

L 8 SB 750/14

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

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 13 SB 3193/12

Datum
22.01.2014

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 750/14

Datum
26.06.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 22.01.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; mindestens 50 statt 40) seit dem 18.04.2011 zusteht.

Bei der am 22.01.1959 geborenen Klägerin, deutsche Staatsangehörige, stellte das Landratsamt R. (LRA) mit Bescheid vom 22.07.2008 (Blatt 21/22 der Beklagtenakte; zum Antrag vom 11.04.2008 vgl. Blatt 1/2 der Beklagtenakte; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. L. vom 09.07.2008 vgl. Blatt 19/20 der Beklagtenakte (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen) einen GdB von 20 seit 11.04.2008 fest (zum Widerspruchsbescheid vom 02.03.2009 vgl. Blatt 28/29 der Beklagtenakte). Auf den Änderungsantrag der Klägerin vom 30.04.2010 (Blatt 30/33 der Beklagtenakte) hin stellte das LRA dann mit Bescheid vom 05.07.2010 (Blatt 48/49 der Beklagtenakte; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 10.06.2010 vgl. Blatt 46/47 der Beklagtenakte (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen GdB 20; chronisches Schmerzsyndrom GdB 20)) den GdB seit 30.04.2010 mit 30 fest.

Am 18.04.2011 beantragte die Klägerin beim LRA erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 51/63 der Beklagtenakte). Zu diesem Antrag verwies sie auf Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Müdigkeit, teilweise Aggressionen verstärkt durch Schmerzleiden, mehrfach tägliche Schmerzmittelinnahme ("wahrscheinlich kommt Morphinpflaster"), Harninkontinenz, WS-Leiden, Ellenbogenleiden beidseits, neurologische Störungen, Funktionsstörungen beider Hände (zu den von der Klägerin vorgelegten ärztlichen Berichten und Unterlagen vgl. Blatt 55/62, 73/74 der Beklagtenakte).

Das LRA zog Unterlagen von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. bei (dazu vgl. Blatt 66/69 der Beklagtenakte) sowie vom Facharzt für Orthopädie Dr. L. (dazu vgl. Blatt 77/80 der Beklagtenakte).

In ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.10.2011 (Blatt 82/83 der Beklagtenakte) schlug Dr. S. vor, den GdB mit 40 festzustellen (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen (GdB 20); Chronisches Schmerzsyndrom, Depression (GdB 30); Harninkontinenz (GdB 10)).

Nachdem die Versorgungsärztin Dr. S. nach Vorlage weiterer Unterlagen (Blatt 85/88 der Beklagtenakte) an ihrer versorgungsärztlichen Einschätzung festhielt (Blatt 89/90 der Beklagtenakte), zog das LRA vom Facharzt für Orthopädie L. weitere Unterlagen bei (dazu vgl. Blatt 96/97 der Beklagtenakte).

Unter Berücksichtigung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 21.02.2012 (Blatt 99/100 der Beklagtenakte) stellte das LRA den GdB der Klägerin seit 18.04.2011 mit 40 fest (Bescheid vom 22.02.2012, Blatt 101/102 der Beklagtenakte).

Auf den Widerspruch vom 15.03.2012 (Blatt 103 der Beklagtenakte) hin legte die Klägerin weitere ärztliche Unterlagen vor (Blatt 106/111 der Beklagtenakte), darunter den vorläufigen Entlassbericht der Klinik für Neurologie vom 03.11.2011 (Dr. B.) aus dem sich Gangstörungen bei Lumboischialgie links bei BSP L4/L5 ergeben.

Die Versorgungsärztin Dr. H. hielt in ihrer Stellungnahme vom 14.06.2012 einen GdB von 40 für angemessen (Blatt 112/113 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen (GdB 20); Chronisches Schmerzsyndrom, Depression (GdB 30); Harninkontinenz (GdB 10)).

