

L 8 SB 859/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 23 SB 8563/08

Datum
01.02.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 859/11

Datum
20.09.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 1. Februar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Bei der 1952 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt S. mit Bescheid vom 01.07.1996 wegen Teilentfernung des Magens (Teil-GdB 20), einer chronischen Parametro-Adnexopathie (Teil-GdB 10), einem Krampfaderleiden (Teil-GdB 10) sowie einem psychosomatischen Syndrom (Teil-GdB 10) den GdB mit 30 fest. Neufeststellungsanträge der Klägerin blieben zuletzt mit Bescheid vom 16.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.10.2004 unter Berücksichtigung eines Teilverlustes des Magens, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 20), Verlust der Gebärmutter, Eierstockerkrankung (Teil-GdB 10), Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Krampfadern (Teil-GdB 10), psychovegetative Störungen, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 10) sowie einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Carpaltunnelsyndrom und Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 10) erfolglos.

Am 02.06.2008 stellte die Klägerin beim nunmehr zuständigen Landratsamt R. (LRA) einen weiteren Antrag auf Erhöhung des GdB. Das LRA zog medizinische Befundunterlagen bei (Berichte des Orthopäden Dr. K. vom 20.04.2006, Diagnosen: L5-Schmerz-Syndrom rechts, rezidivierendes pseudoradikuläres Syndrom im Lumbalbereich und Facettensyndrom bei Spondylarthrose L2 bis S1, Osteochondrose L5/S1; Dr. N. vom 26.01.2007, Beurteilung: Unkomplizierte Migräne; Dr. S. vom 02.10.2007, Diagnose: V.a. discogenes Schmerzsyndrom mit Anulus Partialruptur L4/5; Dr. He. vom 17.03.2008 und 19.03.2008, Beurteilung: Z.n. Billroth-I-Resektion des Magens mit unauffälligen Schleimhautverhältnissen und regelrechter Anastomose, kleiner Restmagen, Hiatusinsuffizienz ohne Nachweis einer Refluxösophagopathie, Z.n. Cholecystektomie mit normalkalibrigem Ductus hepatocholedochus, unauffällige Pankreas; Pathologiebericht Professor Dr. R. vom 25.03.2008). Mit Bescheid vom 28.07.2008 entsprach das LRA unter Berücksichtigung eines Teilverlustes des Magens, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 20), Verlust der Gebärmutter, Eierstockerkrankung (Teil-GdB 10), Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Krampfadern (Teil-GdB 10), psychovegetative Störungen, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20) sowie einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Carpaltunnelsyndrom und Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 10) dem Neufeststellungsantrag der Klägerin nicht.

Gegen den Bescheid vom 28.07.2008 legte die Klägerin am 18.08.2008 Widerspruch ein, mit dem sie wegen seelischer Gesundheitsbeeinträchtigungen einen Teil-GdB von 50 sowie einen Gesamt-GdB von 60 oder 70 geltend machte. Sie legte Berichte von Dr. von Z. vom 23.02.2006 (Diagnosen: Dysthymie, Familienkonflikt mit Verhaltensstörung) und vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie F. vom 24.09.2008 vor. Entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes des Beklagten (Dr. Ha.) vom 02.12.2008 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2008 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 17.12.2008 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie machte zur Begründung geltend, im Vordergrund stehende psychosomatische Erkrankungen, insbesondere ein extremes Kopfschmerzsyndrom sowie eine Vielzahl psychovegetativer Störungen seien nicht ausreichend bewertet worden. Die Klägerin legte das sozialmedizinische Gutachten des MDK, Dr. Schm. vom 07.09.2009 (Diagnosen: Thoraxschmerz rechts, dringender V.a. somatoforme Schmerzstörung, Fersensporn links, Achillodynie links, Gonarthrose rechts, Hysterektomie 1999, Carpaltunnelsyndrom beidseits), den Entlassungsbericht an die Deutsche Rentenversicherung der S. Klinik Bad B. vom 04.03.2010 (Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung leicht bis

mittelgradige Episode, selbstunsicher und abhängig akzentuierte Persönlichkeit, Thorakalgien und Spannungskopfschmerzen, chronisch rezidivierende pseudoradikuläre Lumboschialgien links, myostatische Dysbalance und Spinalkanalstenose L4/5) sowie den Befundbericht des Dr. Ka. vom 13.01.2010 vor.

