L 8 SB 3482/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 12 SB 3824/10
Datum
05.07.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 3482/12
Datum
30.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Juli 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Gründe:

I.

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

Bei der 1956 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt R. (LRA) auf Erstantrag mit Bescheid vom 30.09.2009 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einer Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Knorpelschäden am Kniegelenk (Teil-GdB 20), Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), Migräne (Teil-GdB 10), einer chronischen Magenschleimhautentzündung (Teil-GdB 10), chronisch-venöser Insuffizienz (Teil-GdB 10) und Fingerpolyarthrose (Teil-GdB 10) den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des § 33b Einkommensteuergesetz fest.

Am 29.12.2009 stellte die Klägerin einen Neufeststellungsantrag auf Erhöhung des GdB. Sie legte hierzu medizinische Befundunterlagen vor (Bericht Dr. Ge. vom 15.09.2009, Diagnose Melasma der Wangen beidseits; Bericht Dr. Dr. Ber. vom 30.10.2009, Bewertung: Subjektiv gutes Operationsergebnis der Medianus-Neurolyse rechts, links Medianus-Neurolyse indikabel; A. Kliniken vom 27.11.2009, Diagnosen: Fibromyalgie-Syndrom, kein Hinweis für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, degeneratives HWS- und LWS-Syndrom, leichte Fingerpolyarthrose der Fingermittelgelenke, Carpaltunnelsyndrom links, leichte Gonarthrose beidseits, Pseudospondylolisthesis L4/L5 Grad I; Dr. S. vom 09.12.2009, Beurteilung: Deutliche Schwellung der Nasenconchen beidseits, moderate linksseitige Deviatio des Nasenseptums, keine Sinusitiszeichen; Dr. P. vom 09.12.2009, Diagnose: Nävuszellnävi im Bereich beider Wangen; Dr. Gro. vom 10.12.2009, Diagnose: Fibromyalgie; Dr. Pe. vom 21.12.2009 mit Tonaudiogramm vom 16.11.2009, Diagnosen: Tinnitus aurium, Höhrstörung, Nasoziliarneuralgie rechts). Hierzu holte das LRA die gutachtliche Stellungnahme des Dr. Op. vom 01.02.2010 ein, in der wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskulärer Verspannungen, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Knorpelschäden am Kniegelenke (Teil-GdB 20), Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20), Fibromyalgie-Syndrom, psychovegetative Störungen (Teil-GdB 20), chronischen Magenschleimhautentzündung (Teil-GdB 10), chronisch-venöser Insuffizienz (Teil-GdB 10), Fingerpolyarthrose und Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (Teil-GdB 10) sowie Migräne (Teil-GdB 10) der GdB mit 40 vorgeschlagen wurde.

Mit Bescheid vom 24.02.2010 stellte das LRA bei der Klägerin den GdB mit 40 seit 29.12.2009 neu fest. Hiergegen legte die Klägerin am 19.03.2010 Widerspruch ein. Sie machte zur Begründung geltend, sie sei mit den einzelnen Bewertungen der berücksichtigten Gesundheitsstörungen nicht einverstanden. Für Ihre Wirbelsäulenbeschwerden sei ein GdB von 30 bis 40 angezeigt. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei deutlich eingeschränkt, die neben einer Funktionseinschränkung des Knies mit einem Einzel-GdB zu versehen seien. Die Folgen des Fibromyalgie-Syndroms hätten zugenommen. Das LRA zog Berichte des Dr. D./Professor Dr. F. vom 27.11.2009, Dr. Gro. vom 22.02.2010, Diagnosen: Fibromyalgie, Impingement-Syndrom rechts; Dr. Dr. Ber. vom 06.02.2010, Diagnosen: Akzentuiertes radikuläres Schmerz- und sensibles Reizsyndrom L5/S1 rechts ohne wesentliches Ausfalls-Korrelat, Verdacht auf eine beginnende Achillodynie rechts; Dr. St. vom 08.02.2010, Diagnosen: Heberden-Arthrosen, KTS beidseits, Raynaud-Phänomen beidseits). Entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. Z.-C. vom 27.06.2010 wurde der Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 24.02.2010 vom Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 24.08.2010 zurückgewiesen. Die Befunde bestätigten,

dass der GdB bereits hoch bewertet sei.

