

L 3 SB 2627/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 3362/11

Datum
04.06.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 2627/13

Datum
11.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 04. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

3. Die Kosten des auf Antrag der Klägerin erhobenen Gutachtens von Dr. R. vom 07. Mai 2014 einschließlich der ergänzenden Stellungnahme vom 23. September 2014 werden nicht auf die Staatskasse übernommen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zuerkennung (behördliche Feststellung) eines Grades der Behinderung (GdB) von 70 statt des zuerkannten von 50.

Die Klägerin ist am 15.09.1965 geboren und wohnt im I ... Erstmals mit Eingang am 16.12.2010 beantragte sie die Feststellung eines GdB. Sie machte geltend, sie leide an einer Depression bzw. Persönlichkeitsstörung und einer Wirbelsäulenerkrankung.

Das angegangene Landratsamt K. als Versorgungsamt (LRA) zog ärztliche Unterlagen bei. Nach dem Arztbrief der Neurologin und Psychiaterin Dr. L. vom 25.05.2010 bestanden Depression, Zervicobrachialgie, Synkopen, Spannungskopfschmerz, funktionelle Beschwerden, ein Verdacht auf [V.a.] Polyneuropathie, V.a. auf Persönlichkeitsstörung, Bandscheibenvorfall (C5/6 und L5/S1 links), V.a. auf Nervenwurzelkompression und Nervenplexus bei Spondylose. Der Kardiologe Dr. S. hatte in dem Arztbrief vom 26.02.2010 eine Herzerkrankung ausgeschlossen und eine orthostatische Dysregulation begünstigt durch die antidepressiven Medikamente angenommen. Der Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin H., nannte unter dem 14.01.2011 zusätzlich den V.a. eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung). Nach Auswertung dieser Unterlagen schlug Versorgungsarzt Dr. B. unter dem 07.02.2011 vor, jeweils einen Einzel-GdB von 30 für Depression und funktionelle Organbeschwerden sowie für Bandscheibenschäden und Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Nervenwurzelreiz-erscheinungen und daraus folgend einen Gesamt-GdB von 40 anzuerkennen. Dem kam das LRA mit dem hier angegriffenen Bescheid vom 25.02.2011 nach.

Im Vorverfahren zog das LRA den Befundbericht von Dr. L. vom 25.07.2011 bei. Darin war ausgeführt, die Klägerin sei seit 1994 in nervenärztlicher Behandlung wegen Schlafstörungen und psychosomatischer Reaktionsweisen. Sie sei 2005 nach Tabletteneinnahme in suizidaler Absicht im Krankenhaus gewesen. In der Folge habe sie aus ärztlicher Sicht notwendige stationäre oder teilstationäre Behandlungen abgelehnt. Die ausgeweitete medikamentöse Behandlung sei ohne durchgreifende Befundverbesserung geblieben. Oft seien Kopfschmerzen geklagt worden, für die sich keine organische Ursache gefunden habe. Die Behandlungsdichte sei unregelmäßig. Auf Grund der versorgungsärztlichen Auswertung dieses Berichts durch Dr. W. vom 09.08.2011, die für die psychische Behinderung nunmehr einen Einzel-GdB von 40 vorschlug, stellte das LRA den Gesamt-GdB mit Teil-Abhilfe-Bescheid vom 10.08.2011 ab Antragstellung mit 50 fest. Den weitergehenden, von der Klägerin aufrecht erhaltenen Widerspruch wies der Beklagte sodann mit Widerspruchsbescheid vom 21.10.2011 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.11.2011 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Sie hat die Zuerkennung eines GdB von – genau – 70 begehrt. Sie hat vorgetragen, sowohl die psychischen als auch die orthopädischen Beeinträchtigungen seien höher zu bewerten.