Das SG hörte den Facharzt für Innere Medizin Dr. He., den Orthopäden Dr. S., den Orthopäden K., den Arzt für Allgemeinmedizin M., die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie P. und den Arzt für Neurochirurgie und Neuroradiologie Dr. Ka. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. He. teilte in seiner Stellungnahme vom 07.07.2009 unter Vorlage von Befundberichten auf seinem Fachgebiet die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten (Magen GdB 20). Dr. S. teilte in seiner Stellungnahme vom 04.08.2009 unter Vorlage eines Befundberichtes den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (femoropatellares Schmerzsyndrom bei retropatellarer Chondromalazie, teilfixierte BWS-Kyphose mit Thoraco-Dorsal-Syndrom und Tietze-Syndrom sowie plantarer Fersensporn links) mit. Den Schweregrad der diagnostizierten Gesundheitsstörungen schätzte er auf leicht bis geringfügig ein und teilte die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten, da wesentliche Funktionsdefizite oder deutlich fassbare degenerative Veränderungen mit Bewegungseinschränkung nicht vorlägen. Der Orthopäde K. teilte in seiner Stellungnahme vom 09.10.2009 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen mit. Für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule schätzte Dr. K. den GdB auf 30 und für eine Mittelnerven-Druckschädigung beidseits den GdB auf 10 ein. Der Arzt M. teilte in seiner Stellungnahme vom 24.12.2009 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen mit und bewertete den GdB mit wenigstens 60. Die Ärztin P. teilte in ihrer Stellungnahme vom 14.01.2010 den Behandlungsverlauf, den Befund und die Diagnosen (somatoforme anhaltende Schmerzstörung, mittel-gradige depressive Episode) mit und schätzte auf psychiatrisch-psychosomatischem Gebiet den GdB mit 30 ein. Dr. Ka. teilte in seiner Stellungnahme vom 29.01.2010 den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen (CTS links, Zustand nach CTS-Operation rechts, persistierende Intercostalschmerzen rechts, fortgeschrittene Spondylose Th6 bis Th9 bei Skoliose und Osteoporose, Osteodiskoligamentäre absolute Spinalkanalstenose L4/5, Harnblasenentleerungsstörungen unklarer Genese) mit und schätzte auf seinem Fachgebiet den GdB mit 40 (mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten) ein.

Der Beklagte unterbreitete der Klägerin unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Re. vom 15.07.2010 das Vergleichsangebot vom 19.07.2010, wegen des Teilverlustes des Magens, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 20), seelische Störung, somatoforme Schmerzstörung, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 30) Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Krampfadern, Verlust der Gebärmutter, Eierstockerkrankung (Teil-GdB 10) und einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Carpaltunnelsyndrom beidseits und Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 10) den GdB mit 40 ab 02.06.2008 festzustellen. Mit diesem Vergleichsangebot erklärte sich die Klägerin nicht einverstanden (Schriftsatz vom 26.07.2010). Auf Anfrage des Gerichtes gab der Beklagte das Vergleichsangebot vom 19.06.2010 als Teilanerkennnis ab (Schriftsatz vom 02.08.2010), das die Klägerin unter Fortsetzung des Verfahrens im Übrigen annahm (Schriftsatz vom 09.11.2010).

Das SG hörte (auf Anregung der Klägerin) den Psychologen Dr. A. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dr. A. teilte in seiner Stellungnahme vom 10.09.2010 den Behandlungsverlauf, die Befunde und die Diagnosen (somatoforme anhaltende Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung, selbstunsicher und abhängig akzentuierte Persönlichkeit und Spannungskopfschmerz) mit.

