

L 8 SB 2264/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 13 SB 5467/10

Datum

19.04.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2264/12

Datum

20.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. April 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Bei der 1951 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt C. (LRA) mit Abhilfebescheid vom 16.12.2008 wegen einer seelischen Störung, Somatisierungsstörung, depressiver Verstimmung und psychovegetative Störungen (Teil-GdB 40), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Wirbelsäulenverformung (Teil-GdB 10) sowie einer Funktionsbehinderung beider Schultergelenke und einer Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks (Teil-GdB 10) den GdB mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz fest. Ein Änderungsantrag auf Erhöhung des GdB vom 31.07.2009 blieb ohne Erfolg (Bescheid vom 07.09.2009, Widerspruchsbescheid vom 05.11.2009).

Am 23.04.2010 stellt die Klägerin einen weiteren Neufeststellungsantrag auf Erhöhung des GdB sowie auf Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs (Merkzeichen) "G". Das LRA nahm das neurologisch-psychiatrische Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung der Berufsausübungsgemeinschaft Drs. A. vom 22.09.2009 (Diagnosen: Depressives Syndrom, rezidivierendes HWS-Syndrom und Thorakalsyndrom, arterielle Hypertonie) sowie den ärztlichen Entlassungsbericht an die Deutsche Rentenversicherung des Reha-Zentrums Bad K. Klinik R. vom 12.04.2010 (Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, Epicondylopathia humeroradialis beidseits, chronische Cervikobrachialgie beidseits, arterielle Hypertonie) zu den Akten. Das LRA holte die gutachtliche Stellungnahme seines ärztlichen Dienstes vom 23.05.2010 ein, in dem der GdB unverändert mit 40 vorgeschlagen wurde.

Mit Bescheid vom 29.06.2010 lehnte das LRA den Antrag auf Neufeststellung des GdB sowie auf Feststellung des Merkzeichens "G" ab.

Gegen den Bescheid vom 29.06.2010 legte die Klägerin am 16.07.2010 Widerspruch ein. Sie trug vor, der eingelegte Widerspruch beziehe sich ausschließlich auf die Nichterhöhung des GdB. Hinsichtlich des Merkzeichens "G" werde kein Widerspruch eingelegt. Sie leide an einem nicht berücksichtigten Fibromyalgie-Syndrom sowie unter anhaltenden Schmerzen in verschiedenen Körperregionen. Weiter liege eine chronische Schlafstörung vor. Die Bewertung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, beider Schultergelenke und beider Ellenbogengelenke werde für zu gering gehalten. Die Klägerin legte die Berichte des S. Gelenk- und Rheumazentrums Bad W. vom 17.07.2010 sowie des Arztes für Chirurgie Wilhelm vom 08.11.2010 (Diagnosen: Fingergelenkarthrose, Allergie) vor. In der eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes, Dr. F.-M., vom 26.11.2010 wurde wegen einer seelischen Störung, Somatisierungsstörung, depressiven Verstimmung, psychovegetative Störungen und einem Fibromyalgie-Syndrom (Teil-GdB 40), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Wirbelsäulenverformung (Teil-GdB 10), einer Funktionsbehinderung beider Schulter- und Ellenbogengelenke (Teil-GdB 10) sowie einer Fingerpolyarthrose (Teil-GdB 10) der GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.12.2010 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 27.12.2010 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie trug zur Begründung vor, die Bewertung des Fibromyalgie-Syndroms sowie der Depression werde für zu gering gehalten. Die Klägerin legte hierzu die ärztliche Attest des Dr. E. vom

03.02.2011 und des Dr. Wi. vom 14.02.2011 vor.