Nachdem der Beklagte der Klage entgegengetreten war und darauf hingewiesen hatte, dass keine fachorthopädische Behandlung stattfinde, hat das SG zunächst die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. H. hat unter dem 01.02.2012 mitgeteilt, die Klägerin habe ihn seit Mai 2011 nicht mehr konsultiert, zuletzt sei eine leichte depressive Episode mit rezidivierenden

Spannungskopfschmerzen diagnostiziert worden. Dr. L. hat mit Schreiben vom 21.02.2012 bekundet, Anfang Februar sei die Klägerin weiterhin depressiv und erschöpft gewesen, habe über Schlafstörungen und Grübelneigung geklagt. Es bestehe auch eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bei Somatisierungsneigung bzw. wechselnd ausgeprägten diffusen Schmerzen.

Sodann hat das SG von Amts wegen bei dem Neurologen und Psychiater Dr. T. das nervenärztliche Gutachten vom 27.08.2012 über die Klägerin eingeholt. Dieser Sachverständige hat ausgeführt, bei der Klägerin beständen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig in mittelgradiger Episode, ein V.a. eine Persönlichkeitsstörung mit Somatisierung, Spannungskopfschmerzen sowie eine Cervicobrachialgie und ein LWS-Syndrom. Die Bewertung der psychischen und der körperlichen Beeinträchtigungen sei schwer zu trennen. Bildgebende Untersuchungen der Wirbelsäule lägen nicht vor, eine orthopädische Behandlung finde nicht statt. Die Beeinträchtigungen würden überwiegend durch die psychische Erkrankung verursacht. Insgesamt bestehe auf nervenärztlichem Gebiet ein GdB von 50.

Auf dieses Gutachten hat die Klägerin vorgetragen, der Beklagte habe für die orthopädischen Beeinträchtigungen einen GdB von 30 festgestellt; dieser komme zu dem von Dr. T. vorgeschlagenen GdB von 50 auf psychiatrischem Gebiet hinzu. Der Beklagte hat hierzu unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 12.02.2013 erwidert, eigenständige orthopädische Beeinträchtigungen beständen nicht, insbesondere sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule nicht wesentlich eingeschränkt. Der psychiatrische GdB könne auch unter Einbeziehung der Spannungskopfschmerzen und der Somatisierung nicht höher als 40 angenommen werden. Hinzu komme nur ein GdB von 20 für das Achsenskelett.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.06.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Bei der Klägerin sei ein Gesamt-GdB von 50 festzustellen. Dies habe Dr. T. in seinem Gutachten überzeugend ermittelt. Dieser GdB umfasse auch die Wirbelsäulenbeschwerden, nachdem für diese überwiegend psychische Faktoren verantwortlich gemacht würden. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei nicht nennenswert eingeschränkt. Eine Schmerzbehandlung finde nicht statt. Der GdB von 50 auf psychiatrischem Gebiet sei gerechtfertigt, nachdem die Klägerin ohne feste Tagesstruktur lebe und in allen privaten und beruflichen Angelegenheiten überfordert sei.

Gegen diesen Gerichtsbescheid, der ihrem Prozessbevollmächtigten am 11.06.2013 zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 26.06.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Es möge zwar Wechselwirkungen geben, aber es beständen auch Bandscheibenvorfälle und ein Wirbelgleiten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 04. Juni 2013 aufzuheben und den Beklagten unter weiterer Abänderung des Bescheids vom 25. Februar 2011 in Gestalt des Teil-Abhilfe-Bescheids vom 10. August 2011 und des Widerspruchsbescheids vom 21. Oktober 2011 zu verurteilen, ihr einen Grad der Behinderung von 70 zuzuerkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt den angegriffenen Gerichtsbescheid und seine Entscheidungen.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat Dr. R. das fachorthopädische Gutachten vom 07.05.2014 erstellt. Dieser Sachverständige hat bekundet, bei der Klägerin beständen ein chronisch degeneratives Wirbelsäulensyndrom in drei Abschnitten leichter bis mittelgradiger Ausprägung mit Skoliose und häufigen Schmerzsyndromen und Bandscheibenvorfällen in zwei Abschnitten, ein V.a. auf ein chronisches Schmerzsyndrom bzw. eine somatoforme Schmerzstörung, ein Schnappdaumen links, ein V.a. auf ein Karpaltunnelsyndrom bds., eine Coxarthrose bds., eine beginnende mediale Gonarthrose und Retropatellararthrose bds. sowie eine leichte Spreizfußdeformität bds. ohne statische Beeinträchtigung. Es seien Einzel-GdB von 30 für das Wirbelsäulensyndrom und von 20 für Hüfte und Knie zusammengefasst anzunehmen. Das Schmerzsyndrom sei gesondert zu bewerten. Auf unfallchirurgisch-orthopädischem Gebiet sei der GdB auf insgesamt 30 bis 40 zu schätzen.