Mit Gerichtsbescheid vom 01.02.2011 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, auf orthopädischem Fachgebiet werde den Ausführungen des Orthopäden Dr. S. gefolgt. Der Auffassung des Orthopäden K. könne sich die Kammer nicht anschließen. Die Bewertung der Wirbelsäulenbeeinträchtigungen mit einem GdB von 30 sei nicht nachvollziehbar. Gleiches gelte für die GdB-Einschätzung des Dr. Ka. ... Ein GdB von 10 sei vielmehr ausreichend und angemessen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Klägerin außer in Bezug auf ihre psychischen Beschwerden eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nicht vorgetragen habe. Die gemeinsame Bewertung der Funktionsbehinderungen des linken Kniegelenks sowie der Krampfadern mit einem Teil-GdB von 10 sowie der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Mittelnervendruckschädigung beidseits sowie der Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks mit einem Teil-GdB von ebenfalls 10 sei angemessen und nicht zu beanstanden. Der Teilverlustes Magens sowie die bestehende Refluxkrankheit der Speiseröhre seien mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet. Es bestünden keine Anhaltspunkte für erhebliche Beschwerden aufgrund des Magenteilverlustes bzw. der Refluxkrankheit. Auf nervenärztlichem Fachgebiet liege bei der Klägerin eine stärker behindernde Störung vor, die einen Teil-GdB von 30 rechtfertige. Für die restlichen Funktionsbeeinträchtigungen sei der Teil-GdB jeweils auf 10 festzusetzen. Bei der Klägerin sei der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten.

Mit Bescheid vom 14.02.2011 stellte das LRA in Ausführung des Teilanerkennnisses bei der Klägerin den GdB mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 02.06.2008 fest.

Gegen den den vormaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 02.02.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin durch ihre vormaligen Prozessbevollmächtigten am 01.03.2011 Berufung eingelegt. Die Klägerin hat zur Begründung vorgetragen, die bei ihr bestehenden Gesundheitsstörungen seien nicht bzw. nicht ausreichend gewürdigt worden. Dies gelte insbesondere für die seelische Störung, somatoforme Schmerzstörung und das Kopfschmerzsyndrom, die nach den Angaben von Dr. A. vom 10.09.2010 sowie dem Entlassungsbericht der S. Klinik Bad B. vom 04.03.2010 mit einem Einzel-GdB von 50 bis 70 zu bewerten seien. Ihre psychische Situation habe sich zwischenzeitlich erheblich verschlechtert, was darauf zurückzuführen sei, dass eine Thrombose des linken Beines aufgetreten sei. Die Klägerin hat medizinische Unterlagen vorgelegt (Attest Dr. A. vom 23.05.2011 und Befundbericht vom 18.02.2013; Bericht des M. Hospitals S. vom 02.03.2011, Diagnosen: Therapieresistente Lumboschialgie rechts bei vorwiegend discogener Spinalkanalstenose, Muskelvenenthrombose linker medialer Unterschenkel 28.02.2011; Bericht Dr. Z. vom 26.02.2013; Attest Dr. M. vom 01.02.2013).

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 01.02.2011 sowie den Bescheid des Beklagten vom 28.07.2008 in der Fassung des Widerspruchsbeseids vom 12.12.2008 in der Gestalt des Ausführungsbescheids vom 14.02.2011 aufzuheben und den Grad der Behinderung mit mindestens 50 seit dem 02.06.2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat zur Begründung vorgetragen, das SG habe die psychische Beeinträchtigung mit einem Teil-GdB von 30 zutreffend bewertet. Aus dem vorgelegten Attest sowie dem Bericht des M. Hospitals S. ergebe sich vorerst nichts Neues. Vorbehaltlich weiterer

Beweiserhebung sei die Berufung der Klägerin unbegründet.

Der Senat hat das Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Innere Medizin Dr. Kra. vom 08.05.2012 eingeholt. Dr. Kra. diagnostizierte in seinem Gutachten auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet ein schweres ängstlich-depressives Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer Somatisierung bei larvierter Depression. Die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei schwer eingeschränkt und die Klägerin leide unter einer ausgeprägten sozialen Anpassungsstörung. Auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet bewertete Dr. Kra. den GdB mit mindestens 60, sowie außerhalb seines Fachgebietes wegen Teilverlustes Magens, Refluxkrankheit der Speiseröhre den GdB mit 20, wegen einer Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Krampfadern den GdB mit 10, wegen Verlust der Gebärmutter, Eierstockerkrankung den GdB mit 10 sowie wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Mittelnervendruckschädigung beidseitig sowie einer Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks den Teil GdB mit 10 und den Gesamt-GdB mit 60 seit dem Jahr 2009.

Gegen das Gutachten des Dr. Kra. hat der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Re. vom 29.08.2012 Einwendungen erhoben. Es sei weiterhin von einem Teil-GdB von 30 für das psychische Leiden auszugehen.