Das SG hörte den Facharzt für Innere Krankheiten Dr. E., den Orthopäden Dr. D. sowie den Neurologen und Psychiater Dr. Wi. schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. E. teilte in seiner Stellungnahme vom 31.03.2011 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Er stimmte den Diagnosen des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten zu, ging jedoch von einem Gesamt-GdB von mindestens 50 aus, da das Fibromyalgie-Syndrom und die Fingergelenkpolyarthrosen nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Dr. D. teilte den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Er teilte die Auffassung des ärztlichen Dienstes des Beklagten (Stellungnahme vom 31.03.2011). Dr. Wi. teilte in seiner Stellungnahme vom 31.03.2011 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Aufgrund der Beschwerden auf nervenärztlichem Gebiet hielt er einen GdB von 50 für angemessen.

Das SG holte weiter das nervenärztliche Gutachten von Professor Dr. W. vom 24.07.2011 ein. Professor Dr. W. schätzte in ihrem Gutachten eine bei der Klägerin bestehende affektive Störung aktuell als Dysthymie ein. Zusätzlich zu der Dysthymie diagnostizierte sie ein chronisches Schmerzsyndrom. Sie gelangte - unter Berücksichtigung eines Urteils des LSG Nordrhein-Westfalen vom 13.01.2004 - zu der Bewertung, bei der Klägerin seien die Störungen eher als schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einzustufen, wobei sie aus gutachterlicher Sicht die Klägerin als einen Grenzfall betrachtete. Professor Dr. W. bewertete, unter Einbeziehung der Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, der Schulter- und Ellenbogengelenke und der Fingerpolyarthrose, den Gesamt-GdB mit 50. Sie fügte ihrem Gutachten das ärztliche Attest zur Vorlage an den MDK des Dr. E. vom 16.03.2011 und den Befundbericht des S. Gelenk- und Rheumazentrums Bad W. vom 20.06.2011 bei.

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Be. vom 28.10.2011 der Bewertung des GdB mit 50 entgegen.

Mit Urteil vom 19.04.2012 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten. Auf psychiatrischem Gebiet liege entgegen der Einschätzung von Professor Dr. W. keine schwere Störung mit zumindest mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vor. Die Bewertung des Teil-GdB mit 40 erscheine ausreichend. Die Fingergelenksarthrose, die Funktionsbeeinträchtigungen der Schulter- und Ellenbogengelenke sowie der Lendenwirbelsäule bedingten jeweils keinen höheren Teil-GdB als 10, weshalb sich der - eher großzügig bemessene - Teil-GdB von 40 für die psychiatrischen Gesundheitsstörungen nicht weiter erhöhe.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 04.05.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 25.05.2012 Berufung eingelegt. Sie hat zur Begründung vorgetragen, die Ansicht des SG sei nicht nachvollziehbar. Dr. Wi., Dr. E. sowie Professor Dr. W. befürworteten zutreffend ihre Schwerbehinderteneigenschaft. Das SG habe zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass sie krankheitsbedingt keine Hobbies mehr ausüben und keine regelmäßigen Tätigkeiten und Aktivitäten mehr verrichten könne, sich sozial zurückgezogen habe, Treffen mit Bekannten unterlassen müsse und an massiven Ängsten und Problemen mit ihrer kranken Tochter leide. Weitere Erkrankungen seien nicht bzw. nicht hinreichend gewürdigt worden. So die negativen Auswirkungen degenerativer Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, der Schultern, Arme und Hände, des Bluthochdrucks, der Magengeschwüre und der Inkontinenz. Die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Professor Dr. W. und den behandelnden Ärzte erachte sie für erforderlich, was beantragt werde. Die Klägerin hat die vorläufige Entlassungsmittelteilung der H. C. Klinik (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin) vom 30.10.2012 über eine stationäre Behandlung vom 05.09.2012 bis 30.10.2012 vorgelegt (Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, zur Zeit schwergradige depressive Episode, Somatisierungsstörung, arterielle Hypertonie).

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19.04.2012 sowie den Bescheid des Beklagten vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.12.2010 hinsichtlich der Ablehnung der GdB-Feststellung aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr den Grad der Behinderung von 50 seit dem 23.04.2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Der vorliegende medizinische Sachverhalt sei mit einem GdB von insgesamt 40 angemessen gewürdigt. Das Vorbringen der Klägerin könne zu keiner anderen Entscheidung führen.