Die Klägerin legte weitere ärztliche Unterlagen (Blatt 114/115 der Beklagtenakte) vor und führte aus, der GdB sei mit mindestens 80 festzustellen. Sie nehme permanent Schmerzmittel ein und sei durch Schmerzen dauerhaft beeinträchtigt. Es bestünden starke Ausstrahlungen in die Gelenke und Extremitäten. Sie habe starke Beschwerden in den Fingergelenken und könne diese nur unter Schmerzen zu einer Faust schließen, Greifen sei fast nicht möglich. Die Situation überfordere sie, weshalb sie mittlerweile stark depressiv sei.

Unter Berücksichtigung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. vom 25.07.2012 (Blatt 119/120 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. – Landesversorgungsamt – den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 18.09.2012 (Blatt 122/124 der Beklagtenakte) zurück.

Am 02.10.2012 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Mannheim Klage erhoben und über eine Wiederholung der bereits im Widerspruchsverfahren vorgetragenen Umstände hinaus u.a. ausgeführt, sie habe starke Schmerzen, könne weder sitzen, liegen noch stehen ohne Schmerzen. Durch die Dauerbelastung als Altenpflegerin sei sie kaum noch in der Lage, ihre Tätigkeit gewissenhaft und zur Zufriedenheit des Arbeitgebers und der ihr anvertrauten Senioren zu bewältigen. Die Klägerin hat einen Bericht vom 05.04.2013 über die Kernspintomographie der LWS (Dr. S., Blatt 61 der SG-Akte) vorgelegt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 30/36, 38/42, 43/51, 55/58 und 65/98 der SG-Akte Bezug genommen. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. S. hat mit Schreiben vom 28.01.2013 mitgeteilt, er habe ein psychovegetatives Belastungssyndrom mit depressiver Komponente, am ehesten bedingt durch eine berufliche Überlastung diagnostiziert. Die allgemeine Lebensführung sei eingeschränkt gewesen. Die Einschätzung des GdB mit 50 sei gerechtfertigt durch das psychische und orthopädische Beschwerdebild. Dr. B., Chefarzt der Neurologischen Klinik M. hat dem SG am 06.02.2013 geschrieben, die Klägerin habe sich vom 30.10.2011 bis 03.11.2011 in stationärer neurologischer Behandlung befunden. Eine depressive Erkrankung habe bei Vorstellung hier nicht vorgelegen bzw. habe bei dem wenige Tage andauernden Aufenthalt und Entlassung der Patientin auf eigenen Wunsch nicht abschließend beurteilt werden können. Es könne von einem chronischen Schmerzsyndrom bei Zustand nach Bandscheibenvorfall in 2005 L 4/L 5 mit Operation und regelmäßiger Einnahme von NSAR ausgegangen werden. Dr. B. teilte auf seinem Fachgebiet hinsichtlich der Wirbelsäule die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten. Dr. K., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, hat dem SG mit Schreiben vom 21.02.2013 mitgeteilt, es bestehe ein mittel- bis schwergradiges depressives Syndrom, mit Chronifizierung, eine chronifizierte Somatisierungsstörung sowie ein chronisches Lumbalsyndrom. Für die psychiatrischen Diagnosen sei ein GdB von 50 anzunehmen. PD Dr. D., Chefarzt der Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie am T. und St. H.-Klinik, M., hat mit Schreiben vom 14.03.2013 gegenüber dem SG ausgeführt, die Klägerin habe am 11.03.2012 über bestehende lumboschialgieforme Beschwerden, ausstrahlend in das linke Bein, Dermatom L 5 entsprechend geklagt. Der GdB auf orthopädischem Fachgebiet sei mit 20 und für die Schmerzchronifizierung mit 30 anzunehmen. Der Facharzt für Orthopädie, Handchirurgie L. hat unter dem Datum des 21.05.2013 dem SG geschrieben, die Klägerin habe sich zuletzt am 04.10.2012 vorgestellt. Eine Behandlung im ZAR (Zentrum für ambulante Rehabilitation) habe die Klägerin abgebrochen.