Gegen dieses Gutachten hat der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. F. vom 04.08.2014 eingewandt, die Beeinträchtigungen der Wirbelsäule seien mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet. Beuge- und Streckfähigkeit der Kniegelenke seien nicht eingeschränkt, der Knorpelschaden sei leichtgradig, an der Hüfte seien eine leichte Beuge- und keine Streckhemmung beschrieben. Insgesamt könne für die unteren Gliedmaßen nur ein GdB von 10 angenommen werden.

Auf weiteren Antrag der Klägerin hat Dr. R. unter dem 23.09.2014 ergänzend Stellung genommen. Es treffe zu, dass keines der Gelenke der unteren Gliedmaßen gemäß den eher funktionell-mechanischen Vorgaben einen GdB von 20 erreiche. Unter Berücksichtigung der Schmerzhaftigkeiten und der daraus folgenden Einschränkung der sozialen Teilhabe habe er – der Sachverständige – jedoch hier einen Gesamt-GdB vorgeschlagen. Dieser sei sicherlich wohlwollend, aber insgesamt sachgerecht.

Der Beklagte hat sich mit Schriftsatz vom 28.10.2014, die Klägerin unter dem 26.11.2014 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der Sachlage im Einzelnen und der weiteren Ergebnisse der Beweisaufnahme wird auf die Akten des LRA und die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung der Klägerin, über die der Senat nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist nach [§ 105 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. [§ 143 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) auf Zuerkennung eines GdB von 60 oder 70 abgewiesen. Ein solcher Anspruch steht der Klägerin nicht zu.

a) Die rechtlichen Voraussetzungen der Ansprüche auf Zuerkennung eines GdB nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) hat das SG in dem angegriffenen Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt, darauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Das Gleiche gilt für die konkreten, insbesondere medizinischen Voraussetzungen an die Einzel-GdB für bestimmte Behinderungen und an die Bildung des Gesamt-GdB nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG), der Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), die nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i.V.m. § 30 Abs. 16 Bundesversorgungsgesetz (BVG) erlassen worden ist. Die VG gelten seit dem 01.01.2009 und damit für den gesamten hier streitigen Zeitraum ab der Antragstellung am 16.12.2010 bis laufend.

b) Hiernach kann für das Funktionssystem Rumpf (vgl. zu den einzelnen Funktionssystemen Teil A Nr. 2 lit. e Satz 2 VG), also insbesondere für die Beeinträchtigungen der Wirbelsäule, ein GdB von 30 angenommen werden.

aa) Nach Teil B Nr. 18.9 VG bedingen Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10, solche mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 20, solche mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 30 und Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40. Maßstab für die Beurteilung sind demnach nicht allein die Beweglichkeitsmaße, sondern gleichermaßen auch Schmerzsyndrome, wobei dauerhafte Schmerzen durch Nervenwurzelreizungen oder pseudoradikuläre Auswirkungen ebenso wie – rezidivierende – akute Wirbelsäulensyndrome berücksichtigt werden. Auf die Berücksichtigung auch von Schmerzhaftigkeiten hatte der Sachverständige Dr. R. – in Bezug auf die unteren Gliedmaßen – zutreffend hingewiesen.

bb) Bei der Klägerin bestehen mittelgradige Funktionsbeeinträchtigungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die einen Einzel-GdB von höchstens 30 bedingen.