Der Senat hat von der H. C. Klinik einen ausführlichen Entlassungsbericht hinsichtlich der stationären Behandlung der Klägerin angefordert. Mit Schreiben vom 31.01.2012 hat die H. C. Klinik Bedenken gegen die Übersendung des angeforderten Entlassungsberichtes geäußert und mitgeteilt, dass die Klägerin telefonisch von der Schweigepflicht ausdrücklich nicht befreit habe. Hierzu hat die Klägerin mitgeteilt, sie habe keine Probleme damit, und wünsche durchaus, dass die Klinik Auskunft über ihr Krankheitsbild erteile. Der Entlassungsbericht solle wegen der vielen persönlichen Daten aber nicht an das Gericht und den Beklagten gehen (Schreiben vom 04.03.2013).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat den Antrag der Klägerin sachdienlich gefasst.

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit 50 seit dem 23.04.2010 nicht zu. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.12.2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites ist die Feststellung des Merzeichens "G". Gegen die Ablehnung der im

Neufeststellungsantrag vom 23.04.2010 beantragten Feststellung des Merkzeichens "G" mit Bescheid vom 29.06.2010 hat die Klägerin sich mit ihrem Widerspruch vom 04.10.2010 ausdrücklich nicht gewandt, weshalb der Bescheid vom 29.06.2010 insoweit teilweise Bestandskraft erlangt hat. Dem entsprechen auch die Anträge der Klägerin im erst- und zweitinstanzlichen Verfahren.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils die für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreites maßgeblichen Rechtsvorschriften und Rechtsgrundsätze vollständig und zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug. Das SG hat weiter zutreffend begründet, dass die bei der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet bestehende Gesundheitsstörung mit einem Teil-GdB von 40 ausreichend bewertet ist und die weiter bestehenden Gesundheitsstörungen der Klägerin, Fingergelenksarthrose, Funktionsbehinderungen der Schulter- und Ellenbogengelenke sowie der Lendenwirbelsäule bei Wirbelsäulenverformung jeweils Teil-GdB von 10 rechtfertigen, die bei der Bildung des Gesamt-GdB mit 40 nicht erhöhend zu berücksichtigen sind. Der Senat gelangt nach eigener Überprüfung zu derselben Überzeugung. Er schließt sich auch insoweit den hierzu gemachten Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils an, die er sich zur Begründung seiner eigenen Entscheidung ebenfalls zu Eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsvorbringen bleibt auszuführen:

Die auf psychiatrischem Gebiet bestehenden Gesundheitsstörungen der Klägerin sind zur Überzeugung des Senates nach den vom SG zutreffend dargestellten rechtlichen Vorgaben der 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) Teil B 3.7 mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten. Ein Teil-GdB von 50 (oder höher) ist erst bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) gerechtfertigt. Eine solche schwere Störung liegt bei der Klägerin nach dem vom SG im angefochtenen Urteil zutreffend dargestellten Tagesablauf der Klägerin, ihrer familiären und sonstigen sozialen Kontakte und ihres allgemeinen Interessenspektrums nicht vor. Auch dem von Professor Dr. W. in ihrem Gutachten vom 24.07.2011 beschriebenen psychischen Befund lassen sich keine schweren Störungen entnehmen. Professor Dr. W. beschreibt das Bewusstsein, die Orientierung, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis als nicht eingeschränkt. Der formale Denkablauf ist etwas weitschweifig. Ein Anhalt für über das Normale hinausgehende Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshaltungen besteht nicht. Zwar berichtete die Klägerin über verschiedene Ängste (in dunklen Hauseingängen, im Wasser, vor Flugzeugen, Schiffen, in Bezug auf die Zukunft und vor Krankheiten), es findet sich jedoch kein Anhalt für mangelhaftes Denken oder Sinnestäuschungen. Auch eine Ich-Störung liegt nicht vor. Die Stimmung der Klägerin ist kontinuierlich zum Negativen hin verschoben. Der Klägerin kommen immer wieder die Tränen (insbesondere, als sie über den Suizid der Nichte und ihre Sorge über die Erkrankung der Tochter spricht). Die Klägerin erscheint sehr ernst, angespannt und nachdenklich. Die affektive Resonanzfähigkeit ist jedoch nur mäßig reduziert. Der Antrieb ist normal. Anhalt für Suizidalität besteht nicht. Nach diesem psychiatrischen Befund kann von einer schweren Störung der Klägerin noch nicht ausgegangen werden. Dies gilt auch, soweit die Klägerin im Berufungsverfahren bemängelt, das SG habe im angefochtenen Urteil zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass sie krankheitsbedingt keine Hobbies mehr ausüben, keine regelmäßigen Tätigkeiten und Aktivitäten mehr verrichten könne, sich sozial zurückgezogen habe, Treffen z.B. mit Bekannten unterlassen müsse sowie an massiven Ängsten und Problemen mit ihrer kranken Tochter leide. Diese Einschränkungen liegen bei der Klägerin nach den im Gutachten von Professor Dr. W. beschriebenen Angaben der Klägerin zu ihrem Tagesablauf, den familiären und sonstigen sozialen Kontakte und des allgemeinen Interessenspektrums so nicht vor. Zwar bestehen durch die von Professor Dr. W. diagnostizierten psychischen Störungen der Klägerin Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Der nach einem von Professor Dr. W. in ihren Gutachten zitierten Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 13.01.2004 - [L 6 SB 107/01](#) - für die Annahme einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen erforderliche starke Interessenverlust, einhergehend mit Freudlosigkeit, Antriebs- und Elanlosigkeit, krankheitsbedingtem Kontaktverlust und erheblichen Schwierigkeiten in der Familie und im Freundes- und Bekanntenkreis liegt bei der Klägerin nach dem geschilderten Tagesablauf, der noch bestehenden familiären und sonstigen sozialen Kontakte und ihrem Interessenspektrum nicht vor. Hiervon geht auch Professor Dr. W. in ihrem Gutachten nicht aus, die deshalb eine Dysthymie diagnostizierte, was nur depressive Verstimmungen beinhaltet. Danach liegen die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung nicht vor, was die Sachverständige Professor Dr. W. unter Bezug auf ICD-10 F 33 darlegt. Letztlich steht nach Ihrer Einschätzung die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund mit den am schwerwiegendsten erscheinenden, beschriebenen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Die Beeinträchtigungen der Klägerin bewirken zur Überzeugung des Senates zwar stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit, die dem Bewertungsrahmen mit GdB 30-40 zuzuordnen sind, jedoch noch keinen Teil-GdB von 50 der nächsten Bewertungsstufe für schwere Störungen (VG B 3.7) rechtfertigen, wovon auch Dr. Be. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.10.2011 überzeugend ausgeht.

Der abweichenden Bewertung von Professor Dr. W. in ihrem Gutachten vom 24.07.2011 folgt der Senat nicht. Auch Professor Dr. W. geht in ihrem Gutachten bei der Klägerin von einem nur leichten Interessenverlust und einer leichten Antriebslosigkeit bei mäßigem sozialem Rückzug aus. Dies rechtfertigt nach dem oben Ausgeführten keinen Teil-GdB von 50. Professor Dr. W. nimmt eine erheblich verminderte Erwerbsfähigkeit der Klägerin im Beruf sowie eine relativ intensive erfolglose psychotherapeutische Behandlung der Klägerin maßgeblich zum Anlass, die psychischen Störungen der Klägerin als schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einzustufen. Sie setzt sich damit in Widerspruch zu den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG, wie das SG im angefochtenen Urteil hinsichtlich des Abstellens auf die verminderte Erwerbsfähigkeit der Klägerin im Beruf zutreffend ausgeführt hat. Soweit Professor Dr. W. die erfolglose psychotherapeutische Behandlung in ihre GdB-Bewertung einbezieht, ist auch dieser Umstand bei der Bewertung des GdB nicht tragend. Abzustellen ist auf das tatsächliche Ausmaß der psychischen Störungen der Klägerin wie sie - trotz ärztlicher Behandlung - bestehen. Die Bewertung von Professor Dr. W. des Teil-GdB mit 50 für die psychischen Störungen der Klägerin überzeugt den Senat daher nicht. Im Übrigen geht auch Professor Dr. W. bei der Klägerin hinsichtlich ihrer Teil-GdB-Bewertung von einem Grenzfall aus.