Anschließend hat der Senat das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. Schü. vom 18.12.2012 eingeholt. Dr. Schü. diagnostizierte in seinem Gutachten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht ausgeprägt, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie Spannungskopfschmerz. Bei der Klägerin lägen psychiatrisch Hinweise auf eine leichte, nach der Anamnese zeitweise auch mittelschwer ausgeprägte ängstlich-depressive Symptomatik vor. Hinsichtlich geklagter Kopfschmerzen könne nicht von einer wesentlichen Behinderung ausgegangen werden. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nicht so schwerwiegend, dass bereits von einer wesentlichen Behinderung ausgegangen werden könne. Beeinträchtigt seien bei der Klägerin Stimmungslage, Antrieb, Flexibilität und Konzentration, nach der Anamnese auch der Kontakt- und Interessenbereich bei leichter Ausprägung. Dass die vorliegenden psychische und körperliche Beeinträchtigungen keine schwerwiegende Behinderung begründeten, vereinbarten auch die bisherigen Behandlungsmaßnahmen der Einnahme von Analgetika in bedarfsweiser Dosierung ohne spezifische Behandlungsmaßnahmen sowohl im Hinblick auf Kopfschmerzen wie auch auf andere körperliche Beschwerden und dem Nichterhalt von Antidepressiva. Es seien bereits Rückwirkungen auf die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit festzustellen, welche über das Ausmaß einer leichteren psychovegetativen und psychischen Störung hinausgingen. Die Auswirkungen der depressiven Symptomatik und Schmerzen bewertete Dr. Schü. unter Einbeziehung weiterer Beschwerden (daneben auch zeitweiser Ängste) mit einem GdB von 30 und unter Einbeziehung der anderweitigen Ansätze für die Teilentfernung des Magens mit einem Teil-GdB von 20 sowie für internistische und gynäkologische Störungen mit einem Teil-GdB von 10 den Gesamt GdB mit 40 zumindest seit dem Jahr 2008.

Die Klägerin hat zum Gutachten des Dr. Schü. - durch ihre neuen Prozessbevollmächtigten - und zur weiteren Berufungsbegründung unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen vorgetragen, Dr. Schü. habe die psychischen Einschränkungen zwar gesehen, aber nach den Befunden des Dr. A. vom 18.02.2013 sowie den Atteste des Arztes M. vom 01.02.2013, in denen eine schwere Depression bescheinigt werde, nur unzureichend bewertet. Auch Dr. Z. setze sich in der Bescheinigung vom 26.02.2013 ausführlich mit ihrem psychischen/neurologischen Bild auseinander und bestätige eine anhaltende schwere Depression.

Der Senat hat anschließend den Neurologen und Psychiater Dr. Z. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. Z. hat in seiner Stellungnahme vom 05.08.2013 den Behandlungsverlauf, den psychischen Befund sowie die Diagnose (erhebliche Depression) mitgeteilt. Eine regelmäßige Antidepressiva-Therapie finde nicht statt. Eine Kur (1/2010) habe eine Besserung erbracht. Die Klägerin habe mitgeteilt, jetzt drei Monate (bis 16.09.2013) in Urlaub zu gehen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) auch sonst zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 01.02.2011 nicht zu beanstanden. Der Klägerin steht gegen den Beklagten ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit mindestens 50 ab dem 02.06.2008 nicht zu.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#). 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 so genannten 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 Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 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. 16](#) 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 91, 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 AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, 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. 16 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. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) -, RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30).

Hiervon ausgehend ist im Vergleich zu dem im Bescheid vom 01.06.1996 mit einem GdB von 30 seit dem 04.04.1996 berücksichtigten Behinderungszustand der Klägerin eine wesentliche Änderung (Verschlimmerung) hinsichtlich des psychosomatischen Syndroms in Form einer seelischen Störung, somatoformen Schmerzstörung und Kopfschmerzsyndrom mit einem nunmehr zu berücksichtigenden Teil-GdB von 30 eingetreten, die es entsprechend dem von der Klägerin angenommenen Teilanerkenntnis rechtfertigt, den Gesamt-GdB nunmehr mit 40 seit dem 02.06.2008 festzustellen, wie dies auch im Ausführungsbescheid des LRA vom 14.02.2011 erfolgt ist. Die außerdem vom Beklagten berücksichtigten neu hinzugetretenen Gesundheitsstörungen der Klägerin (Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Carpaltunnelsyndrom, Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Refluxkrankheit der Speiseröhre) führen dagegen zu keiner weiteren Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbefinderung. Eine wesentliche Änderung hinsichtlich der Gesundheitsstörungen Teilverlust des Magens sowie auf gynäkologischem Gebiet ist nicht ersichtlich.