Darüber hinaus hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N ... Dieser hat in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 14.11.2013 (Blatt 110/131 der SG-Akte) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Zustand nach NPP L4/L5 links sowie ein anhaltende somatoforme Schmerzstörung dargestellt. Die somatoforme Schmerzstörung in Kombination mit der Anpassungsstörung mit längerer depressiv-ängstlicher Reaktion sei mit einem Einzel-GdB von 30, das Lendenwirbelsäulensyndrom mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Den Gesamt-GdB nahm er mit 40 an.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.01.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 22.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.09.2012 sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten; sie habe keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mindestens 50. In den Verhältnissen, die dem Bescheid vom 05.07.2010 zugrunde gelegen hätten sei eine Änderung eingetreten als nun ein GdB von 40 festzustellen gewesen sei. Für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sei der Einzel-GdB mit 20 zu beurteilen. Im Wesentlichen lägen bei der Klägerin eine Lumboschialgie sowie funktionelle und muskuläre Defizite der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule vor. Das Gericht folge der Einschätzung von Dr. D., der für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule einen Teil-GdB von 20 vorgeschlagen habe. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die eine höhere Beurteilung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung zuließen, lägen nicht vor. Die Störungen der Psyche führten zu einer Bewertung mit einem Einzel-GdB von 30. Hier liege eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor.

Gegen den ihrer Bevollmächtigten am 28.01.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 10.02.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Ihr GdB betrage mindestens 50. Sie sei auch aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen seit Monaten krankgeschrieben. Der Hausarzt teile die Auffassung, dass ein GdB von 50 angemessen sei. Auch der Nervenarzt Dr. K. sei für die psychiatrischen Diagnosen von einem GdB von 50 ausgegangen. Alleine die Wirbelsäulenproblematik rechtfertige die Annahme eines GdB von 40. Nicht gefolgt werden könne der Argumentation, es läge keine eigenständige psychische Erkrankung vor. Diese sei zwar im Zusammenhang mit der Gesamtsituation zu sehen, müsse jedoch auch ihren Niederschlag in der Gesamtbewertung des GdB finden. Die Tatsache, dass eine depressive Erkrankung nicht erkannt worden sei, rechtfertige nicht, diese völlig unberücksichtigt zu lassen. Sie sei weiterhin trotz Schmerzmitteln durch permanente und starke Schmerzen dauerhaft beeinträchtigt, insbesondere auch psychisch. Sie könne weder Sitzen, Liegen noch Stehen ohne Schmerzen. Es bestünden u.a. Schmerzen in der HWS, in den Handgelenken, Fingergelenken, Kopf- und Beckenbereich, Rippen. Sie leide unter permanenter Müdigkeit, Trägheit verbunden mit einem unruhigen Schlaf, Angstzuständen, Ungeduld aber auch einer gewissen Aggressivität. Teilweise trete auch Inkontinenz auf. Es bestünden starke Ausstrahlungsschmerzen in die Gelenke und Extremitäten. Sie habe starke Beschwerden in den Fingergelenken und könne diese nur unter Schmerzen zu einer Faust schließen, Greifen sei fast nicht möglich. Ein Anheben pflegebedürftiger alter Menschen sei unter diesen Voraussetzungen so gut wie unmöglich.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 22.01.2014 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung des Bescheids des Landratsamts R. vom 22.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.09.2012 zu verurteilen, bei ihr einen GdB von mindestens 50 seit 18.04.2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Insbesondere das eingeholte neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. N. relativiere doch die geltend gemachte Schwere der Beeinträchtigungen.

Die Klägerin hat einen Bericht über eine Magnetresonanztomographie vom 20.08.2014 (Dr. P., Blatt 25 der Senatsakte) vorgelegt.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten am 27.11.2014 in einem nichtöffentlichen Termin erörtert; wegen des Inhalts und Ergebnisses wird auf die Niederschrift (Blatt 27/29 der Senatsakte) Bezug genommen.

Die Klägerin hat daraufhin mit Schreiben vom 19.12.2014 (Blatt 32/49 der Senatsakte) weitere ärztliche Unterlagen, darunter einen Bericht des Stoffwechszentrums R. vom 13.12.2013, einen Bericht des Arztes für Orthopädie Dr. P. vom 15.10.2013, einen Bericht von Dr. S. vom Schmerztherapiezentrum M. vom 04.07.2014 sowie einen Bericht des Facharztes für Urologie Dr. K. vom 22.04.2013, vorgelegt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der behandelnden Ärzte Dr. K. und Dr. K. als sachverständige Zeugen.