Entsprechendes gilt für die Bewertungen durch Dr. Wi. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen von 31.03.2011. Der von Dr. Wi. beschriebene Befund (depressives Bild, niedergeschlagene Stimmung, Verlust von Lebensfreude, verminderter Antrieb, Schlafstörungen) rechtfertigt nach dem oben Ausgeführten die Bewertung des Teil-GdB mit 50 auf nervenärztlichem Gebiet nicht.

Eine der Klägerin günstigere Bewertung ist nicht dadurch gerechtfertigt, dass sie sich in der Zeit vom 05.09.2012 bis 30.10.2012 in der H. C. Klinik in stationärer Behandlung befunden hat. Das in der vorläufigen Entlassungsmittelteilung vom 30.10.2012 beschriebene Krankheitsbild (rezidivierende depressive Störung, zur Zeit schwergradige depressive Episode, Somatisierungsstörung) entspricht hinsichtlich der Somatisierungsstörungen der von Professor Dr. W. in ihrem Gutachten gestellten Diagnosen. Im Rahmen der stationären Behandlung kam

es zu einer (mäßigen) Besserung der depressiven Symptomatik. Die Klägerin konnte in stabilem Zustand entlassen werden. Vom zwischenzeitlichen Vorliegen einer dauerhaften schwergradigen Depression der Klägerin kann danach nicht ausgegangen werden. Soweit von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen wird, steht diese Einschätzung zudem im Widerspruch zu der von Professor Dr. W. gestellten Diagnose einer Dysthymie, die lediglich rezidivierende depressive Verstimmungen verursacht. Schwere psychische Störungen lassen sich damit auch diesem Bericht nicht ansatzweise entnehmen. Weitere Ermittlungen durch die Beiziehung eines ausführlichen Entlassungsberichts zur stationären Behandlung der Klägerin in der H. C. Klinik wurden dem Senat von der Klägerin nicht ermöglicht, da die Klägerin nach der schriftlichen Mitteilung der H. C. Klinik vom 31.01.2013 die Klinik telefonisch von der Schweigepflicht ausdrücklich nicht befreit hat. Soweit sich die Klägerin zu einer Auskunft der H. C. Klinik hinsichtlich ihres Krankheitsbildes, aber ohne "persönliche Daten", bereit erklärt hat, sieht sich der Senat im Hinblick auf die zu den Akten gelangte vorläufige Entlassungsmitteilung der H. C. Klinik vom 30.10.2012 hierzu nicht zu weiteren Ermittlungen gedrängt. Diese Ermittlungen wären überdies nicht sachgerecht, da eine Abgrenzung der Diagnosen Dysthymie und depressive Störung ohne biografische Betrachtung einer sachkundigen Bewertung nicht zugänglich wäre. Eine solche Auskunft der Klinik ist kein taugliches Beweismittel.