Das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid ausführlich und zutreffend begründet, dass die gemeinsame Bewertung der Funktionsbehinderungen des linken Kniegelenkes sowie der Krampfadern mit einem Teil-GdB von 10 sowie der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Mittelnervendruckschädigung beidseits sowie der Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks mit einem Teil-GdB von ebenfalls 10 angemessen bewertet und nicht zu beanstanden sind und dass den abweichenden Auffassungen des Orthopäden K. sowie des Dr. Ka. hinsichtlich der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule nicht gefolgt werden kann. Weiter hat das SG zutreffend begründet, dass der Teilverlustes Magens sowie die bestehende Refluxkrankheit der Speiseröhre mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet sind, da keine Anhaltspunkte für erhebliche Beschwerden aufgrund des Magenteilverlustes bzw. der Refluxkrankheit bestehen. Das SG hat auch ausführlich und zutreffend dargelegt, dass bei der Klägerin auf nervenärztlichem Fachgebiet eine stärker behindernde Störung vorliegt, die einen Teil-GdB von 30 rechtfertigt, dass für die restlichen Funktionsbeeinträchtigungen der Teil-GdB jeweils 10 beträgt und dass - entsprechend dem Teilanerkenntnis des Beklagten - der Gesamt-GdB mit 40 neu zu bewerten ist. Der Senat gelangt nach eigener Überprüfung zur selben Überzeugung. Er schließt sich zur Vermeidung von Wiederholungen den Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids voll umfänglich an, auf die er zur Begründung seiner eigenen Entscheidung Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsverfahren bleibt auszuführen:

Bei der Klägerin liegen auf nervenärztlichem Gebiet stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit vor, die nach den AHP (A 26.3) und ab 01.01.2009 nach den VG (Teil B 3.7) einen GdB von 30 bis 40 rechtfertigen. Schwere Störungen, die einen GdB von über 40 rechtfertigen, liegen zur Überzeugung des Senats bei der Klägerin dagegen nicht vor. Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat aufgrund des überzeugenden Gutachtens des Dr. Schü. vom 18.12.2012. Danach besteht bei der Klägerin eine rezidivierende depressive Störung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die nach der Rechtsprechung des Senats gemäß den VG Teil B 3.7. zu bewerten sind. Diese Gesundheitsstörungen bewirken bei der Klägerin nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Schü. eine Beeinträchtigung der Stimmungslage, des Antriebs, der Flexibilität und Konzentration und - nach der Anamnese - auch des Kontakt- und Interessenbereichs. Diese auf psychiatrischem Gebiet bestehenden Beeinträchtigungen der Klägerin rechtfertigen zur Überzeugung des Senats nicht, den nach den AHP bzw. VG vorgegebenen GdB-Rahmen nach oben (GdB 40) auszuschöpfen. Bei der Klägerin bestehen nach den nachvollziehbaren und plausiblen Ausführungen von Dr. Schü. hinsichtlich geklagter Beschwerden im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung erhebliche Überschneidungen mit der depressiven Symptomatik, weshalb nach der überzeugenden Ansicht von Dr. Schü. die somatoforme Schmerzstörung keinen höheren GdB bedingt. Zudem begründen die psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bei der Klägerin keine schwerwiegende Behinderung, wie Dr. Schü. in seinem Gutachten im Hinblick auf die bisherigen Behandlungsmaßnahmen nachvollziehbar und überzeugend dargelegt hat. So benutzt die Klägerin nach ihren Angaben bei der Begutachtung Analgetika (nicht täglich) in bedarfsweiser Dosierung und eine entsprechende Behandlung mit Antidepressiva ist zumindest seit längerer Zeit nicht erfolgt. Auch Dr. Z. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage bestätigt, dass eine regelmäßige Antidepressiva-Therapie nicht stattfindet. Weiter machen die Angaben der Klägerin zum Tagesablauf und über ihre Interessen deutlich, dass sich die Klägerin bei Aktivitäten im Haus zwar zurückhält und vieles ihrer Tochter überlässt, dass sie jedoch auch einiges selbst unternimmt (Einkaufen, Übernahme von Aufgaben im Haus). Jedoch gibt es bei der Klägerin auch Zeiten, in denen sie sich stimmungsmäßig besser fühlt, wenn auch diese Zeiten nicht lange vorhalten. Nach dem von Dr. Schü. beschriebenen psychischen Befund wirkt die Klägerin äußerlich unauffällig und nimmt Kontakt auf. Hinweise auf eine Verlangsamung oder eine bedeutsame Einengung der affektiven Schwingungsbreite bestehen nicht, auch wenn die Klägerin in der Auffassung und Konzentration bei etwas verhaltener Motorik und zeitweise leichter Einengung der affektiven Schwingungsbreite streckenweise suboptimal belastbar wirkt. Die Klägerin ist jedoch bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Der Gedankengang ist formal inhaltlich unauffällig. Hinweise auf eine akute Psychose des schizophrenen oder zyklischen Formenkreises bestehen nicht. Ein höhergradiges hirnanorganisches Psychosyndrom liegt nicht vor. Die mnestischen und intellektuellen Funktionen sind ausreichend. Eine Affektlabilität besteht nicht. Davon abweichende Diagnosen hat Dr. von Z., bei dem sich die Klägerin nach ihrem letzten Besuch am 24.01.2006 erstmals wieder 2 Tage nach der Untersuchung bei Dr. Schü. am 20.12.2012 vorgestellt hatte, bis zum 04.06.2013 (letzte Vorstellung der Klägerin) nicht gestellt. Er hat ebenso kein Psychosyndrom bzw. kein psychotisches Krankheitsbild, sondern, wie sich aus seiner schriftlichen Aussage vom 05.08.2013 ergibt, seit 2006 durchgehend eine "erhebliche" Depression diagnostiziert. Deutliche und nachvollziehbare Befundabweichungen zu den Befundbeschreibungen von Dr. Schü. sind seiner Zeugenaussage nicht zu entnehmen. Danach sind die Beeinträchtigungen der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet mit einem GdB von 30 angemessen bewertet, wovon Dr. Schü. in seinem Gutachten überzeugend ausgeht, dem sich

