

L 8 SB 1347/11

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

8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen
S 3 SB 4843/10
Datum
23.03.2011

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

L 8 SB 1347/11
Datum
24.01.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.03.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin ab dem 10.05.2010 ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 zuzuerkennen ist.

Der 1952 geborenen, zuletzt arbeitslosen Klägerin wurde in Ausführung eines in einem Klageverfahren vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG; S 1 SB 16/02) geschlossenen Vergleichs vom 23.04.2004 ein GdB von 30 zuerkannt (Bescheid vom 12.05.2004; Blatt 38 der Verwaltungsakte des Beklagten). Ausweislich der im dortigen Verfahren vorgelegten versorgungsmedizinischen Stellungnahme von MedDir'in S. vom 20.02.2004 (Blatt 81 der SG-Akte S 1 SB 16/02) waren diesem Vergleich folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde gelegt: Depressive Verstimmung und chronisches Schmerzsyndrom, Teil-GdB 20, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Teil-GdB 10, Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform, Teil-GdB 10, chronische Harnblasenentzündung, Teil-GdB 10.

Nachdem die Klägerin zunächst aufgrund eines im Verfahren S 2 R 1910/05 eingeholten Gutachtens von Dr. N. vom 13.10.2011, der die Leistungsfähigkeit der Klägerin wegen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer Neurasthenie, Lenden- und Halswirbelsäulenbeschwerden ohne radikuläre Reizung, einer Stressinkontinenz und wegen Schwindels als zeitlich reduziert angesehen hatte und eines daraufhin geschlossenen Vergleichs, vom 01.09.2006 bis 31.08.2008 eine befristete Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bezogen hatte, wurde eine Verlängerung der Rente über den 31.08.2008 hinaus mittlerweile rechtskräftig abgelehnt (dazu vgl. Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 11.01.2012, [L 4 R 4847/10](#), Blatt 84 bis 94 der Senatsakte).

Am 10.05.2010 beantragte die Klägerin beim Landratsamt R. (im Folgenden: LRA) die höhere Neufestsetzung des GdB. Zu diesem Antrag verwies die Klägerin auf Verschlimmerungen der Wirbelsäulenschädigung, der Schultergelenksschädigung, der Kniegelenksschädigung/Fingergelenksschädigung, der Klimakterium/Inkontinenz/chronischen Blasenentzündung, der depressiven Verstimmung sowie der Kreislaufstörung.

Das LRA zog von der behandelnden Ärztin H.-K. Arztberichte bei (dazu vgl. Blatt 49 bis 64 der Verwaltungsakte des Beklagten). Im Übrigen wurde seitens der Klägerin geltend gemacht, sie habe erhebliche Probleme wegen der chronischen Blasenkrankung mit Inkontinenz. Daraufhin holte das LRA eine Auskunft der Fachärztin für Frauenheilkunde Dr. Ke. ein. Diese teilte in ihrer Auskunft vom 05.07.2010 ua mit, es bestehe schon seit vielen Jahren eine Urin-Inkontinenz mit einer Miktionsfrequenz von 1 bis 1,5 stündlich. Nach Behandlung der klimakterischen Beschwerden mit Gynodingel sei die Klägerin nahezu beschwerdefrei (zu ihrer Auskunft und den von ihr vorgelegten Berichten vgl. Blatt 71 bis 75 der Verwaltungsakte des Beklagten).

Unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. P. vom 28.07.2010 (Blatt 77, 78 der Verwaltungsakte des Beklagten) stellte das LRA mit Bescheid vom 12.08.2010 (Blatt 79, 80 der Verwaltungsakte des Beklagten) einen GdB von 40 seit dem 10.05.2010 fest (zugrunde liegend Funktionseinschränkungen: Depressive Verstimmung/Chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 20), Chronische Harnblasenentzündung, Urge-Inkontinenz, klimakterisches Syndrom (Teil-GdB 20), Funktionsstörungen durch beidseitige Fußfehlform (Teil-GdB 10), Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 10)).

Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch vom 18.08.2010 (Blatt 83, 86, 87 der Verwaltungsakte des Beklagten) machte die Klägerin

geltend, die nachgewiesenen Funktionseinschränkungen des rechten Schultergelenkes, (revidierendes chronisches subakromiales Impingement und AC-Gelenksarthrose der rechten Schulter mit degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette) seien nicht berücksichtigt.

Unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dres. Z./K./O. vom 09.10.2010 (Blatt 88 der Verwaltungsakte des Beklagten) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.2010 zurück (Blatt 90 bis 92 der Verwaltungsakte des Beklagten). In den Verhältnissen sei eine wesentliche Änderung insoweit eingetreten, als sich die Inkontinenzbeschwerden verschlimmert hätten. Die vorgenommene Erhöhung des GdB auf 40 gebe das Ausmaß der tatsächlich eingetretenen Änderung des Gesundheitszustandes wieder; eine weitere Erhöhung des GdB lasse sich nicht begründen, vielmehr sei der GdB bereits mehr als großzügig bemessen. Eine Bewegungseinschränkung am Schultergelenk sei nach verbesserndem Eingriff nicht beschrieben. Die Schmerzproblematik sei ausreichend berücksichtigt. Eine wesentliche anhaltende Funktionseinschränkung von Seiten der Wirbelsäule oder neurologische Ausfallserscheinungen, Lähmungen oder Atrophien lägen nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 15.11.2010 beim SG Klage erhoben und zur Begründung ua vorgetragen, angefochten werde die Bewertung der Funktionsbehinderung zu Ziffer 2 (Chronische Harnblasenentzündung, Urge-Inkontinenz, Klimakterisches Syndrom). Sie leide an starken Beeinträchtigungen der Lebensqualität, weshalb der GdB höher zu bewerten sei. Nicht berücksichtigt seien auch die Einschränkungen der rechten Schulter. Eine Besserung sei nicht eingetreten. Die Klägerin hat ärztliche Berichte und Atteste wie folgt vorgelegt: - DRK Klinik B. vom 21.10.2010 (Blatt 13, 16 der SG-Akte), vom 15.12.2010 (Blatt 15 der SG-Akte), - Dr. Ke. vom 12.01.2011 (Blatt 22 der SG-Akte), - Dr. G. vom 08.01.2011 (Blatt 23 der SG-Akte)

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 23.03.2011 abgewiesen. Der GdB sei nicht mit 50 festzustellen. Soweit die Bewertung des urologischen Befundes bestritten werde habe Dr. Ke. sowohl am 05.07.2010 als auch am 12.01.2011 darüber berichtet, dass die Klägerin unter häufigem Harndrang mit Miktionsintervallen von 1 bis 1,5 Stunden sowie nächtlich zwei- bis dreimal leide. Eine wesentliche Änderung gegenüber den Befunden, die dem gerichtlichen Vergleich zugrunde gelegen hätten, lasse sich nicht nachweisen. Der seinerzeit behandelnde Urologe Si. habe in der dort im Verfahren eingeholten Zeugenauskunft vom 08.05.2002 berichtet, dass eine Pollakisurie und selten eine Nykturie vorlägen. Ungeachtet dessen sei die bisherige Bewertung des urologischen Befundes mit einem Teil-GdB von 20 nicht zu beanstanden. Eine wesentliche Verschlechterung lasse sich auch nicht damit begründen, dass zwischenzeitlich ein Funktionsbefund der Schulter rechts zu berücksichtigen sei. Nach operativer Maßnahme sei mehrfach von der DRK Klinik B. , so am 21.10. und am 15.12.2010, darüber berichtet worden, dass ein frei bewegliches Schultergelenk allerdings unter Schmerzen vorliege. Ein Befund mit Bewegungseinschränkungen sei nicht beschrieben.