Hiergegen erhob die Klägerin am 14.09.2010 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie führte zur Begründung unter Vorlage einer Aufstellung ihrer gesundheitlichen Beschwerden und zahlreicher medizinischer Unterlagen im Verlauf des Klageverfahrens (Berichte Allgemeinarzt Kö. , Dr. Gro. , Dr. St. , Dr. Dr. Ber. , Dr. Pe. Dr. S. , Dr. Schw. , Dr. Ke. , Dr. Ge. , Dr. P. , A. Kliniken, Dr. Ra. , Dr. T. und Gynäkologin L. , Ärztlicher Entlassungsbericht M. B. Kliniken, Dr. V. , HNO-Arzt We. , St. V.-Kliniken K. , Radiologie B. , Dr. We. , Dr. O. , Dr. Wi. , Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit R. , Diplom-Psychologe B. , Dr. Ke. , Gutachten Dr. Sp. vom 03.05.2011 an die Deutsche Rentenversicherung Bund, Gutachten Dr. Bu. vom 01.03.2012 an das SG im Rentenrechtsstreit S 5 R3117/11) aus, mit der Bewertung der berücksichtigten Gesundheitsstörungen mit einem Gesamt-GdB von 40 könne sie sich nicht einverstanden zeigen. Auf orthopädischem Gebiet sei von einer deutlichen Verschlechterung auszugehen. Ferner würden psychovegetative Störungen stärker in den Vordergrund treten. Die Folgen des Fibromyalgie-Syndroms hätten zugenommen. Es sei von einem ausgeprägten Schweregrad der Depression auszugehen. Die Klägerin regte die Anhörung der sie behandelnden Ärzte an.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Gö. vom 22.03.2011, in der unter Vornahme einer Neubewertung des chronischen Schmerzsyndroms, Fibromyalgie-Syndroms, seelischen Störung und psychovegetative Störungen mit einem Teil-GdB von 30 unter Beibehaltung der übrigen Ansätze der Gesamt-GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen wurde, sowie Dr. A.-B. vom 19.12.2011 und Dr. Wo. vom 09.05.2012 der Klage entgegen.