Das Wirbelsäulenleiden der Klägerin rechtfertigt keinen höheren Teil-GdB als 10. Nach den VG Teil B 18.9 beträgt bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität der GdB 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 10, 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, 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 30 bis 40. Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, die danach einen GdB von 20 oder mehr rechtfertigen, liegen zur Überzeugung des Senats bei der Klägerin nicht vor. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. D. vom 31.03.2011 bestehen bei der Klägerin hinsichtlich der Wirbelsäule ein degeneratives HWS- und LWS Syndrom mit Muskelhartspann sowie eine leichtgradige Skoliose. Sensomotorische Ausfälle oder radikuläre Einschränkungen bestehen nicht. Auch eine wesentliche Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule wird hierdurch nicht hervorgerufen. Von Dr. E. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 genannte belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der HWS bewertet Dr. E. bei entsprechender Schonung als nur vorübergehend. Mittelschwere oder gar schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt sind damit bei der Klägerin nicht belegt, weshalb nach den VG ein höherer Teil-GdB als 10 für das Wirbelsäulenleiden der Klägerin nicht gerechtfertigt ist. Hiervon geht auch Dr. D. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage aus, indem er die vom SG mitgeteilte Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten (Stellungnahme Dr. F.-M. vom 26.11.2010) teilt. Auch Dr. E. hat insoweit der ihm mitgeteilten Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes nicht widersprochen. Unabhängig davon ist eine wesentliche Änderung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule im Sinne einer Verschlimmerung im Vergleich zu dem im Bescheid vom 16.12.2008 berücksichtigten Behinderungszustand nicht ersichtlich.

Auch eine Funktionsbehinderung der Schulter- und Ellenbogengelenke der Klägerin, die einen Teil-GdB von mehr als 10 rechtfertigt, liegt nicht vor. Nach den VG Teil B 18.13 beträgt bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh und Spreizfähigkeit der GdB 10 und bei einer Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh und Spreizfähigkeit der GdB 20. Eine solche (dauerhafte) Bewegungseinschränkung der Schultergelenke der Klägerin ist nicht belegt. Dr. E. teilt in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 lediglich Schmerzen der Schulter mit, die er auch insoweit bei entsprechender Schonung als nur vorübergehend wertet. Eine damit verbundene Bewegungseinschränkung beschreibt er nicht. Entsprechendes gilt für den zu den Akten des SG gelangten Bericht des S. Gelenk- und Rheumazentrums Bad W. vom 17.07.2010. Auch Dr. D. beschreibt in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 nur Schmerzen im Schulter/Nacken-Bereich. Eine relevante Bewegungseinschränkung der Schulter beschreibt er ebenfalls nicht. Dr. D. geht vielmehr von einer Fibromyalgie mit einer psychosomatischen Überlagerung der psychischen Störungen der Klägerin aus. Die Klägerin hat bei der Begutachtung durch Professor Dr. W. nach den im Gutachten beschriebenen Beschwerdeangaben hinsichtlich der Schultern von einer durch Schmerzen bedingten Bewegungseinschränkung berichtet, die insbesondere morgens auftrete. Auch sonst lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen keine Funktionseinschränkung der Schultergelenke der Klägerin entnehmen, die einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigt. Unabhängig davon ist eine wesentliche Änderung der Funktionsbehinderung der Schultergelenke im Sinne einer Verschlimmerung im Vergleich zu dem im Bescheid vom 16.12.2008 berücksichtigten Behinderungszustand nicht ersichtlich. Entsprechendes gilt auch für eine Funktionsbehinderung der Arme (Ellenbogengelenke) der Klägerin, wie sie im Berufungsverfahren geltend macht. Eine solche Funktionsbehinderung ist zudem nicht mehr belegt. Dr. D. und Dr. E. beschreiben in ihren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen eine Funktionsbehinderung der Ellenbogengelenke der Klägerin nicht. Auch sonst lassen sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen die Arme der Klägerin betreffenden Funktionsbehinderungen nicht entnehmen. Dem entspricht auch die Bewertung von Dr. D., der einen Teil-GdB von 10 für ausreichend erachtet, was der Senat daraus entnimmt, dass er auch insoweit die ihm vom SG mitgeteilte Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten (Stellungnahme Dr. F.-M. vom 26.11.2010) teilt. Auch Dr. E. hat insoweit der ihm mitgeteilten Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes nicht widersprochen.