Gegen den Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 31.03.2011 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt und auf das beim 4. Senat des LSG damals anhängig gewesenen Rentenverfahren ([L 4 R 4847/10](#)) hingewiesen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.03.2011 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids des Landratsamtes R. vom 12.08.2010 in der Gestalt seines Widerspruchsbescheides vom 03.11.2010 zu verurteilen, bei ihr ab dem 10.05.2010 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Re. vom 22.08.2012 (Blatt 112, 113 der Senatsakte) die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat ärztliche Unterlagen aus dem Verfahren [L 4 R 4847/10](#) beigezogen: - Bericht der Fachärztin für radiologische Diagnostik Z. vom 24.01.2011 (Blatt 22 der Senatsakte), - Bericht des Facharztes für Orthopädie ua Dr. G. vom 05.04.2011 und vom 05.05.2011 (Blatt 26, 23 der Senatsakte), - Bericht der DRK Klinik B. vom 02.02.2011 und vom 11.03.2011 (Blatt 27 und 24, 25 der Senatsakte), - sachverständige Zeugenauskunft des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sa. vom 16.05.2011 (Blatt 28, 29 der Senatsakte). Darüber hinaus hat der Senat aus dem Verfahren [L 4 R 4847/10](#) das Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. N. vom 13.10.2011 (Blatt 62 bis 82 der Senatsakte) beigezogen. Dr. N. hat in seinem Gutachten festgestellt, bei der Klägerin bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Zustand nach dreimaliger Schulteroperation rechts 2008 bis 2011, eine Neurasthenie auf dem Boden einer depressiv histrionischen Persönlichkeitsstruktur, eine Blasen-Mastdarm-Inkontinenz ohne Hinweise auf eine neurogene Ursache sowie eine HWS- und LWS-Störung ohne radikuläre Reizung.

Von der DRK Klinik B. , wo die Klägerin die rechte Schulter arthroskopieren ließ, hat der Senat Untersuchungs-/Operationsberichte beigezogen. Wegen der Berichte wird auf Blatt 31 bis 53 sowie 56 bis 58 der Senatsakte Bezug genommen. Aus diesen Berichten ergibt sich ua, dass die Klägerin nach einer Operation (2. Re-Arthroskopie der rechten Schulter) am 04.03.2011 am 12.03.2011 aus der stationären Behandlung entlassen wurde und zu diesem Zeitpunkt eine aktive Abduktion vom 100 Grad sowie eine passive Erweiterung auf 150 Grad erreicht worden war (Bericht vom 11.03.2011, Blatt 32 der Senatsakte). Aus dem Bericht vom 03.05.2011 (Blatt 57 der Senatsakte) ergibt sich ua eine freie Beweglichkeit der rechten Schulter in allen physiologischen Ebenen, teilweise mit Schmerzangabe, aber ohne Instabilität.

Die Klägerin hat des Weiteren unter Vorlage eines Berichts des Facharztes für Radiologie/Nuklearmedizin Dr. W. vom 15.11.2011 geltend gemacht (Schreiben vom 21.09.2012, Blatt 114 der Senatsakte; Bericht Dr. W. Blatt 115 der Senatsakte), es liege nunmehr ein latenter Bandscheibenvorfall links C6/7 mit C7-Kompression vor, weshalb der GdB höher einzuschätzen sei. Im Übrigen (vgl Schreiben vom 16.10.2012, Blatt 116, 117 der Senatsakte) sei die Schulter nicht berücksichtigt. Des Weiteren legte die Klägerin - ein ärztliches Attest von Dr. G. vom 08.10.2012 (Blatt 118 der Senatsakte), - Berichte von Dr. W. vom 24.04.2012, 13.03.2012, 12.01.2012, 06.12.2011, 15.11.2011 und 24.01.2011 (Blatt 119 bis 123, 128 der Senatsakte), - Berichte der DRK Klinik B. vom 03.05.2011 und 11.03.2011 (Blatt 124 bis 127 der Senatsakte), vor.

Gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. Ro. ; wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 144 bis 213 der Senatsakte Bezug genommen. Der Chefarzt der Klinik für Orthopädie-Rheumatologie der S. R. Kliniken Bad S. , Facharzt für Orthopädie-Rheumatologie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physikalische Therapie Dr. Ro. hat in seinem Gutachten vom 28.05.2013 mitgeteilt, bei der Klägerin lägen variable Funktionsstörungen mit Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule (GdB 20) sowie variable Funktionsstörungen mit Bewegungseinschränkungen der Schultergelenke, rechts mehr als links (GdB 10), leichte Arthrosen der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke und der Kniegelenke ohne nachweisbare wesentliche Funktionseinschränkung, Senk-Spreizfüße beidseits, ein Hallux valgus, leichte Arthrosen der Großzehengrundgelenke mit geringen Funktionseinschränkungen (GdB 10) sowie ein myofasiales Schmerzsyndrom mit schmerzhaften Muskelverspannungen (GdB 10 - nachweisbar geringen Grades) vor. Im Fachbereich Orthopädie-Rheumatologie ergebe sich ein Gesamt-GdB von 20. Fachübergreifend sei der Gesamt-GdB mit 40 zu bemessen.