Mit Urteil vom 05.07.2012 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung seiner Entscheidung aus, bei der Klägerin sei eine wesentliche Änderung ihres Gesundheitszustandes dahin eingetreten, dass seit dem 29.12.2009 die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt sei. Die bei der Klägerin im Vordergrund stehenden Erkrankungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet seien mit einem Teil-GdB von 30, die Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet (Wirbelsäule und Kniegelenke) mit einem Teil-GdB von 20, die Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen mit einem Teil-GdB von 20 und die Magenschleimhautentzündung, chronisch-venöse Insuffizienz, Fingerpolyarthrose, Migräne sowie eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks mit einem Teil-GdB von jeweils 10 vom Beklagten zutreffend bewertet worden. Hiervon ausgehend sei der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Dabei sei zu beachten, dass die im Vordergrund stehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung alle übrigen Gesundheitsstörungen überlagere. Aus diesem Grund sei eine Schwerbehinderung bei der Klägerin nicht abzuleiten. Es verbleibe bei einem Gesamt-GdB von 40.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 18.07.2012 zugestellte Urteil richtet sich die von der Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigten am 14.08.2012 eingelegte Berufung. Die Klägerin hat zur Begründung ausgeführt, mit der Auffassung des SG könne sie sich nicht einverstanden erklären. Insbesondere seien gravierende Einschränkungen im Bereich der unteren Extremitäten bei massivsten Verschleißerscheinungen nicht angemessen gewürdigt. Das gelte für beide Kniegelenke und beide Unterschenkel aufgrund der noch nicht berücksichtigten Lymphstauungen. Mit der Annahme, die Kniegelenke bzw. die unteren Extremitäten insgesamt wiesen letztlich keine bzw. nur geringe Funktionsstörungen auf, sei den deutlich negativen Befunden der beiliegenden Unterlagen nicht annähernd Rechnung getragen worden. Die Klägerin hat - im Verlauf des Berufungsverfahrens - medizinische Unterlagen (insbesondere Dr. A. vom 31.07.2012, Befund: Unauffällige Kompressibilität der Oberschenkel, kein Lipödem, kein Reflux des tiefen Venensystems, keine Leitveneninsuffizienz, Lymphödem und Bericht vom 21.03.2013, Diagnosen: Lipödem beidseits, Fibromyalgie, Adipositas, Lichen ruber planus; St. V.-Kliniken K. vom 10.07.2012, 20.07.2012, 18.03.2013 und 15.07.2013, Diagnosen: Außenmeniskus-Hinterhorn und Pars intermedia-Ruptur, Chrondromalazie, Synovitis, freie Gelenkkörper linkes Kniegelenk, Adipositas, Fibromyalgie, Hypertonie, Plantarfasciitis beidseits, Seh- und Sprechstörungen, Migräne, Schwindel, Tinnitus, degeneratives HWS/LWS-Syndrom, Schultersteife, Depressionen, Impingements-Syndrom rechts, chronische Magenschleimhautentzündung; Radiologie B. vom 03.07.2012, 13.07.2012, 03.08.2012 und 11.12.2012; Dr. Pe. vom 12.06.2012, Diagnosen: Neuralgin, Tinnitus aurium, Hörstörung, Vertigo; Rheumatologische Schwerpunktpraxis Dr. Bel. und Kollegen vom 28.11.2012, Diagnosen: Schweres Fibromyalgie-Syndrom, Depression, Wirbelsäulen-Syndrom, PHS rechts, Lipolymphödem beidseits, Großzehengrundgelenksarthrose, Senkspreizfuß, ANA-Titererhöhung ohne Hinweis auf Kollagenose; Dr. Ge. vom 01.12.2012, Diagnose: Lichen ruber; Dr. Wi. vom 18.02.2013 und 23.04.2013, Diagnosen: Subacromiales Impingement rechte Schulter, ACG-Arthrose rechts, Tendinopathie der Subraspinatussehne, Zustand nach Arthroskopie des linken Kniegelenks, Teilresektion des Außenmeniskus am 19.07.2012; Dr. Pe. vom 12.07.2012, 28.03.2013, 24.06.2013 und 27.09.2013, Diagnosen: Neuralgin, Tinnitus aurium, Höhrstörung und Tonaudiogramme vom 20.12.2012, 07.06.2013 und 24.09.2013; Dr. Dr. Ber. vom 14.01.2013) sowie den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 02.08.2012 wegen Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.07.2010) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß), das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Juli 2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 24. Februar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. August 2010 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung mit 50 seit dem 29. Dezember 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Aus den vorgelegten Unterlagen ergebe sich nichts Neues. Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Re. vom 29.01.2013 vorgelegt.

Mit Schreiben des Berichterstatters vom 18.04.2013 sind die Beteiligten (unter anderem) auf eine Entscheidung der Berufung durch Beschluss gemäß § 153 Abs. 4 SGG hingewiesen worden. Hierzu hat sich die Klägerin (persönlich) mit Schreiben vom 11.05.2013 zu ihren Gesundheitsstörungen unter Vorlage von medizinischen Unterlagen weiter geäußert und einen Antrag nach § 109 SGG durch ihre Prozessbevollmächtigten angekündigt.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG (Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 07.06.2013) hat der Senat das unfallchirurgisch-orthopädische Gutachten von Dr. He. vom 22.10.2013 eingeholt. Er gelangte in seinem Gutachten zusammenfassend zu der Bewertung, an Krankheitserscheinungen auf orthopädischem Gebiet bestünden ein degeneratives HWS-Syndrom mit Bewegungseinschränkung ohne neurologische radikuläre Symptomatik, ein degeneratives LWS-Syndrom mit deutlicher Bewegungseinschränkung, erhöhter Finger-Boden Abstand und leichte Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule, eine residuales Impingement-Syndrom rechtes Schultergelenk nach subacromialer Dekompression mit leichter Bewegungseinschränkung, eine mäßiggradige Polyarthrose der Daumen- und Fingerendgelenke beidseits, eine fortgeschrittene Retropatellararthrose der Kniegelenke beidseits mit mäßiger Beugeeinschränkung und retropatellarem