Der Facharzt für Urologie Dr. K. hat in seiner Auskunft vom 09.03.2015 (Blatt 55, 65/68 der Senatsakte) eine chronische Cystitis, eine Mikohämaturieabklärung und eine Dranginkontinenz mitgeteilt. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. hat in seiner Stellungnahme vom 10.03.2015 ausgeführt, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, derzeit anhaltend mittelgradig, eine chronifizierte Somatisierungsstörung sowie ein chronisches Lumbalsyndrom. Hiermit gingen einher deutliche Einschränkungen der psychophysischen Belastbarkeit, der Konzentrationsfähigkeit sowie des Umstellungs- und Anpassungsvermögens. Aufgrund der inzwischen eingetretenen Chronifizierung sowohl der Depression als auch der Somatisierungsstörung liege ein erheblicher Schweregrad der Erkrankung vor, mit dementsprechend erheblicher Beeinträchtigung der generellen Leistungsfähigkeit, der Tagesgestaltung sowie der Erlebnisfähigkeit. Ab Anfang 2014 sei es zu einer Verstärkung sowohl der depressiven Störung als des chronischen Lumbalsyndroms, mit wechselseitiger Verstärkung der jeweiligen Symptomatik gekommen.

Für den Beklagten hat Dr. W. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 19.05.2015 (Blatt 72/73 der Senatsakte) angegeben, die jetzt vorgelegten Unterlagen ergäben insgesamt keine ausreichenden Gesichtspunkte für ein Abweichen von der bisherigen Beurteilung, insbesondere ergebe sich aus dem Befundbericht vom 04.07.14 des Schmerztherapiezentrums Mannheim sowie auch der Auskunft vom 10.03.14 von Dr. K. auf psychischem Gebiet kein höherer Einzel-GdB als 30. Auf urologischem Gebiet lasse sich aus dem Befundbericht vom 22.04.13 von Dr. K. keine Höherbewertung ableiten. Aus bildgebenden Befunden ließen sich keine Rückschlüsse auf klinische Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule ziehen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 71, 74=76 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben dem zugestimmt und der Senat hält eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

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

Gegenüber dem der GdB-Feststellung zuletzt zugrundeliegenden Bescheid des LRA vom 05.07.2010, mit dem das LRA bei der Klägerin einen GdB von 30 festgestellt hatte, ist eine rechtserhebliche wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) insoweit eingetreten, als der GdB mit 40 festzustellen war. Dem haben das LRA und der Beklagte im angefochtenen Bescheid vom 22.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.09.2012 Rechnung getragen. Der Klägerin steht ein Anspruch auf weitergehende Feststellung eines höheren GdB nicht zu. Der angefochtene Bescheid des LRA vom 22.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 18.09.2012 ist daher rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 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 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 der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-

Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst im Allgemeinen nach Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) getrennt, später nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt GdB (dazu s. unten) 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.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die Funktions-behinderungen, die im Allgemeinen in den einzelnen Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) bewertet werden, in ihrer Gesamtschau keinen Gesamt-GdB von mehr als 40 rechtfertigen, weshalb ein Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB nicht besteht und die Berufung zurückzuweisen war.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, bestehen bei der Klägerin funktionelle Behinderungen in Folge der Wirbelsäulenerkrankung. Hier konnte der Senat insbesondere ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Zustand nach NPP L4/L5 links (Operation 2006) feststellen. Insoweit bestehen noch immer Schmerzen und Ausstrahlungen ins linke Bein hinein (vgl. z.B. Auskunft Dr. B.). Hierzu passt auch die Fußheberschwäche und die eingeschränkte Empfindlichkeit am Fußrücken (dazu vgl. Blatt 124 der SG-Akte = Seite 15 des Gutachtens Dr. N. sowie Blatt 127/128 der Senatsakte = Seite 18/19 des Gutachtens). Dazu passt auch die von Dr. B. im Bericht vom 03.11.2011 (Blatt 81/82 der SG-Akte) beschriebene ischialgieförmige Gangstörung bei Lumboischialgie links bei BSP L4/L5; diese war einer Therapie zugänglich und die Klägerin konnte nach wenigen Tagen das Krankenhaus wieder verlassen; Dr. N. konnte insoweit aber wieder unauffällige und flüssige, nicht sichtbar durch Schmerzerleben beeinträchtigte Bewegungsabläufe feststellen (Blatt 128 der SG-Akte = Seite 19 des Gutachtens). Außerdem bestehen weitere neurologische Auffälligkeiten der LWS-Erkrankung, als zumindest zeitweise und wiederkehrend z.B. Lasègue-Zeichen positiv waren (vgl. z.B. Bericht Dr. P. vom 15.10.2013, Blatt 38/39 der Senatsakte; Reha-Bericht ZAR, Blatt 97 der SG-Akte).