Die Klägerin hat daraufhin (Schreiben vom 18.06.2013, Blatt 214, 215 der Senatsakte) auf das myofasciale Schmerzsyndrom sowie das chronische Schmerzsyndrom hingewiesen, woraufhin der Senat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sa. als sachverständigen Zeugen befragt hat. Für diesen hat dessen Praxisnachfolger Dr. St. mit Schreiben vom 07.10.2013 geantwortet (Blatt 220, 221 der Senatsakte). In dem von ihm vorgelegten Arztbericht von Dr. Sa. vom 26.07.2013 ist dargelegt, dass ein multiples Schmerzsyndrom, eine Dysthymia sowie eine Lumboischialgie links bestehe. Die Klägerin sei bei der Untersuchung etwas strukturierter und klarer gewesen, weiterhin aber fixiert auf ihr Rentenbegehren. Zur Medikation teilte er mit: Weiterhin Mirtazapin 30mg 1/2 Tablette am Abend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte und die beigezogene Akte des SG sowie des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid des Landratsamts R. vom 12.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 03.11.2010 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neu-Feststellung eines GdB von mehr als 40. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 23.03.2011 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

Auch aus der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme ergibt sich keine wesentliche Änderung iSd [§ 48 Abs 1 Satz 1 SGB X](#), die der Beklagte noch nicht berücksichtigt hätte. Zwar ist gegenüber der Sachlage zur Zeit des vor dem SG geschlossenen Vergleichs und des diesen Vergleich ausführenden Bescheids eine Änderung insoweit eingetreten, als der Gesamt-GdB nunmehr seit 10.05.2010 mit 40 zu bewerten ist. Dem sind das Landratsamt und der Beklagte jedoch nachgekommen, sodass ein weitergehender Feststellungsanspruch nicht besteht. Denn auf Grundlage der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme unter Einschluss der in den Akten vorliegenden, auch den vom 4. Senat beigezogenen ärztlichen Unterlagen ergibt sich, dass im vorliegenden Fall der Gesamt-GdB mit 40 zutreffend und ausreichend bewertet ist. Bei den vorliegenden Teil-GdB-Werten von 20, 20, 20, 10 und 10 ist ein Gesamt-GdB von 50 nicht mit den Grundsätzen der GdB-Bewertung nach den Regelungen der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), die in der Anlage zu [§ 2 VersMedV](#) - Anlage Versorgungsmedizinische Grundsätze (VG) getroffen sind, vereinbar. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat nach eigener Überprüfung.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat der Gutachter Dr. Ro. die vorliegenden Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen umfassend und überzeugend festgestellt. An der Wirbelsäule der Klägerin bestehen variable Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen mäßigen Grades bei degenerativen Veränderungen der Wirbelzwischen- und Bandscheibenflächen und der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke, leichte Skoliose und Fehllage, Übergangsstörung, schmerzhaftes Muskelverspannungen ohne Wurzelreizerscheinungen. Dazu