Schmerzsyndrom, links deutlicher als rechts, eine fortgeschrittene destruierende Arthrose des Großzehengrundgelenks rechts mit erhaltener Beweglichkeit und ohne Zeichen der aktivierten Arthrose, ein beginnender Hallux valgus linksseitig ohne Arthrosezeichen und als absolut führend ein Fibromyalgie-Syndrom mit massiver Schmerzüberlagerung vor allem des unteren LWS-, oberen HWS- und Schultergürtelbereichs sowie aller Muskelansätze an den großen Gelenken der oberen und unteren Extremität betreffend. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bewertete Dr. He. mit einem Teil-GdB von 20, die des Schultergelenks mit einem Teil-GdB von 10, Knorpelschäden am Kniegelenk beidseits mit einem Teil-GdB von 10, die Arthrose des Großzehengrundgelenks rechts mit einem Teil-GdB von 10 und die Fingerpolyarthrose mit einem Teil-GdB von unter 10. Alles überragendes klinisches Bild sei die Fibromyalgie, verbunden mit einer Depression und einem chronischen Schmerzsyndrom mit einem Teil-GdB von 30. Ein Gesamt-GdB von 40 sei durch Befunde auf orthopädischem Fachgebiet nicht zu erhöhen. Es sei zu keiner wesentlichen Änderung gekommen.

Mit richterlicher Verfügung vom 29.11.2013 sind die Beteiligten erneut auf die Möglichkeit einer Entscheidung der Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss gemäß § 153 Abs. 4 SGG hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren bis 31.12.2013 Stellung zu nehmen.

Die Klägerin hat anschließend Befundberichte von Dr. O. vom 15.10.2013 und Dr. Pe. vom 28.11.2013 (Diagnose: V.a. Schlaf-Apnoe-Syndrom, Rhonchopathie) mit Tonaudiogramm zur Tinnitusbestimmung vorgelegt (Schriftsatz vom 04.12.2013). Mit richterlicher Verfügung vom 09.12.2013 ist die Klägerin darauf hingewiesen worden, dass der Senat keine Veranlassung sehe, wegen der vorgelegten neuen Befundunterlagen von der angekündigten Verfahrensweise abzurücken. Mit Schriftsatz vom 30.12.2013 hat die Klägerin mitgeteilt, sie gehe insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitseinschränkung durch das Fibromyalgie-Syndrom mit der Bewertung mit einem Teil-GdB von 30 durch Dr. He. nicht konform und hat bezüglich der Fibromyalgie die Einholung eines Gutachtens gemäß § 109 SGG beantragt, ohne einen Arzt zu benennen. Die Klägerin hat den Befundbericht von Dr. Ma. vom 11.12.2013 (Diagnosen: Beinlymphödem beidseits, Lipödem-Syndrom mit orthostatischer Schwellneigung, Hypertonie, Fibromyalgie, HWS- und LWS-Syndrom) zur Gerichtsakte gereicht. Mit richterlicher Verfügung vom 02.01.2014 ist die Klägerin darauf hingewiesen worden, dass im Hinblick auf das von Dr. He. eingeholte Gutachten vom 22.10.2013 kein Anlass gesehen werde, ein weiteres Gutachten nach § 109 SGG einzuholen. Mit Schriftsatz vom 23.01.2014 hat die Klägerin vorgetragen, nach ihrer Auffassung sei ihr Antragsrecht gemäß § 109 SGG noch nicht verbraucht und hat gebeten, zu überdenken, einem entsprechenden Antrag auf Einholung eines Gutachtens gemäß 109 SGG stattzugeben.

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

II.

Gemäß § 153 Abs. 4 SGG kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten, insbesondere die Klägerin, sind mit richterlichen Verfügungen vom 29.11.2013 und wiederholend vom 09.12.2013 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigen Verfahren Stellung zu nehmen. Der von der Klägerin mit Schriftsatz vom 30.12.2013 vorgelegte Befundbericht von Dr. Ma. vom 11.12.2013 hindert den Senat nicht, über die Berufung durch Beschluss zu entscheiden. Die Klägerin ist im Schriftsatz vom 30.12.2013 der Entscheidung durch Beschluss nicht ausdrücklich entgegen getreten. Auch sonst gibt der Schriftsatz vom 30.12.2013 dem Senat keinen Anlass, zur Gewährung ausreichenden rechtlichen Gehörs von der in Aussicht genommenen Verfahrensweise Abstand zu nehmen, denn darin werden neue, noch nicht aktenkundige Diagnosen (Gesundheitsstörungen) nicht geltend gemacht. Soweit die Klägerin im Schriftsatz vom 30.12.2013 außerdem einen weiteren Antrag nach § 109 SGG gestellt hat, ist ihr mit der richterlichen Verfügung vom 02.01.2014 mitgeteilt worden, dass kein Anlass zur Einholung eines weiteren Gutachtens gemäß § 109 SGG durch den Senat gesehen wird, weshalb die Klägerin weiter davon ausgehen muss, dass der Senat über ihre Berufung gemäß § 153 Abs. 4 SGG entscheiden wird. Hieran ändert auch ihr weiteres Schreiben vom 23.01.2014 nichts, wobei sich der Senat nicht veranlasst sieht, erneut darauf hinzuweisen, dass (weiterhin) kein Anlass zur Einholung eines weiteren Gutachtens gemäß § 109 SGG gesehen wird. Neue Gesichtspunkte, die zu einer abweichenden Bewertung als der bereits Mitgeteilten führen können, hat die Klägerin im Schreiben vom 23.01.2014 nicht aufgezeigt.