Bildgebend hat Dr. R. allerdings Veränderungen in allen drei Hauptabschnitten der Wirbelsäule festgestellt (vgl. S. 11 f. des Gutachtens), allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. An der Halswirbelsäule (HWS) besteht eine linkskonvexe Seitenausbiegung mit einem Winkel nach Cobb von 7° mit einer atypischen Kyphosebildung. Die Brustwirbelsäule (BWS) zeigte im oberen Bereich eine rechtskonvexe Skoliose mit 10° nach Cobb, im weiteren Verlauf bestand eine verminderte Kyphosebildung. An der Lendenwirbelsäule (LWS) hat der Gutachter eine ebenfalls rechtskonvexe Skoliose mit einem Cobb-Winkel von 11° gemessen, hinzu kamen hier eine Osteochondrose am Segment L5/S1 und Spondylarthrosen an mehreren Segmenten zwischen L3 und S1.

Zu Funktionseinbußen führen allerdings nur die Veränderungen an zwei Abschnitten der Wirbelsäule, und nur solche Funktionseinbußen sind für die GdB-Bewertung relevant. Die HWS-Skoliose lag mit einem Cobb-Winkel von unter 10° noch im Normbereich. Dort waren auch keine größeren Bewegungseinschränkungen festzustellen: Die Vor- und Rückneigung – gemessen nach der Neutral-Null-Methode – betrug 60/0/35° (Normwert: 50-70/0/40-50°), die Seitneigung mit 30/0/30° und die Rotation mit knapp 60/0/70° waren regelgerecht. Dagegen führen die Schädigungen der BWS und der LWS zu Einbußen: Der Finger-Boden-Abstand insgesamt war auf 15 cm eingeschränkt. In beiden Abschnitten war die Entfaltbarkeit eingeschränkt. Für die BWS hat Dr. R. ein Ott'sches Zeichen von 30 zu 31,5 cm gemessen (Normwert: 30 zu 32-35). Das Schober'sche Zeichen für die LWS war auf 10 zu 11 cm (Normwert: 10:14-15) beschränkt (alle Normwerte nach den Messblättern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung [DGUV]). Hierbei handelt es sich um merkliche Einschränkungen der Beweglichkeit. Hinzu kommen zwar keine Nervenwurzelreizungen und sonstigen radikulären Beeinträchtigungen. Es bestanden aber Schmerzsyndrome, die Dr. R. mit "häufig" angegeben und vor allem auf die beiden festgestellten Bandscheibenvorfälle an der LWS zurückgeführt hat (S. 13 GA).

Unter besonderer Berücksichtigung dieser Schmerzhaftigkeiten können die Funktionseinbußen an BWS und LWS höchstens als mittelgradig eingestuft werden. Hierbei berücksichtigt der Senat auch, dass eine fachorthopädische Behandlung nicht stattfindet.

c) An den oberen Gliedmaßen bestehen bei der Klägerin keine Funktionsdefizite; entsprechend hat auch Dr. R. für dieses Funktionssystem keinen GdB vorgeschlagen. Insbesondere war die Beweglichkeit der Schultergelenke nicht auf 120° oder weniger eingeschränkt, sodass nach Teil B Nr. 18.13 VG kein GdB von wenigstens 10 angenommen werden kann: die Vor- und Rückneigung betrug 125/0/40° rechts und 150/0/40° links.

d) Für das Funktionssystem "untere Gliedmaßen" kann jedenfalls kein GdB von mehr als 10 angenommen werden. In dieser Einschätzung folgt der Senat nicht den Vorschlägen des Gutachters Dr. R., die dieser selbst als "wohlwollend" bezeichnet hat, sondern den Ausführungen aus der versorgungsrätlichen Stellungnahme von Dr. F ...

Für die Hüftgelenke hat Dr. R. eine Einschränkung der Beugung auf 105° rechts und 100° links gemessen. Die Streckung war nicht nennenswert beeinträchtigt (0°). Das Gleiche galt für die Abduktion und die Adduktion, die bis 35/0/20 bzw. 35/0/25° möglich waren (Normwert: 30-40/0/20-30°). Ansonsten bestand eine nennenswerte Einschränkung nur bei der Einwärtsdrehung bei gebeugter Hüfte (20° rechts, 15° links, Normwert 40° und mehr). Ein GdB von 20 oder mehr kommt jedoch nach Teil B Nr. 18.14 VG erst bei einer – beidseitigen – Einschränkung der Beugung auf höchstens 90° (0/10/90°) mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit in Betracht. Daneben besteht ein Innenrotationsschmerz beider Hüftgelenke, den Dr. R. als Zeichen einer Arthrose wertet, der aber nicht zu einer Bewertung mit einem GdB von 20 führen kann, nachdem er belastungsabhängig ist und keine weitergehenden Einschränkungen als bei der Beweglichkeit bedingt.