der Senat anschließt. Hiervon geht auch die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie P. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 14.01.2010 aus.

Soweit Dr. A. in dem von der Klägerin vorgelegten Befund vom 18.02.2013 von einer zu beobachtenden Verschlechterung spricht, lässt sich hierauf eine weitere dauerhafte Verschlimmerung als Grundlage eines höheren Gesamt-GdB nicht gründen. Auch der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Dr. von Z. vom 05.08.2013 lässt sich eine Verschlechterung der diagnostizierten Depression aufgrund der ab 20.12.2012 erhobenen psychischen Befunde nicht entnehmen. Vielmehr wird die den Senat überzeugende Einschätzung des Sachverständigen Dr. Schü. belegt, der seine Bewertung einer nicht schwerwiegenden Behinderung durch die bisherigen Behandlungsmaßnahmen ohne Antidepressiva bestätigt sah. Denn Dr. von Z. hat mitgeteilt, dass keine regelmäßige Antidepressiva-Therapie stattfindet; die Klägerin nehme Medikamente nicht regelmäßig ein.

Der abweichenden Bewertung von Dr. Kra. in seinem Gutachten vom 12.06.2012 folgt der Senat nicht. Eine schwere Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, die einen Teil-GdB von 60 rechtfertigt, lässt sich seiner Befundbeschreibung nicht ableiten, worauf Dr. Re. in seiner versorgungsrärztlichen Stellungnahme vom 29.08.2012 überzeugend hinweist, dem sich der Senat anschließt. Zudem lässt Dr. Kra. eine gutachtliche Auseinandersetzung mit den Beschwerdeschilderungen der Klägerin vermissen. So sind nach dem Gutachten von Dr. Schü. von der Klägerin etwa angegebene Konzentrations- und Gesundheitsstörungen teilweise zu relativieren. Weiter geht Dr. Kra. von einer schweren seelischen Erkrankung aus, die sich bei der Begutachtung durch Dr. Schü. nicht (mehr) bestätigt hat, wie Dr. Schü. überzeugend ausgeführt hat, und damit nicht als dauerhaft bestehend nachgewiesen ist. Weiter lässt Dr. Kra. die bisherigen Behandlungsmaßnahmen, die gegen eine schwerwiegende Behinderung der Klägerin durch seelische Störungen spricht, bei seiner GdB-Bewertung von 60 unberücksichtigt. Dass die Klägerin aufgrund ihrer seelischen Erkrankung arbeitsunfähig ist, wovon Dr. Kra. in seinem Gutachten weiter ausgeht, ist bei der Bewertung des GdB nicht zu berücksichtigen, worauf Dr. Re. zudem zutreffend in seiner versorgungsrärztlichen Stellungnahme vom 29.08.2012 hinweist. Insgesamt ist für den Senat die Bewertung des GdB mit 60 auf psychiatrischem Gebiet durch Dr. Kra. in seinem Gutachten nicht plausibel nachvollziehbar, weshalb dem Gutachten von Dr. Schü. und dessen Bewertung der Vorzug zu geben ist. Entsprechendes gilt hinsichtlich der Bewertung des Dr. A. und des Arztes M. in den von der Klägerin im Berufungsverfahren vorgelegten Attesten. Diesen Attesten lassen sich keine (objektive) Befunde entnehmen, die eine Abweichung von der Bewertung durch Dr. Schü. rechtfertigen.

