L 8 SB 4668/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 17 SB 3167/12
Datum
08.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4668/13
Datum
26.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 08.10.2013 abgeändert und der Beklagte unter Abänderung des Bescheids des Landratsamts K. vom 24.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.07.2012 verurteilt, bei der Klägerin seit 02.01.2014 den GdB mit 50 festzustellen. Im Übrigen wird die Berufung 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 07.12.2011 zusteht.

Bei der am 16.06.1950 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt K. (LRA) mit Bescheid vom 05.06.2007 (Blatt 24/25 der Beklagtenakte; zum Antrag vgl. Blatt 1/2 der Beklagtenakte; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme Dr. C. vom 04.06.2007 (zugrundeliegende Funktionsbehinderung: Hüftgelenksendoprothese beidseits: Einzel-GdB 40) vgl. Blatt 22/23 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten, Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt – vom 07.12.2007 (Blatt 37/38 der Beklagtenakte), einen GdB von 40 seit 10.05.2007 fest (zum nachfolgenden Klageverfahren beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe vgl. die Akten des Verfahrens S 7 SB 6162/07, in dem die Klage zurückgenommen wurde, vgl. Blatt 93 der SG-Akte).

Unter Vorlage von ärztlichen Unterlagen beantragte die Klägerin beim LRA am 07.12.2011 die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 44/50 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag gab sie u.a. Hüftschmerzen nach einem schweren Sturz vor 2 Jahren, starke Schmerzen in der linken Hüfte, öfter ein seitliches Wegknicken, was manchmal einen Sturz zur Folge habe, an. Außerdem verwies sie auf Rückenschmerzen, Nackenschmerzen in Verbindung mit Kopfschmerzen, Finger- und Gelenkschmerzen und ständig entzündete und schmerzhafte Daumensättel.

Das LRA zog vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. H. Unterlagen und eine Auskunft bei (dazu vgl. Blatt 54/65 der Beklagtenakte) und lehnte, gestützt auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. C. vom 23.01.2012 (Blatt 66/67 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Hüftgelenksendoprothese beidseitig, Trochantertendopathie links mit Schmerzbeschwerden (Einzel-GdB 30); Fingerpolyarthrose, Handgelenksarthrose (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10)), den (Neu-)Feststellungsantrag der Klägerin ab (Bescheid vom 24.01.2012 (Blatt 68/69 der Beklagtenakte). Den unbegründet gebliebenen Widerspruch der Klägerin vom 06.02.2012 (Blatt 70 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. – Landesversorgungsamt – zurück (Widerspruchs-bescheid vom 26.07.2012, Blatt 79/80 der Beklagtenakte).

Am 30.08.2012 hat die Klägerin beim SG Klage erhoben. Tatsächlich habe sich die Funktionsbehinderung in der linken Hüfte verschlechtert. Sie habe 2009 einen Sturz auf die linke Hüfte erlitten, seither hätten sich die Beschwerden verschlimmert. Es habe sich alles verschoben, so Dr. A ... Es lägen auch eine Zystenniere und eine Leberzyste vor. Bedingt durch die Hüftprobleme hätten sich Rückenschmerzen, die bis in den Nacken zögen, eingestellt. Hinzu kämen erheblich psychische Beschwerden wegen Streitigkeiten mit den Geschwistern. Die Klägerin hat einen Reha-Entlassbericht vorgelegt (vgl. Blatt 20/27 der SG-Akte).

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 46/50, 51/53, 58/68 = 72/82 der SG-Akte Bezug genommen. Zusätzlich hat das SG den Reha-Entlassbericht der Klinik S., B. W., vom 10.04.2012 (dazu vgl. Blatt 35/45 der SG-Akte) beigezogen. Dr. H., Facharzt für Innere

Medizin, hat in seiner schriftlichen Aussage vom 26.01.2013 eher eine deutliche Verschlechterung sowie ein chronisches Schmerzsyndrom bei Bewegungs¬störungen und einen GdB von 60 gesehen. Der Arzt für Orthopädie Dr. J. hat dem SG am 07.02.2013 geschrieben, die Klägerin habe sich seit Dezember 2011 am 16.07.2012 vorgestellt. Die letzte Untersuchung und Behandlung sei am 27.11.2012 erfolgt. Er bewerte die Wirbelsäulenschäden mit 20, die Totalendoprothese beider Hüftgelenke mit leichten Bewegungseinschränkungen und verminderter Belastbarkeit beidseitig mit 40, die Polyarthrose beider Hände, Rhizarthrose beidseits, Handgelenksarthrose links mit Bewegungseinschränkung beidseits mit 10 und die Funktionseinschränkung und Belastungs-schmerzen beider Füße bei Fehlstellung und Gelenksveränderungen mit 10. Die Allgemeinmedizinerin Dr. K.-N. hat in ihrer Auskunft vom 29.03.2013 angegeben, der vom Beklagten zugeteilte GdB berücksichtige die Schwere der Einschränkungen nicht ausreichend. So gingen die Wirbelsäulenbeschwerden in ihren chronischen Veränderungen über eine reine Funktionsbehinderung hinaus. Durch die chronischen Schmerzzustände und die familiäre Konfliktsituation zeigten sich Schlafstörungen, Kopfschmerzen, gastrointestinale Störungen und Depression. Länger bestehende Beschwerden seien nicht mit erfasst.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. B. vom 27.06.2013 entgegen (Blatt 89-91 SG-Akte).