In ähnlicher Weise führen auch die Einschränkungen an den Kniegelenken nicht zu einem GdB von wenigstens 20. Hier lag die Beweglichkeit (Beugung/Streckung 0/0/125° rechts und 0/0/130° links, S. 10 GA) sogar noch oberhalb der Schwelle für einen GdB von 10, für den nach Teil B Nr. 18.14 VG eine beidseitige Einschränkung der Beugefähigkeit auf höchstens 90° vorausgesetzt ist. Andere Beeinträchtigungen hat Dr. R. nicht festgestellt: es bestanden keine Entzündungszeichen, der Bandapparat war rechts stabil und links war – lediglich – das Außenband

geringfügig instabil. Ein "Wegknicken" im Sinne einer Gangunsicherheit (vgl. Teil B Nr. 18.14 VG – "Lockerung des Kniebandapparates") konnte der Sachverständige jedoch nicht feststellen.

e) Das Funktionssystem "Psyche einschließlich Gehirn" bewertet der Senat mit einem GdB von höchstens 40.

Hierbei handelt es sich um den oberen Wert aus der Spanne eines GdB von 30 bis 40 für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) aus den Bewertungen für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata aus Teil B Nr. 3.7 VG. Nach diesen Vorgaben setzt ein GdB von wenigstens 50 dagegen eine schwere Störung (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit bereits mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten voraus.

Bei der Klägerin besteht in diesem Sinne eine psychische Erkrankung. Dies ergibt sich übereinstimmend aus den schriftlichen Aussagen der behandelnden Ärztin Dr. L. und den Feststellungen des in erster Instanz von Amts wegen gehörten Gutachters Dr. T. ... Der Senat folgt jedoch nicht der diagnostischen Einschätzung des Sachverständigen, bei der Begutachtung habe eine rezidivierende Depression, gegenwärtig in mittelgradiger Episode, vorgelegen. Diese Diagnose kann nach Nr. F33.1 der ICD-10, der Internationalen Klassifikation der Krankheiten () der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angenommen werden, wenn wiederholte Episoden mit mindestens vier der bei F32 genannten Symptome vorliegen. Dies ergibt sich nicht aus den ärztlichen Feststellungen, insbesondere nicht aus den eigenanamnestischen Angaben: Die Klägerin hat bei Dr. T. Müdigkeit bzw. Schlafstörungen, somatische Symptome (Schmerzen, Engegefühl) und Vergesslichkeit geklagt. Magenschmerzen und Schwindel hat sie nur phasenweise geschildert. Der Sachverständige selbst hat keine Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit oder der Konzentration festgestellt, ferner keine Kommunikationsbeeinträchtigungen; die Klägerin war freundlich zugewandt und zu allen Qualitäten orientiert. Von den für die Diagnose einer depressiven Erkrankung nötigen Symptomen lag lediglich eine Herabgestimmtheit vor, während die ebenfalls beschriebene klagende Affektlage nicht krankheitsbedingt sein muss. Abzustellen ist daher allenfalls auf eine ggfs. rezidivierende Depression mit einer zur Zeit der Begutachtung leichten Episode (F32.0 oder F33.0). Diese Einschätzung entspricht der Diagnose des behandelnden Hausarztes Hayes, der in seiner Zeugenaussage vom 01.02.2012 gegenüber dem SG eine leichte depressive Episode und Spannungskopfschmerzen angenommen hatte. Hinzuweisen ist auch darauf, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. L. in ihren Arztbriefen des Jahres 2011, die sie mit ihrer Zeugenaussage vom 21.02.2012 vorgelegt hat, durchgängig – nur – eine Erkrankung nach F34.1 codiert hat. Sie hat hierzu zwar eine "Depression" angegeben. Diese Diagnose trifft jedoch nicht zu. Bei einer Dysthymia handelt es sich nach der ICD-10 um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen.