Der Senat hat den Berufungsantrag der Klägerin nach ihrem erkennbaren Begehren sinngemäß gefasst.

Die gemäß den §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig (§ 151 SGG). Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 24.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.08.2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Ihr steht ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB von 50 seit dem 29.12.2009 nicht zu. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

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 hat das SG im angefochtenen Urteil ausführlich und zutreffend begründet, dass bei der Klägerin eine wesentliche Änderung ihres Gesundheitszustandes dahin eingetreten ist, dass seit dem 29.12.2009 die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt ist. Die bei der Klägerin im Vordergrund stehenden Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet sind mit einem Teil-GdB von 30, die Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet (Wirbelsäule und Kniegelenke) mit einem Teil-GdB von 20 und die Magenschleimhautentzündung, chronische-venöse Insuffizienz, Fingerpolyarthrose, Migräne sowie eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks jeweils mit einem Teil-GdB von 10 vom Beklagten zutreffend bewertet worden. Hiervon ausgehend ist der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die im Vordergrund stehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie) alle übrigen Gesundheitsstörungen überlagert. Aus diesem Grund ist eine Schwerbehinderung bei der Klägerin nicht festzustellen. Es verbleibt bei einem Gesamt-GdB von 40 seit dem 29.12.2009. 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 Urteils 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:

Die Ansicht des SG (und des Beklagten) wird durch die vom Senat durchgeführten Ermittlungen bestätigt. Die von der Klägerin im Berufungsverfahren vorgelegten medizinischen Befundunterlagen rechtfertigen keine ihr günstigere Entscheidung.