hat Dr. Ro. folgende Bewegungsmaße mitgeteilt: Halswirbelsäule: Vorneigen/Rückneigen aktiv 20/0/10 Vorneigen/Rückneigen passiv 40/0/50 Seitneigung rechts/links aktiv 10/0/10 Seitneigung rechts/links passiv 40/0/40 Drehung rechts/links aktiv 60/0/60 Drehung rechts/links passiv 80/0/80 Brust- und Lendenwirbelsäule Vorneigen/Rückneigen aktiv 20/0/5 Vorneigen/Rückneigen passiv 25/0/10 Seitneigung rechts/links aktiv 10/0/10 Seitneigung rechts/links passiv 30/0/30 Drehung rechts/links aktiv 20/0/20 Drehung rechts/links passiv 50/0/50 Schober-Zeichen aktiv 10/12 cm, passiv 10/15 cm, Ott-Zeichen aktiv 30/31 cm, passiv 30/34 cm, Finger-Boden-Abstand 60-30 cm. Dabei konnte der Gutachter die Divergenzen zwischen aktiver und passiver Beweglichkeit nicht auf Gründe einer Erkrankung oder Behinderung zurückführen, vielmehr hat die Klägerin, wie sich auch beim An- und Ausziehen sowie beim Anzeigen der Schmerzen am Fußballen beim Gutachter gezeigt hat (dazu vgl zB Blatt 175 der Senatsakte = 32 des Gutachtens sowie Blatt 176 der Senatsakte = Seite 33 des Gutachtens), dies ohne Schmerzangabe, völlig unbehindert erledigen können und sogar ohne Schmerzreflexe eine volle Rumpfbeuge mit gestreckten Beinen durchführen können (FBA = 0). Dies unterstreicht, wie auch die Ausführungen des nervenärztlichen Gutachters Dr. N. in dem aus dem Verfahren [L 4 R 4847/10](#) beigezogenen Gutachten (Blatt 68 der Senatsakte = Seite 13 des Gutachtens) über "tendenzielle Verhaltensweisen im Sinne einer Beschwerdeverdeutlichung", dass die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule bei weitem nicht das Maß des Klagevorbringens erreichen. Dem entspricht auch, dass Dr. N. - wie auch Dr. Ro. - bei seiner Untersuchung keine Hinweise auf eine wesentlich ausgeprägte Bewegungseinschränkung der HWS und LWS feststellen konnte (Blatt 76 der Senatsakte = Seite 29 des Gutachtens). Weder Dr. Ro. noch Dr. N. konnten radikuläre Reizungen oder Ausfälle berichten. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht von B Nr 18.9 VG konnte der Senat die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule lediglich mit einem Teil-GdB von 20 bewerten. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) oder mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten konnte der Senat insoweit nicht feststellen. Dabei hat er auch den zuletzt vorgetragenen Bandscheibenvorfall links C6/7 mit C7-Kompression berücksichtigt. Insoweit ergeben sich weder aus den Unterlagen von Dr. W. noch aus denen von Dr. G. Anhaltspunkte für eine höhere Bewertung des Teil-GdB. Dr. Ro. fand keine Hinweise auf definierbare Nervenwurzelreizerscheinungen bei seiner Untersuchung, die nach Abschluss der infolge des Bandscheibenvorfalles bei C 6/7 durchgeführten Facettenbehandlung von Dr. W. stattfand.

Des Weiteren bestehen bei der Klägerin variable Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen der Schultergelenke, rechts mehr als links, rechts Zustand nach dreimaliger Operation. Ein Nachweis einer schweren Veränderung der Rotatorenmanschette, eines Impingements