Dr. K. hat zuletzt gegenüber dem Senat eine wesentliche Verschlechterung der LWS-Syndrome seit März 2014 angegeben. Er selbst hat diese Erkrankung als Neurologe und Psychiater nicht behandelt und lediglich auf die orthopädische Behandlung verwiesen; er selbst konnte auch - was das neurologische Fachgebiet angeht - trotz in dieser Zeit verstärkten Besuche der Klägerin in seiner Praxis keine relevanten neurologischen Ausfälle oder Beeinträchtigungen, die auf eine verstärkte LWS-Problematik zurückzuführen wären, feststellen. Eine orthopädische Behandlung in dieser Zeit hat die Klägerin nicht mitgeteilt. Vielmehr ist aus den von ihr im Nachgang zum Erörterungstermin am 27.11.2014 vorgelegten "aktuellen" Arztberichten - der radiologische Bericht des Dr. P. vom 20.08.2014 zu einem akuten BWS-Syndrom, der keine Aussage zu einer verstärkten LWS-Symptomatik enthält. - der Bericht des Orthopäden Dr. P. vom 15.10.2013 und der radiologische Bericht Dr. S. vom 05.04.2013, die den Zustand vor der angeblichen Verschlechterung im März 2014 beschreiben und - der Auszug aus einem undatierten Gutachten von Dr. K. (Blatt 49/560 der Senatsakte), aus dem sich lediglich verstärkte degenerative Veränderungen der LWS/HWS ergeben, der aber angesichts des Prüfstempels vom 13.06.2013 ebenfalls der Zeit ab März 2014 zugeordnet werden kann, nichts zu entnehmen. Im Übrigen findet sich lediglich der Bericht des Schmerztherapeuten Dr. S. vom 04.07.2014, der zwar ein LWS-Syndrom angibt, jedoch auch mitteilt, aus einem Re-Prolaps könne er die Schmerzintensität und Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit nicht erklären; er hat die Problematik vielmehr dem psychiatrischen Fachgebiet zugeordnet. Mithin konnte der Senat die von Dr. K. angegebene Verschlechterung der LWS-Problematik nicht annehmen. So spricht auch gegen eine überdauernde wesentliche Verschlechterung der LWS-Symptomatik, dass die Klägerin im Oktober 2014 ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte und im Erörterungstermin am 27.11.2014 keine wesentlichen Beeinträchtigungen bzw. funktionellen Einschränkungen der LWS mitteilen konnte. Ebenso spricht gegen eine wesentliche Verschlimmerung der LWS-Symptomatik in dieser Zeit, dass der behandelnde Orthopäde die Klägerin nicht mehr arbeitsunfähig schrieb und sie deswegen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beim Psychiater und Neurologen Dr. K. suchte.