Die Ansicht des SG, dass bei der Klägerin ein Fibromyalgie-Syndrom und eine depressive Störung im Vordergrund zu sehen ist, wird durch das auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG vom Senat eingeholte Gutachten von Dr. He. vom 22.10.2013 voll bestätigt. Auch Dr. He. gelangte in seinem Gutachten nachvollziehbar und den Senat überzeugend zu der Bewertung, dass bei der Klägerin als das Alles überragende klinische Bild einer Fibromyalgie verbunden mit einer Depression und einem chronischen Schmerzsyndrom gegeben ist. Die Auswirkungen einer somatoformen Schmerzstörung vom Typ Fibromyalgie sind entsprechend den Maßstäben der VG (wie früher der AHP) für psychovegetative oder psychische Störungen zu bewerten, wie das SG zutreffend angenommen hat. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen ein GdB von 0 bis 20 und erst bei stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, sind mit einem Teil-GdB von 50 bis 70 und solche mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem Teil-GdB von 80 bis 100 zu bewerten. Das Vorliegen einer schweren Störung lässt sich den zahlreich zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. In den ärztlichen Entlassungsbericht der M. B. Kliniken vom 26.10.2010 wird vielmehr insbesondere eine psychotische Symptomatik bei der Klägerin verneint. Schwere Störungen werden im Übrigen von der Klägerin auch nicht geltend gemacht. Danach kann bei der Klägerin allenfalls von stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgegangen werden. Dabei erachtet es der Senat nicht für gerechtfertigt, den hierfür vorgegebenen GdB-Rahmen von 40 auszuschöpfen. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen befand sich die Klägerin erstmals am 24.08.2010 in einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung. Davor befand sich die Klägerin nicht in psychotherapeutischer Behandlung. Vielmehr wurde eine solche Behandlung erst im Frühjahr des Jahres 2011 begonnen, wie der Senat den Berichten von Dr. Dr. Ber. vom 31.03.2011 und Dr. V. vom 06.05.2011 entnimmt. Bereits die - trotz der auf neurologischen Gebiet erfolgten Behandlung durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Dr. Ber. - zunächst unterbliebene psychotherapeutische Behandlung der Klägerin spricht gegen einen höhergradigen Leidensdruck durch die somatoforme Schmerzstörung vom Typ Fibromyalgie sowie einer Depression und damit gegen die Ausschöpfung des GdB-Rahmens auf 40. Hiergegen spricht auch der aus den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen ersichtliche psychische Befund. Nach dem im Ärztlichen Entlassungsbericht der M. B. Kliniken vom 26.10.2010 beschriebenen psychiatrischen Befund ist die Klägerin wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Kontakt ist gut herstellbar. Inhaltliche oder formale Denkstörungen bestehen nicht. Der Antrieb ist zwar gemindert. Die Klägerin ist affektiv jedoch erreichbar, schwingungsfähig bei depressiver Stimmungslage. Suizidalität besteht nicht. Danach erscheint ein Teil-GdB von 30 angemessen und ausreichend, worauf Dr. Gö. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.03.2011 überzeugend hinweist, dem sich der Senat anschließt. Dafür spricht auch der in dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten von Dr. Bu. vom 01.03.2012 beschriebenen Tagesablauf. Innerfamiliäre oder psychosoziale Belastungssituationen sowie ein deutlicher sozialer Rückzug (als Ausdruck relevanter sozialer Anpassungsstörungen) sind nicht erkennbar. Die Klägerin pflegt noch Außenkontakt (Rheumaliga), versorgt zusammen mit ihrem Ehemann die Eigentumswohnung und geht regelmäßig mit dem Hund spazieren. Auch durch die sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen ist kein psychischer Befund belegt, der die Ausschöpfung des GdB-Rahmens mit 40 rechtfertigt. Eine isoliert zusätzlich zu berücksichtigende Depression ist bei der Klägerin nach den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht belegt. Vielmehr wird im Ärztlichen Entlassungsbericht der M. B. Kliniken vom 26.10.2010 im Rahmen der psychodynamischen Überlegungen davon ausgegangen, dass die Klägerin Symptome eines chronisches Schmerzsyndrom mit sich entwickelnder sukzessiver Erschöpfung und depressiver Verstimmung

verarbeitet. Hiervon geht auch Dr. Dr. Ber. in seinem Befundbericht vom 25.11.2010 aus (partielle somatisierte, partiell chronifizierte reaktive Depression). Auch Dr. Sp. geht in seinem Gutachten vom 03.05.2011 von einer depressiven Episode im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung vom Typ Fibromyalgie aus. Dem entspricht auch die Bewertung von Dr. He. in seinem Gutachten vom 22.10.2013, der die Fibromyalgie in Verbindung mit einer Depression und einem chronischen Schmerzsyndrom wertet.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat der von der Klägerin benannte Gutachter Dr. He. in seinem Gutachten vom 22.10.2013 einen Teil-GdB von 20 für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sowie einen Teil-GdB von jeweils 10 für eine Funktionsbehinderung des Schultergelenks, der Kniegelenke beidseits bestätigt. Eine Arthrose des Großzehengrundgelenkes rechts bedingt nach der Bewertung von Dr. He. ebenfalls einen Teil-GdB von 10 und die Fingerpolyarthrose einen Teil-GdB von unter 10. Diese Bewertungen entsprechen nach den von ihm im Gutachten beschriebenen Befunden den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG Teil B, denen sich der Senat anschließt. Allein die nach den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen dokumentierte degenerative Veränderungen und durchgeführte Operationen führen zu keiner anderen Bewertung. Denn nach den VG Teil B 18.1 VG rechtfertigen mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) sowie die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein noch nicht die Annahme eines GdB.