oder eines erheblichen Gelenkverschleißes konnte der Gutachter Dr. Ro. nicht finden. Radiologisch bestehen leichte Arthrosen im Schultergelenk sowie eine Normvariante am Schulterdach bei mit Zustand nach operativer Ausdünnung zur Dekompression rechts, eine Narbenbildungen im rechten Schultergelenk und eine leichte schonungsbedingte Schwäche der Schultermuskulatur rechts. Des weiteren leichte Polyarthrosen beider Hände. Die Funktionsstörung seien, so Dr. Ro., nachweisbar geringen Grades. Dieser Befund entspricht im Wesentlichen auch dem sich aus den Berichten von Dr. G., Dr. W. und der DRK Klinik B. ergebenden Befunden; so hatten die Ärzte bei Entlassung der Klägerin unmittelbar nach der Schulteroperation im März 2011 schon aktiv eine Beweglichkeit von 100 Grad sowie eine passive Erweiterung auf 150 Grad darstellen können (Bericht vom 11.03.2011, Blatt 32 der Senatsakte). Angesichts der vom Gutachter Dr. Ro. gemessenen Bewegungseinschränkungen der Schulter: rechts links Arm seitwärts/körperwärts aktiv 110/0/10 140/0/10 Arm seitwärts/körperwärts passiv 170/0/40 170/0/40 Arm rückwärts/vorwärts aktiv 30/0/100 40/0/140 Arm rückwärts/vorwärts passiv 40/0/170 50/0/170 Arm auswärts-/einwärtsdrehen 50/0/100 50/0/100 Arm auswärts-/einwärts abgespreizt 80/0/90 80/0/90 ergeben sich auch hier keine schweren Funktionseinschränkungen. Auch hier konnte sich der Senat angesichts der bereits oben dargestellten schmerzfreien An- und Auskleidevorgänge während der Begutachtung durch Dr. Ro. nicht davon überzeugen, dass die gegenüber den passiven Bewegungsmaßen verminderten aktiven Bewegungsmaße auf eine Erkrankung oder Behinderung zurückzuführen sind. Ursache ist nach Auffassung des Senats vielmehr die bereits angesprochene Verdeutlichungstendenz. Damit konnte der Senat auf die von Dr. Ro. festgestellten passiven Bewegungsmaße abstellen. Bei diesen erreicht die Klägerin die in B 18.13 VG genannten Grenzwerte nicht (Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit bzw Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit). Damit konnte der Teil-GdB-Wert mit Dr. Ro. insoweit allenfalls auf 10 bemessen werden.

Auch hinsichtlich der leichten Arthrosen der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke und der Kniegelenke ohne nachweisbare wesentliche Funktionseinschränkung (Bewegungsausmaße Kniegelenke nach Dr. Ro.: Strecken/Beugen 0/0/140 // 0/0/140) konnte sich der Senat im Anschluss an die Ausführungen von Dr. Ro., die im Ergebnis - soweit dort mitgeteilt - mit den Befunden der behandelnden Ärzte in Einklang stehen, nicht vom Vorliegen eines höheren Teil-GdB als 10 (dazu vgl B Nr 18.14 VG) überzeugen. Ebenso konnte der Senat die Senk-Spreizfüße beidseits, den Hallux valgus, die leichten Arthrosen der Großzehengrundgelenke mit geringen Funktionseinschränkungen zusammenfassend lediglich mit einem Teil-GdB von 10 bewerten. Stärkere Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere beim Gehen, konnten die Gutachter nicht mitteilen. Vor diesem Hintergrund kann den Funktionseinschränkungen für die unteren Extremitäten nur ein zusammenfassender Teil-GdB von 10 zuerkannt werden.

Auf nervenärztlichem Fachgebiet hat Dr. N. in seinem Gutachten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Zustand nach dreimaliger Schulteroperation rechts 2008 bis 2011 und eine Neurasthenie auf dem Boden einer depressiv histrionischen Persönlichkeitsstruktur festgestellt. Sofern der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. Sa. ein multiples Schmerzsyndrom und eine Dysthymia bzw Dr. Ro. ein myofaszielles Schmerzsyndrom beschrieben haben, ergibt sich daraus keine abweichende GdB-Beurteilung. Vielmehr beschrieben diese Ärzte denselben Sachverhalt mit unstrittig bestehender Schmerzbildung und psychischer Beeinträchtigung. Jedoch konnte sich der Senat angesichts der von Dr. N. und Dr. Ro. aber auch von Dr. Sa. mitgeteilten Umstände zum Tagesablauf, aber auch zu den klinischen bzw. psychiatrischen Befunden nicht vom Vorliegen einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (zB ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) im Sinne von B Nr 3.7 VG überzeugen. Zunächst nimmt die Klägerin lediglich quartalsweise fachärztliche therapeutische Hilfe in Anspruch, begleitet von einer sehr niedrigschwelliger Schmerzmedikation. So ist nicht nur der Tagesablauf - in dem die Klägerin nach Angaben ihres Ehemannes sogar gewisse Haushaltstätigkeiten übernimmt (dazu vgl Blatt 76 RS der Senatsakte = Seite 30 des Gutachtens Dr. N.) - strukturiert und ein sozialer Rückzug nicht nachweisbar. Ebenso ist die Fähigkeit zur Anpassung, Planung und das Durchhaltevermögen nur leicht- bis mittelgradig eingeschränkt (Gutachten Dr. N., Blatt 77 der Senatsakte = Seite 31 des Gutachtens). Nichts anderes beschreibt Dr. Sa. (Blatt 221 der Senatsakte), als er in seinem Bericht vom 26.07.2013 angibt, die Klägerin sei dysthym, mit reduziertem Antrieb, vielfältigen Schmerzen und subdepressivem Affekt. Psychisch sei sie wach, orientiert, klagsam, beschwerdefixiert, jedoch am Untersuchungstag konstruktiver, fester und nicht mehr histrionisch. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat insoweit auch im Hinblick auf das chronische Schmerzsyndrom lediglich eine leichtere psychovegetative oder psychische Störung mit einem Teil-GdB von 20 annehmen.