Sonstige Gesundheitsstörungen, die bei der Klägerin einen Gesamt-GdB von mindestens 50 rechtfertigen, sind bei der Klägerin nicht neu hinzugetreten bzw. haben sich nicht wesentlich verschlimmert. Hinsichtlich der Kopfschmerzen kann bei der Klägerin nach dem überzeugenden Gutachten von Dr. Schü. vom 18.12.2012 nicht von einer wesentlichen Behinderung ausgegangen werden. Dies gilt auch für von der Klägerin geklagte Wirbelsäulenbeschwerden. Insbesondere fand sich bei der Begutachtung durch Dr. Schü. kein Hinweis auf eine Wurzelreizsymptomatik seitens der Wirbelsäule. Auch Dr. Kra. hat in seinem Gutachten vom 12.06.2012 den Teilverlust des Magens und die Refluxkrankheit der Speiseröhre, die Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks und Krampfadern, den Verlust der Gebärmutter, die Eierstockerkrankung sowie die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, das Carpalunnelsyndrom und die Funktionsbehinderung des Schultergelenks rechts nicht als schwer ins Gewicht fallend bewertet und bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend berücksichtigt. Eine wesentliche Verschlimmerung dieser Erkrankungen sowie neu hinzugetretene Gesundheitsstörungen hat die Klägerin im Übrigen - im Berufungsverfahren - auch nicht substantiiert dargetan. Soweit sich die Klägerin unter Vorlage des Befundberichtes des M. Hospitals S. vom 02.03.2011 auf eine Verschlimmerung durch eine Thrombose beruft, lässt sich dem hierzu vorgelegten Befundbericht des M. Hospitals S. vom 02.03.2011 eine dadurch bedingte dauerhafte Funktionseinschränkungen nicht entnehmen. Eine relevante Funktionseinschränkung durch die Thrombose ist auch sonst nicht ersichtlich.

Die Behinderungen der Klägerin rechtfertigen danach nicht die Neufeststellung eines höheren Gesamt-GdB als 40. 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. Die AHP und VG führen zur Umsetzung dieser Vorschriften aus, dass eine Addition von Einzel-GdB-Werten grundsätzlich unzulässig ist und auch andere Rechenmethoden für die Gesamt-GdB-Bildung ungeeignet sind. 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; 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. AHP Nr. 19 Abs. 3 und VG Teil A 3) Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze 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).

Ausgehend von einem Teil-GdB von 30 für die seelischen Behinderungen der Klägerin sowie einem Teil-GdB von 20 für den Teilverlust des Magens und die Refluxkrankheit der Speiseröhre nach den AHP bzw. der VG ist ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden. Sonstige Gesundheitsstörungen, die eine höhere Bewertung des Gesamt-GdB rechtfertigen, liegen bei der Klägerin nicht vor und werden im Übrigen von der Klägerin auch nicht substantiiert dargetan.

Anlass für weitere Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den entscheidungserheblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG sowie im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen für geklärt. Neue Gesichtspunkte, die Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, liegen nicht vor.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-09-26