Eine GdB-relevante Höhrstörung (Schwerhörigkeit) liegt bei der Klägerin zur Überzeugung des Senats nicht vor. Nach den zu den Akten gelangten Tonaudiogrammen ist bei der Klägerin nach den VG Teil B 5.2.2 (4- Frequenztabelle nach Röser 1973) allenfalls für das rechte Ohr von einer geringgradigen Schwerhörigkeit bei Normalhörigkeit des linken Ohrs auszugehen, die nach den VG Teil B 5.2.4 (Tabelle D zur Ermittlung des GdB) keinen Teil-GdB rechtfertigt. Damit lässt sich die vom Beklagten vorgenommene Bewertung des Teil-GdB mit 20 für eine Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen nur durch erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen in Verbindung mit den Ohrgeräuschen rechtfertigen (vergleiche VG Teil B 5.3). Hierauf hat Dr. Gö. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.03.2011 zutreffend hingewiesen. Eine relevante Verschlimmerung des Hörvermögens der Klägerin kann den insbesondere im Berufungsverfahren von der Klägerin zu den Akten gereichten Tonaudiogrammen nicht entnommen werden.

Eine Gefäßkrankheit, die einen höheren Teil-GdB als 10 rechtfertigt, liegt bei der Klägerin nicht vor. Bei der Klägerin ist eine chronisch-venöse Insuffizienz mit Lymphödem belegt. Eine erhebliche Ödembildung, häufig (mehrmals im Jahr) rezidivierenden Entzündungen durch die chronisch-venöse Insuffizienz, die nach den VG Teil B 9.2.3 einen Teil-GdB von 20 bis 30 rechtfertigt, bzw. durch das Lymphödem hervorgerufene stärkere Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm) mit Funktionseinschränkung, die einen Teil, GdB von 20 bis 40 rechtfertigen ist bei der Klägerin nach den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen jedoch nicht belegt. Nach dem Befundbericht von Professor Dr. A. vom 31.07.2012 besteht bei der Klägerin eine unauffällige Kompressibilität ohne Reflux und ohne Leitveneninsuffizienz. Im Befundbericht vom 21.03.2013 beschreibt Professor Dr. A. einen unveränderten Befund. In den Befundberichten von Dr. Schw. vom 14.09.2009 und Dr. Ra. vom 26.10.2010 wird eine lediglich gering ausgeprägte chronisch-venöse Insuffizienz ohne Bildung oder Umfangsvermehrung bei weitgehend unauffälligen phlebologischen Funktionsuntersuchungen beschrieben. Damit lässt sich nach den VG einen Teil-GdB von mehr als 10 auch unter zusätzlicher Berücksichtigung einer Lymphstauung der Beine nicht begründen, worauf Dr. Re. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 21.01.2013 überzeugend hinweist, dem sich der Senat anschließt. Der von der Klägerin zuletzt eingereichte Befundbericht von Dr. Ma. vom 11.12.2013 rechtfertigt keine andere Bewertung. Diesem Befundbericht lässt sich kein Befund entnehmen, der (nunmehr) wegen einer chronisch-venösen Insuffizienz bzw. Lymphstauung ein Teil-GdB von über 10 rechtfertigt. Zudem befindet sich die Klägerin nach dem Befundbericht noch in einer Therapie, vor deren Abschluss eine Bewertung des Teil-GdB nicht erfolgen kann.

Dass die sonst bei der Klägerin diagnostizierten Gesundheitsstörungen Funktionsstörungen und/oder Beschwerden bewirken, die nach den VG einen Teil-GdB von mehr als 10 rechtfertigen, lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Allein die Diagnose einer Gesundheitsstörung ohne wesentliche Funktionsbehinderung oder Beschwerden rechtfertigt für sich nach den GdB-Tabellen der VG nicht schon einen (Gesamt-GdB-relevanten) Teil-GdB.

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach 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.