Unabhängig von der konkreten diagnostischen Einstufung sind die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin, die aus ihrer psychischen Erkrankung folgen, nicht so schwer, dass ein GdB von 50 angenommen werden könnte. Die psychische und die soziale Leidensdimension sind schwach ausgeprägt. Es besteht – nur – die beschriebene Herabgestimmtheit. Der Tagesablauf der Klägerin ist zwar eingeschränkt, insbesondere steht sie erst mittags auf, aber grundsätzlich gestaltet sie ihr Leben selbst, indem sie z.B. den Haushalt führt, die Tochter mitversorgt und einkauft. Auch soziale Kontakte sind vorhanden, insbesondere zu der noch im Haushalt lebenden Tochter; ferner ist das Verhältnis zu den beiden weiteren Töchtern und den noch lebenden Eltern gut und es bestehen gelegentlich Kontakte zu dem in Trennung lebenden Ehemann. Diese Angaben hatte die Klägerin selbst bei der Begutachtung durch Dr. T. gemacht. Stärker ist eventuell die physische Dimension der psychischen Erkrankung ausgeprägt: die Klägerin klagt über Kopf- und Körperschmerzen, für die es – über die vorhandenen, aber geringfügigen orthopädischen Beeinträchtigungen hinaus – keinen somatischen Grund gibt und die daher die behandelnden Ärzte zu der Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung (F45.0 oder F45.4 ff.) bewogen haben.

Nur unter besonderer Berücksichtigung dieser Schmerzstörung kann der bislang angenommene GdB von 40 für die psychische Erkrankung gerechtfertigt werden.

f) Weitere Funktionsbeeinträchtigungen in anderen Systemen liegen nicht vor. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die Allgemeinmediziner Hayes im Januar 2011 als Verdachtsdiagnose geäußert hatte, hat sich nicht bestätigt. Kurze Zeit zuvor hatte Dr. S. eine kardiale Erkrankung ausgeschlossen.

g) Ausgehend von den genannten Einzel-GdB von höchstens 40 auf psychiatrischem Gebiet und höchstens 30 für das Funktionssystem Rumpf kann ein höherer Gesamt-GdB als 50 nicht gebildet werden. Hierbei berücksichtigt der Senat, dass beide GdB maßgeblich durch die Schmerzhaftigkeiten bedingt sind, während die Beweglichkeit der Wirbelsäule wenig eingeschränkt ist und die soziale und psychische Leidensdimensionen der psychiatrischen Erkrankung kaum ausgeprägt sind. Die Einbußen überlappen sich daher stark (vgl. Teil A Nr. 3 lit. d Doppelbuchstabe cc VG), sodass es bei dem Grundsatz aus Teil A Nr. 3 lit. c VG verbleibt und der höchste Einzel-GdB unter Einbeziehung des weiteren GdB um 10 Punkte zu erhöhen ist. Der weitere GdB von bis zu 10 für die unteren Gliedmaßen bleibt hierbei unberücksichtigt (Teil A Nr. 3 lit. d Doppelbuchstabe ee Satz 1 VG).

2. Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kosten des nach [§ 109 Abs. 1 SGG](#) erhobenen Gutachtens von Dr. R. konnten nicht auf die Staatskasse übernommen werden. Jenes Gutachten hat den Rechtsstreit nicht wesentlich gefördert. Dr. R. hat zwar die Beeinträchtigungen der Wirbelsäule und vor allem der unteren Gliedmaßen genauer beschrieben als es die behandelnden Ärzte getan hatten. Aber zu einer höheren GdB-Bewertung der daraus folgenden Funktionseinbußen hat das Gutachten nicht geführt. So hatte bereits zuvor der Versorgungsarzt der Beklagten, Dr. B., die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 bewertet.

3. Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-20