Die Fingerpolyarthrose der Klägerin rechtfertigt einen Teil-GdB von 10, wie das SG im angefochtenen Urteil zutreffend entschieden hat. Nach dem Befundbericht des S. Gelenk- und Rheumazentrums Bad W. vom 17.07.2010 ist die Fingerpolyarthrose nur gering ausgeprägt. Es besteht nach dem weiteren Befundbericht des S. Gelenk- und Rheumazentrums Bad W. vom 20.06.2011 eine Tendopathia nodosa der Finger 2 und 3 rechts. Synovialitiden und signifikante Bewegungseinschränkungen bestehen nicht. Auch Dr. D. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 keine relevanten Bewegungseinschränkungen wegen der Fingerpolyarthrose beschrieben und hat auch insoweit der Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten zugestimmt. Damit ist wegen der Fingerpolyarthrose der Klägerin allenfalls von geringgradigen Beeinträchtigungen auszugehen, die keinen höheren Teil-GdB als 10 rechtfertigen.

Soweit die Klägerin über Schmerzen in verschiedenen Körperregionen klagt, sind diese mit dem Teil-GdB für die psychischen Störungen (im Rahmen der von Professor Dr. W. diagnostizierten chronischen Schmerzstörung) abgegolten und können insbesondere hinsichtlich der auf orthopädischem Fachgebiet liegenden Funktionsbehinderungen der Klägerin nicht zusätzlich berücksichtigt werden.

Ein Bluthochdruckleiden, das einen Teil-GdB von über 10 begründet, liegt bei der Klägerin nicht vor. Nach den VG Teil B 9.3 beträgt bei einer Hypertonie (Bluthochdruck) leichter Form - keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) - der GdB 0 bis 10, mittelschwerer Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung der GdB 20 bis 40 und schwerer Form mit Beteiligung mehrerer Organe der GdB 50 bis 100. Ein Bluthochdruckleiden mittelschwerer oder gar schwerer Form liegt bei der Klägerin nicht vor. Eine Organbeteiligung ist nicht ersichtlich. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. E. vom 31.03.2011 ist der Blutdruck der Klägerin (unter medikamentöser Therapie) vielmehr im Normbereich. Nach dem ärztlichen Entlassungsbericht des Reha-Zentrums Klinik R. vom 12.04.2010 besteht kardiopulmonal ein unauffälliger Befund (RR 130/90 mmHg). Dies wird auch durch eine Langzeit-Blutdruck-Messung vom 02.03.2010 bestätigt (Mittelwert 129/79 mmHg mit Maximalwert systolisch 165 und diastolisch 106 mmHg). Damit ist wegen eines Bluthochdruckleidens der Klägerin maximal von einem Teil-GdB von 10 auszugehen.

Die von der Klägerin weiter geltend gemachte Inkontinenz rechtfertigt einen Teil-GdB von maximal 10. Nach den VG Teil B 12.2.4 beträgt bei einer Harninkontinenz bei einem relativ leichten Harnabgang bei Belastung (z. B. Stressinkontinenz Grad I) der GdB 0 bis 10 und bei Harnabgang tags und nachts (z. B. Stressinkontinenz Grad II-III) der GdB 20 bis 40. Ein Harnabgang tags und nachts liegt nicht vor. Dr. E. bestätigt in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 eine Inkontinenz in dieser Form nicht. Er gibt lediglich an, dass die Klägerin im März 2011 über eine Blasensschwäche geklagt habe. Das Vorliegen einer Inkontinenz bestätigt er aus eigenem Befund nicht. Bei der Untersuchung durch Professor Dr. W. hat die Klägerin nach ihren im Gutachten beschriebenen Angaben Inkontinenzprobleme beim Niesen, bzw. nach den im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums Bad K. Klinik R. vom 12.04.2010 beschriebenen Angaben der Klägerin beim Niesen und schwerem Heben geklagt. Damit ist bei der Klägerin allenfalls von einer Stressinkontinenz Grad I auszugehen, für die ein Teil-GdB von maximal 10 gerechtfertigt ist. Für das Vorliegen einer Stuhlinkontinenz gibt es keinen Anhaltspunkt.

Ein Magengeschwürleiden, wie die Klägerin im Berufungsverfahren außerdem geltend macht, ist nicht belegt. Keiner der zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen lässt sich entnehmen, dass die Klägerin an Magengeschwüren leidet. Auch Dr. E. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage ein Magengeschwürleiden der Klägerin nicht bestätigt, sondern vielmehr den Diagnosen des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten, der ein Magenleiden nicht berücksichtigt hat, zugestimmt.

Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten keinen höheren GdB als 40. Eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 SGB X](#) liegt damit nicht vor.

Nach den vom SG im angefochtenen Urteil zutreffend dargestellten Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB ist der Teil-GdB von 40 für die psychischen Störungen der Klägerin in die Bildung des Gesamt-GdB mit 40 einzubeziehen. Die übrigen Funktionseinschränkungen (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Wirbelsäulenverformung, Funktionsbehinderung der Schultergelenke, Fingerpolyarthrose, Bluthochdruck und Inkontinenz) bedingen jeweils einen Teil-GdB von (maximal) 10, die bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen sind.

Der abweichenden Bewertung von Dr. E. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011 kann nicht gefolgt werden. Dr. E. bezieht in seine Bewertung des Gesamt-GdB von mindestens 50 ein Fibromyalgie-Syndrom ein, das nach dem insoweit überzeugenden Gutachten von Professor Dr. W. im Rahmen der psychischen Störungen der Klägerin zu berücksichtigen ist. Dem entspricht auch die Rechtsprechung des erkennenden Senats (z.B. Urteil vom 27.01.2012 - [L 8 SB 768/11](#) -). Die Fingerpolyarthrose der Klägerin ist bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen. Die Bewertung des Gesamt-GdB durch Dr. E. ist deswegen für den Senat nicht überzeugend. Entsprechendes gilt für die Bewertung des Gesamt-GdB durch Professor Dr. W. ... Sie geht dabei von einem Teil-GdB von 50 für die psychischen Störungen der Klägerin aus. Dieser Bewertung kann aus den oben ausgeführten Gründen jedoch nicht gefolgt werden. Dies gilt auch für die Bewertung des Dr. Wi. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 31.03.2011.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Für den Senat ist der entscheidungsrelevante Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen sowie die vom SG durchgeführten Ermittlungen geklärt. Dass bei der Klägerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten ist, ist nicht ersichtlich und wird im Übrigen von der Klägerin auch nicht dargetan. Ihr Antrag, den medizinischen Sachverhalt von Amts wegen weiter aufzuklären, was kein ordnungsgemäßer Beweisantrag ist, wird abgelehnt. Der medizinische Sachverhalt ist für den Senat geklärt. Die Klägerin zeigt keinen Gesichtspunkt auf, der Anlass gibt, ein weiteres Gutachten einzuholen. Auch zu einer ergänzenden Stellungnahme von Professor Dr. W. besteht kein Anlass. Die Klägerin zeigt keinen medizinischen Klärungsbedarf auf, der Anlass für die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Professor Dr. W. gibt. Entsprechendes gilt für die beantragte Anhörung der Ärzte der Klägerin. Diese sind bereits vom SG schriftlich als sachverständige Zeugen angehört worden. Auch insoweit zeigt die Klägerin keinen medizinischen Klärungsbedarf auf, der Anlass für eine erneute Anhörung der Ärzte gibt. Im Übrigen hat die Klägerin einen bestimmten Beweisantrag nicht gestellt. Sollte der Klägerin vorschweben, Professor Dr. W. bzw. die behandelnden Ärzte wegen des GdB erneut zu befragen, ist darauf hinzuweisen, dass die Bildung des GdB der rechtlichen Bewertung durch das Gericht unterliegt, wie das SG im angefochtenen Urteil bereits zutreffend ausgeführt hat. Im Übrigen sind Nachforschungen "ins Blaue hinein" nicht durch die Amtsermittlungspflicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 03.04.2003 - [B 13 RJ 39/02 R](#), [SozR 4-1300 § 31 Nr. 1](#); BSG Urteil vom 05.04. 2001, [SozR 3-2600 § 43 Nr. 25](#); BSG, Urteil vom 07.05.1998 - [B 11 AL 81/97 R](#), veröffentlicht in juris).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-09-26