgendwie geartete Lungen- bzw. Atemwegserkrankung zurückgeführt. Aus den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens beigezogenen Befunden von Dr. Z. aus den Jahren 2005 bis 2008 ergibt sich ebenfalls keine Obstruktion der Lungenfunktion der Klägerin. Die Blutgasanalysen haben sich durchweg im Normbereich bewegt, was sich auch in dem Befund von Dr. K. in seiner Begutachtung widerspiegelt. Auch er konnte keine Insuffizienzen in diesem Bereich feststellen. Röntgenologisch hat er aber deutliche Zeichen einer chronischen Bronchitis bei der Klägerin gefunden. Selbst wenn man vom Vorliegen einer chronischen Bronchitis, welche auf das Inhalationsrauchen der Klägerin zurückzuführen ist (Gutachten Dr. K.), und vom Vorliegen einer Hyperreagibilität (Befundberichte Dr. Z.) ausgehen würde, so liegt zum einen eine Einschränkung der Lungenfunktion nicht vor, zum anderen sind weitere Hinweise für eine schwere Verlaufsform beider Krankheiten nicht dokumentiert. Die von der Klägerin mitgeteilten subjektiven Beschwerden sind durch die objektiv erhobenen Befunde nicht ausreichend erklärbar. Der Senat sieht hier einen Teil-GdB von 10 als ausreichend an.

Der Diabetes mellitus ist für die Zeit vom 03.02.2009 bis zum 21.07.2010 mit einem Teil-GdB von 10 und für die Zeit ab dem 22.07.2010 mit einem Teil-GdB von 0 zu bewerten.

Als Rechtsgrundlagen für die Feststellung des GdB sind im vorliegenden Fall - zunächst allgemein (formal) betrachtet - für die Zeit vom 03.02.2009 bis zum 21.07.2010 die vorläufige Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 gemäß Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit vom 22.09.2008 - IV C 3-48064-3 - unter Beachtung der Grundsätze der höchstrichterlichen Rechtsprechung und ab 22.07.2010 die Regelung in den VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 heranzuziehen (zum Ganzen BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#) - juris).

Für die Zeit vom 03.02.2009 bis zum 21.07.2010 ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen, dass die vorläufige Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 unter Beachtung der höchstrichterlich dargelegten Grundsätze (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - [B 9/9a SB 10/06 R](#) - juris) rückwirkend auf Sachverhalte anzuwenden ist, die vor deren Einführung durch das Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit vom 22.09.2008 - IV C 3-48064-3 - liegen (BSG, Urteil vom 11.12.2008 - [B 9/9a SB 4/07 R](#) - juris Rz. 15). Nach dieser vorläufigen Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 beträgt bei Diabetes mellitus mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) eingestellt der GdB 0, mit Medikamenten, die die Hypoglykämieeignung nicht erhöhen, eingestellt der GdB 10.

Die am 01.01.2009 in Kraft getretene und im Wortlaut mit der vorläufigen Neufassung der AHP, Teil A, Nr. 26.15 identische Regelung in den VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 10.12.2008 ist indes nicht zur GdB-Bewertung heranzuziehen, da sie den gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) zwingend zu berücksichtigenden Therapieaufwand nicht erfasst und aus diesem Grund nichtig ist (BSG, Urteil vom 23.04.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - juris Rz. 30). Die Feststellung des GdB hatte bis zu einer im Einklang mit den rechtlichen Vorgaben aus [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) stehenden Neufassung der Bestimmungen über den Diabetes mellitus nach den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - [B 9/9a SB 10/06 R](#) - juris Rz. 40) zu erfolgen (BSG, Urteil vom 23.04.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - juris Rz. 31; zur Nicht-Rückwirkung von Änderungen der VG siehe Senatsurteil vom 19.04.2012 - [L 6 SB 3345/10](#)).

Die Regelung in den am 22.07.2010 in Kraft getretenen VG, Teil B, Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010 ist mit den rechtlichen Vorgaben aus [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) vereinbar und für die Zeit ab 22.07.2010 anzuwenden (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#) - juris Rz. 23 bis 28). Danach beträgt bei Diabetes mellitus bei an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind und auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung erleiden, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt, der GdB 0.

Ausweislich der Mitteilung des Hausarztes G. vom 18.03.2011 nimmt die Klägerin Metformin ein und wird nicht über eine intensivierte Insulintherapie behandelt. Hypoglykämien können durch Metformin nicht verursacht werden. Der GdB für den bei der Klägerin vorliegenden Diabetes mellitus Typ II ist daher 0 bzw. allenfalls 10. Die zeitlich gestaffelt unterschiedliche Bewertung wirkt sich jedoch nicht aus, da ein Teil-GdB von 10 den Gesamt-GdB nicht erhöht.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Teil-GdB-Werte (Teil-GdB 20 für das Funktionssystem Rumpf, Teil-GdB 20 für das Funktionssystem Arme, Teil-GdB 10 für das Funktionssystem Hör- und Gleichgewichtsorgan sowie Teil-GdB 10 für das Funktionssystem Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen) beträgt der Gesamt-GdB nicht mehr als 40. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Halswirbelsäulenbeschwerden zum Teil mit den Beschwerden im Bereich der Schultergelenke und dem geklagten Schwindel überlagern. Den versorgungsärztlich und vom SG mit 40 angenommenen Gesamt-GdB hält der Senat daher für großzügig bemessen.

Nach alledem hat die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40 und damit keinen Anspruch auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Die Kostenentscheidung des SG ist ebenfalls nicht zu beanstanden, denn streitgegenständlich war erstinstanzlich nur die Anhebung des Gesamt-GdB von 30 auf 50. Insoweit war die Klägerin zwar teilweise erfolgreich, die angestrebte Schwerbehinderteneigenschaft hat sie indessen nicht erreichen können. Da der Senat der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft ein erhöhtes Gewicht beimisst, ist die Entscheidung des SG, für die Erhöhung des Gesamt-GdB von 30 auf 40 ein Drittel der außergerichtlichen Kosten dem Beklagten aufzuerlegen, nicht zu beanstanden, da mit der Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft umfassend Vergünstigungen verbunden sind, so dass sich eine hälftige Kostenerstattung verbietet (so auch LSG Essen, Beschluss vom 16.06.2004 - [L 7 B 12/04 SB](#) - juris).

Die Berufung war daher zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

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

Aus
Login
BWB
Saved
2013-08-23