Soweit der Bericht von Dr. D. vom 15.03.2012 (Blatt 50/51 der SG-Akte) multisegmentale Bandscheibenprotrusionen darstellt, betreffen diese alleine die LWS (dazu vgl. auch seine Auskunft gegenüber dem SG, Blatt 55/58 der SG-Akte). Auch aus den von der Klägerin vorgelegten Berichten der Radiologen ergibt sich nichts anderes. Soweit Dr. L. in seiner Aussage gegenüber dem SG HWS-Beschwerden geschildert hatte, bezog sich das auf einen Zeitraum im Jahr 2009, mithin vor Erlass des maßgeblichen Bescheids vom 05.07.2010. Die von Dr. L. in seiner detaillierten und zeitlich gestaffelten Befunderhebung seit Juli 2010 dargestellten Beschwerden der Wirbelsäule beziehen sich ausschließlich auf die LWS. Soweit er in seinem Bericht vom 10.05.2011 (Blatt 77/78 der SG-Akte) "ansonsten Protrusiones bei BWK 4/5, HWK 7, BWK 1" angibt, handelt es sich allein um einen bildgebenden Befund, der zu keinen objektivierbaren funktionellen Auswirkungen i.S.d. B Nr. 18.9. VG führt. Dagegen ist aus dem Reha-Bericht des ZAR vom 09.10.2012 (Blatt 91/98 der SG-Akte), wo die Klägerin ab dem 08.10.2012 bis zum selbst eingeleiteten Abbruch der Maßnahme am 09.10.2012, behandelt wurde, eine leichte Einschränkung der HWS- und der BWS-Beweglichkeit angegeben (Blatt 96 der SG-Akte). Auch aus dem Bericht des Dr. S. vom 04.07.2014 ergeben sich keine Befunde, die eine wesentliche Verschlechterung der HWS-Problematik belegen. Im Ergebnis konnte der Senat daher lediglich mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, feststellen, die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten waren. Die diagnostizierte Osteoporose ist dabei mitberücksichtigt.

Über Schmerzen in den Funktionssystemen der Arme und der Beine hinausgehende Funktionsbehinderungen dort (zur Berücksichtigung der

Schmerzen s. unten) konnte der Senat nicht objektivieren. Zwar hatte der Rehabericht des ZAR eine Epicondylitis humero radialis rechts (Tennisarm) beschrieben, jedoch bestehen keine überdauernden (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) Funktionsbehinderungen. Dr. L. hat außerdem einen Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom, Sulcus-ulnaris-Syndrom, Fingergelenksdegeneration, polytope Gelenkbeschwerden mit Reizzuständen angegeben (Blatt 68 der SG-Akte). Soweit er hierbei lediglich Verdachts-diagnosen mitteilen konnte, wurden diese später nicht weiter bestätigt, weshalb sie nicht einer GdB-Bewertung zugrunde gelegt werden können. Im Übrigen konnten auch weder die polytopen Gelenkbeschwerden noch die damit beschriebenen Reizzustände objektiviert werden. Vielmehr hat der Senat insoweit eine Bewertung der Schmerzen im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms vorgenommen. Soweit in den Beinen neurologische Störungen wie eine Fußheberschwäche und Missempfindungen am Fußrücken (dazu vgl. Blatt 124 der SG-Akte = Seite 15 des Gutachtens Dr. N. sowie Blatt 127/128 der Senatsakte = Seite 18/19 des Gutachtens) bestehen, sind diese bereits als Ausstrahlungswirkungen der Funktionsbehinderungen an der Wirbelsäule bei der Bemessung des GdB dort berücksichtigt.

Im Funktionssystem der Harnorgane war als funktionelle Behinderung eine Harninkontinenz festzustellen. Diese war in Form einer Dranginkontinenz auch zuletzt vom Urologen Dr. K. noch bestätigt worden (Blatt 55 der Senatsakte). Dabei handelt es sich auch nach Angaben der Klägerin (vgl. Berufungsbegründung) um eine bloß zeitweise (die Klägerin spricht von "teilweise") auftretende Störung. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat lediglich eine relative Harninkontinenz mit einem leichten Harnabgang bei Belastung feststellen, deren Bewertung mit einem Teil-GdB von 10 nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig festgestellt ist. Die chronische Cystitis, eine chronische Blasenentzündung, bedingt, weil für die Klägerin insoweit ohne Funktionsbeeinträchtigung geblieben, keinen eigenständigen Teil-GdB. Eine Nierenerkrankung, insbesondere eine Nierenabflussstörung, konnte der Senat nicht feststellen. So hat Dr. K. in seinem Bericht vom 22.04.2013 (Blatt 46 der Senatsakte) eine solche ausdrücklich ausgeschlossen. Soweit die Klägerin daher im Erörterungstermin angegeben hatte, ihre Niere sei verplombt, entspricht dies nicht der objektivierten Befundlage. Im Funktionssystem der Harnorgane war daher ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen.