Auch sind die mit der Blasen-Mastdarm-Inkontinenz und dem klimakterischen Syndrom, das ausweislich der Auskunft von Dr. Ke. (Blatt 75 der Verwaltungsakte des Beklagten) unter Behandlung mit Gynodingel nahezu beschwerdefrei ist, verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen im Sinne von B Nrn 12.2.2 und 12.2.4 VG mit einem Teil-GdB-Wert von 20 als Störungen stärkeren Grades ausreichend bewertet. Eine Darmstörung i.S.v. B Nr. 10.2.2 VG ist nicht belegt. Vor allem konnten aber auch die in B Nr. 12.2.2 VG beschriebenen Funktionsbehinderungen stärkeren Grades (Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines Blasenschrittmachers, erhebliche Restharnbildung, schmerzhaftes Harnlassen) nicht nachgewiesen werden, sodass alleine wegen des häufigeren Harndrangs mit Inkontinenz und unkontrollierten Winden dieser Teil-GdB-Wert noch gerechtfertigt werden kann. Gründe, die eine Bemessung des Teil-GdB im mittleren und oberen Bereich des von B Nr. 12.2.4 VG gesteckten Rahmens rechtfertigten, liegen nicht vor. Denn die angegebene Miktionsfrequenz beeinträchtigt die Klägerin zwar im Alltag, jedoch nicht im mittelschweren bzw. schweren Ausmaß.

Die aus der Verwaltungsakte ersichtliche Schilddrüsenfehlfunktion (dazu zuletzt vgl Blatt 64 der Verwaltungsakte des Beklagten) ist therapiert, ein Anhalt für eine erneute Autonomie konnte Dr. B. (Arztbrief vom 20.04.2010) nicht feststellen, Änderungen sind nicht ersichtlich. Daher war insoweit auch kein Teil-GdB-Wert anzusetzen (dazu vgl B Nr 15.6 VG).

Weitere Funktionsbeeinträchtigungen, die einen Teil-GdB von mindestens 10 bedingen, liegen bei der Klägerin nicht vor.

Auch die Feststellung des Gesamt-GdB von 40 ist zutreffend. Denn nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung,

auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Das ist bei der Klägerin nicht der Fall.

Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen - insbesondere der schmerzhaften orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen und des Schmerzsyndroms (dazu vgl. das Gutachten von Dr. Ro. , dort Blatt 207 der Senatsakte = Seite 64 des Gutachtens, wo dieser von erheblichen Überlappungen zwischen den Wirbelsäulenerkrankungen und dem myofaszialen Schmerzsyndrom berichtet) - ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB, gebildet aus Teil-GdB-Werten von - 20 (für die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule), - 20 (für die psychischen Funktionsbeeinträchtigungen einschließlich des Schmerzsyndroms), und - 20 (für die Funktionsbeeinträchtigungen an Blase und Darm) sowie - 10 jeweils für die Funktionsbehinderungen der Schulter, der Knie sowie der Füße mit 40 zutreffend bemessen ist.

Damit ist zwar im Verhältnis zu dem dem Vergleichsschluss zugrundeliegenden Sachverhalt eine wesentliche Änderung eingetreten, doch haben das LRA und der Beklagte dem mit dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids in vollem Umfang Rechnung getragen; einen darüber hinausgehenden Feststellungsanspruch hat die Klägerin nicht. Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-01-31