Hiervon ausgehend sind bei der Klägerin ein Einzel-GdB von 30 für ihre Gesundheitsstörungen psychiatrischem Gebiet einschließlich der Fibromyalgie mit einem Teil-GdB von 30 sowie die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 20 bei der Bildung des Gesamt-GdB mit 40 zu berücksichtigen. Die mit einem Teil-GdB von (maximal) 10 zu bewertenden Behinderungen der Klägerin erhöhen den Gesamt-GdB nicht. Dabei bestehen nach dem Ergebnis der durchgeführten Ermittlungen zudem Überschneidungen insbesondere der körperlichen Gebrechen der Klägerin mit der Fibromyalgie, wie auch Dr. He. in seinem Gutachten vom 22.10.2013 bestätigt hat. Entsprechendes gilt auch für den Tinnitus, der deswegen zur Vermeidung einer Doppelbewertung nicht den Gesamt-GdB erhöhend berücksichtigt werden kann. Dies würde im Übrigen im Hinblick auf die bestehenden Überschneidungen selbst dann gelten, wenn wegen der Fibromyalgie/seelischen Störungen der Klägerin in Ausschöpfung des GdB-Bewertungsrahmens von einem Teil-GdB von 40 ausgegangen würde. Auch Dr. He. geht in seinem Gutachten vom 22.10.2013 überzeugend davon aus, dass sich der Gesamt-GdB (von 40) durch die auf orthopädischem Gebiet vorliegenden Befunde nicht erhöht.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Für den Senat ist der für die Entscheidung relevante Sachverhalt durch die vom SG und im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen und die zahlreich zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen geklärt. Der Antrag der Klägerin, wegen des Fibromyalgie-Syndroms ein weiteres Gutachten gemäß § 109 SGG einzuholen, wird abgelehnt. Die Klägerin hat ihr Antragsrecht gemäß § 109 SGG durch die Benennung des Arztes Dr. He. (Schriftsatz vom 07.06.2013) verbraucht. Zwar ist nach Ansicht des Senats das Wort "ein" in § 109 Abs. 1 SGG nicht im Sinne eines Zahlwortes, sondern als unbestimmter Artikel zu verstehen; einem wiederholenden Antrag ist jedoch nur unter besonderen Umständen nachzugehen (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 109 RdNr. 10b). Die Klägerin war durch das richterliche Hinweisschreiben und richterliche Verfügung vom 18.04.2013 darüber informiert, dass der Senat beabsichtigt, über ihre Berufung gemäß § 153 Abs. 4 SGG zu entscheiden. In dieser - prozessualen - Lage oblag es der Klägerin, zur Vermeidung einer Verzögerung der Erledigung des Rechtsstreites einen Antrag nach § 109 SGG umfassend zu stellen, d.h. alle Ärzte samt Fachbereichen zu benennen, die mit der Erstattung eines Gutachtens gemäß § 109 SGG durch das Gericht beauftragt werden sollen. Das "Nachschieben" eines weiteren Antrags nach § 109 SGG, erst nachdem das von der Klägerin zunächst beantragte Gutachten gemäß § 109 SGG nicht den erwünschten Erfolg gebracht, sondern die bisherige Bewertung des GdB bestätigt hat, ist jedenfalls dann nicht zuzulassen, wenn sich die Entscheidung über den Rechtsstreit dadurch verzögert. Dies ist vorliegend der Fall. Es tritt eine Verzögerung der Entscheidung um mehrere Monate ein, zumal die Klägerin bislang noch keinen Arzt benannt hat. Damit liegt zudem ein nicht ordnungsgemäßer - unvollständiger - Antrag gemäß § 109 SGG vor. Denn es ist Sache der Klägerin, einen bestimmten Arzt zu bezeichnen (vgl. hierzu Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 109 RdNr. 4). Damit ist es dem Senat im Übrigen auch nicht möglich, zu prüfen, ob ein Ausnahmefall vorliegt, da sich die Klägerin insoweit die Möglichkeit offen hält, die Einholung eines grundsätzlich nicht zulässigen weiteren orthopädischen Gutachtens zu beantragen, weshalb der Senat auch deshalb keinen Anlass sieht, den weiteren Antrag gemäß § 109 SGG zuzulassen. Außerdem hat Dr. He. in seinem Gutachten vom 22.10.2013 die Fibromyalgie in seine Bewertungen einbezogen. Bei dieser Ausgangslage hätte sich dem Bevollmächtigten der Klägerin zudem aufdrängen müssen, dass ein Antrag nach § 109 SGG in angemessener Frist erfolgen muss. Diese Frist wahrt die bloße Ankündigung eines weiteren Antrags im Schriftsatz vom 30.12.2013 nicht, denn ein entscheidungsfähiger Antrag ist bis Fristablauf 31.12.2013 nicht eingegangen. Spätestens aufgrund der richterlichen Verfügung vom 29.11.2013 hätte zur Rechtswahrung, unverzüglich, jedoch bis Ablauf der richterlichen Frist, ein entscheidungsreifer Antrag vorgelegt werden müssen. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist die angekündigte Antragstellung auch nach § 109 SGG verspätet, weil aus grober Nachlässigkeit ein - entscheidungsfähiger - Antrag nicht früher vorgebracht worden ist. (§ 109 Abs. 2 SGG).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-02-04