Eine Erkrankung des Stoffwechsels konnte der Senat nicht feststellen. Weder ergeben sich hierzu aus den Berichten und Angaben der behandelnden Ärzte Anhaltspunkte, noch aus dem Bericht des Stoffwechsellabors R., wo die Klägerin im Hinblick auf eine Osteoporose untersucht worden war. Ein Einzel-GdB war daher im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion nicht anzunehmen. Auch soweit sich aus dem Bericht von Prof. Dr. R. (T. und St- H.-Klinik, M., Innere Medizin I, Blatt 65/66 der Senatsakte), vom 27.03.2015 ein Diabetes mellitus Typ 2 ergibt, ist diese Diagnose vereinzelt geblieben; keiner der anderen Ärzte konnte diese Erkrankung bestätigen. Selbst das Vorliegen der Erkrankung unterstellt ergäbe sich kein GdB (dazu vgl. B Nr. 15.1 VG), da die Erkrankung nicht behandlungs- bzw. medikamentenpflichtig ist, wie sich aus dem Bericht von Prof. Dr. R. ergibt, und daher die Klägerin in ihrer Lebensführung nicht beeinträchtigt.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) liegt bei der Klägerin in Folge einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine GdB-relevante Funktionsbehinderung vor. Darauf, dass beide Funktionsbehinderungen mit einem eigenständigen Einzel-GdB zu bewerten sind, wie es die Berufungsbegründung annimmt, besteht kein Anspruch. Denn nach A Nr. 2 Buchst. e) VG soll der GdB im Allgemeinen in den Funktionssystemen zusammenfassend beurteilt werden. Insoweit betreffen aber sowohl die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion als auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung dasselbe Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung konnte auch nicht dem Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule) oder einem anderen Funktionssystem zugeordnet werden. Denn vorliegend betreffen die von der Klägerin angegebenen Beschwerden in Form von Schmerzen, die nicht organisch zu erklären sind (vgl. Gutachten Dr. N., Blatt 128 der Senatsakte = Seite 19 des Gutachtens), kein einzelnes organbezogenes Funktionssystem und sind daher im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu bewerten. Der sozialgerichtliche Gutachter Dr. N. hat die Klägerin als eine Person erlebt, bei der die Schwingungsfähigkeit bei dysthymen Grundstimmung erhalten, der Antrieb unauffällig und die Psychomotorik nicht beeinträchtigt ist. Das inhaltliche Denken war auf krankheitsspezifische Themen und die Sorgen um den inhaftierten Sohn eingeeengt, außerdem klagte sie über Ein- und Durchschlafstörungen und Unruhezustände sowie Ängste. Dennoch war die Klägerin allseits voll orientiert und ohne Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Blatt 121 = Seite 12 des Gutachtens Dr. N.). Das formale Denken war geordnet, inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen lagen nicht vor. Antrieb und Psychomotorik waren unauffällig. Vergleichbar hat auch Dr. K. die Klägerin beschrieben (vgl. die von ihm vorgelegten Berichte Blatt 46 ff der SG-Akte). Die Klägerin übt eine berufliche Tätigkeit, mit der sie den Lebensunterhalt ihrer Familie erwirtschaftet, aus und hat einen geordneten Tagesablauf (dazu vgl. Blatt 118 der Senatsakte = Seite 9 des Gutachtens Dr. N.). Auch wenn die Klägerin gegenüber dem Gutachter angegeben hat, wenig Kontakt zu Freunden und sich sozial zurückgezogen zu haben, so zeigt ihre Tätigkeit im Altenheim, die Erledigung von Einkäufen, der Umgang mit den Enkeln (vgl. dazu ihre Angaben im Erörterungstermin) und das Zusammenleben mit der Familie, für die sie sorgt, dass sie noch soziale Kontakte aufrecht erhält und die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht ausgeschlossen ist. Die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung sowie der psychischen Symptomatik müssen - worauf Dr. N. zutreffend hinweist - in ihrer Gesamtheit betrachtet werden. Sie haben nach den Feststellungen des Senats eine wesentliche Auswirkung auf die Gestaltungsfähigkeit des Alltages, die psychische Erlebnisfähigkeit oder die Partizipationsfähigkeit zur Folge. Insoweit handelt es sich mit Dr. Kull (vgl. Blatt 44 der SG-Akte) - anders als von Dr. N. angenommen - um eine stärker behindernde Störung. Eine schwere Störung liegt nicht vor. Diese stärker behindernde Störung war nach Überzeugung des Senats mit einem Einzel-GdB von 30 ausreichend bewertet ist. Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass die bei der Klägerin vorliegende Funktionsbehinderung am oberen Rand des für stärker behindernde Störungen vorgesehene GdB-Rahmens zu bewerten war. Denn insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin trotz ihrer Beschwerden ihren Lebens- und Erwerbsalltag organisieren - mithin gestalten - und durchführen kann, und sie auch eine angeratene psychiatrische Therapie lediglich sporadisch durchgeführt hat.

Soweit Dr. K. zuletzt gegenüber dem Senat seit März eine in Folge einer Verschlimmerung der LWS-Syndrome aufgetretene Verschlechterung des psychischen Zustandes der Klägerin dargestellt hatte, konnte der Senat ihm nicht folgen. Denn der Senat konnte weder eine Verschlechterung der LWS-Syndrome feststellen (dazu s. oben), noch eine Veränderung des psychischen Zustandes. So hat Dr. K. im Jahr 2013 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradig (Blatt 42 der Senatsakte), bzw. eines mittel- bis schwergradigen depressiven Syndroms, Chronifizierung (vgl. seine Auskunft vom 21.02.2013, Blatt 43 ff der SG-Akte), angegeben. Für die Zeit ab März 2014 hat er eine rezidivierende depressive Störung, derzeit anhaltend mittelgradig (Blatt 58 der Senatsakte) angegeben, bei der Chronifizierung eingetreten sei. Da er jedoch schon im Jahr 2013 eine Chronifizierung angegeben hatte und die von ihm mitgeteilten Befunde vor und nach März 2014 im Wesentlichen dieselben waren, konnte der Senat keine wesentliche Veränderung der psychischen Situation bei der Klägerin seit März 2014 annehmen.

Insgesamt ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die somatoforme Schmerzstörung in Kombination mit der Anpassungsstörung mit längerer depressiv-ängstlicher Reaktion daher am unteren Rand des für stärker behindernde Störungen angesetzten GdB-Rahmens zu bewerten war. Der Senat konnte daher Dr. K. Einschätzung nicht beitreten, zumal er für die Annahme eines GdB von 50 für die psychiatrischen Störungen keinerlei aussagekräftige Befunde mitgeteilt hat.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben zusammen mit den sachverständigen Zeugenauskünften und dem Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Eine dauerhafte Verschlimmerung, wie sie Dr. K. beschrieben hat, konnte der Senat angesichts, der sonstigen diesen Zeitraum betreffenden Befunde nicht als belegt anzusehen und daher auch nicht veranlasst, weitere Beweise zu erheben.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB mit 40, gebildet aus Einzel-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes (LWS), - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche sowie - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Harnorgane, wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - zu bemessen. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass ausgehend vom Einzel-GdB von 30 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche sich Überschneidungen mit den im Funktionssystem des Rumpfes bestehenden Behinderungen ergeben. Insbesondere besteht hier eine Schmerzhaftigkeit der funktionellen Auswirkungen an der Behinderungen an der Wirbelsäule, die nicht mehrfach berücksichtigt werden können. Insoweit ist der Senat auch im Hinblick auf die in den VG benannten, mit einem GdB von 50 bewerteten Behinderungen (zum Erfordernis eines Vergleichs vgl. BSG 20.04.2015 - [B 9 SB 98/14 B](#) - n.v.) zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin einem Schwerbehinderten noch nicht vergleichbar funktionell behindert ist. Damit war der GdB mit 40 festzustellen. Der abweichenden, nicht auf belastbaren Befunden beruhenden Einschätzung einzelner behandelnder Ärzte konnte sich der Senat daher nicht anschließen.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine höhere Feststellung des GdB.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-15