Mit Urteil vom 08.10.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Bescheid des LRA vom 24.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 26.07.2012 sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Es ergebe sich kein höherer GdB als 40. Die beidseitige Hüftgelenksendoprothese mit Trochantertendopathie links und Schmerzbeschwerden sei mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Hüfte habe Dr. J. nicht bestätigen können, so dass seine Einschätzung des Einzel-GdB mit 40 auf die veraltete Bewertung der VersMedV zurückzuführen sei, wonach bis Oktober 2011 allein für die beidseitige Hüft-Endoprothese ein GdB von 40 in Betracht gekommen war. Vorliegend sei die beidseitige Endoprothese jedoch nur noch mit einem GdB von 20 zu bewerten, der sich jedoch aufgrund der leichten Bewegungseinschränkung und des Trochanterdruckschmerzes auf einen Einzel-GdB von 30 erhöhe. Die Fingerpolyarthrose, Großzehengrundgelenksarthrose und die Handgelenksarthrose links begründe einen Einzel-GdB von 10. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule könne nicht mit einem höheren Einzel-GdB als 20 bewertet werden. Unter Berücksichtigung der Befunde aus dem Reha-Entlassbericht erscheine bereits eine Bewertung mit einem GdB von 20 als großzügig. Auch die durchschnittlich einmal im Monat auftretenden Spannungs¬kopfschmerzen begründeten höchstens einen Einzel-GdB von 10. Bezüglich der psychischen Beschwerden könne ebenfalls maximal ein GdB von 10 angenommen werden. Soweit der Internist Dr. H. die orthopädischen Leiden fachfremd mit einem Gesamt-GdB von 60 als angemessen ansehe, könne dieser Bewertung mangels Schlüssigkeit nicht gefolgt werden. Ebenso verhalte es sich mit der Einschätzung der Allgemeinmedizinerin Dr. K.-N., die ihre Diagnosen nicht mit Befunden nachvollziehbar mache.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten zugestellte Urteil hat die Klägerin am 28.10.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Das SG habe sich völlig über den von der Klägerin eingeholten Arztbericht der Dr. K.-N. hinweggesetzt, ebenso über die Zeugenaussage des Orthopäden Dr. J ... Obgleich dieser bezüglich der Totalendo-Prothese beider Hüftgelenke zu einem GdB von 40 komme, sei lediglich ein GdB von 30 durch das Gericht zu Grunde gelegt worden. Die Bewertung des Dr. H., der von einem Gesamt-GdB von sogar 60 ausgehe sei ebenso wenig durch das SG berücksichtigt wie der Arztbericht der Dr. K.-N., wobei das SG auch dem entsprechenden Beweisantrag gemäß Schriftsatz vom 31.07.2013, ein weiteres Gutachten bei Dr. S.-M. einzuholen, nicht nachgekommen sei. Insoweit würden die erheblichen psychischen Probleme völlig unter den Tisch gekehrt.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Aus der Berufungsbegründung ergäben sich keine neuen Argumente.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. S. sowie eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. W ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 23/53, 58/61 (ergänzende Stellungnahme Dr. S.) sowie Blatt 62/94 der Senatsakte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 14.04.2014 bei der Klägerin intermittierende depressive Verstimmungen bei Problemen in der Ursprungsfamilie mit den Geschwistern sowie eine arterielle Hypertonie (medikamentös therapiert, keine Folgekrankheiten) und ein Schilddrüsenleiden (medikamentös therapiert) beschrieben und ausgeführt, auf neurologisch-psychiatrischem und internistischem Fachgebiet lägen keine Funktionsbeeinträchtigungen vor, die einen GdB von mindestens 10 bedingen würden. Nachdem die Klägerin ihm noch ärztliche Unterlagen übersandt hatte, hat Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30.04.2014 an seiner Bewertung festgehalten. Der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W. hat in seinem Gutachten vom 14.05.2014 Hüft-Totalendoprothesen beidseits mit Glutealinsuffizienz links, ein degeneratives Cervical-syndrom, ein degeneratives Lumbalsyndrom, Rhizarthrosen und beginnende Bouchardarthrosen beider Hände sowie eine beginnende Großzehengrundgelenksarthrose rechts festgestellt. Bei den Hüfttotalendoprothesen bestehe ein muskuläres Defizit der hüftübergreifenden Muskulatur links und eine eingeschränkte Stabilisierungsfähigkeit des linken Beines. Im Bereich der rechten Hüfte ergeben sich eine regelrechte Situation hinsichtlich der Beweglichkeit und muskulärer Stabilität. Er hat die Hüftgelenksendoprothesen bds. mit eingeschränkter Funktion links mit einem GdB von 40, den degenerativer Wirbelsäulenschaden mit Bewegungseinschränkung und mittel-gradigen funktionellen Auswirkungen in 2 Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdB von 20-30, die leichten Funktionseinschränkungen durch Fingerarthrosen bds. mit einem GdB von 10 sowie die beginnende Großzehengrundgelenksarthrose ohne wesentliches funktionelles Defizit mit einem GdB von 0 bewertet.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 07.10.2014 vorgeschlagen, den Rechtsstreit durch Vergleich über die Feststellung eines GdB von 50 seit 02.01.2014 zu beenden (Blatt 98/100 der Senatsakte).

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichtes Karlsruhe vom 08.10.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids des Landratsamtes Karlsruhe vom 24.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 26.07.2012 zu verurteilen, bei ihr seit 07.12.2011 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, soweit das Berufungsbegehren über das Vergleichsangebot vom 15.10.2014 hinausgeht.

Nachdem sich die Klägerin nicht weiter geäußert hatte, war ein Termin zur Erörterung des Sach- und Rechtslage anberaumt worden, wozu

die Klägerin mitgeteilt hat (Blatt 103/104 der Senatsakte), sie befinde sich in L. und betreue das einjährige Enkelkind, dessen Mutter krank sei. Mit Schreiben vom 27.02.2015 (Blatt 107/111 der Senatsakte) hat die Klägerin vorgeschlagen, den GdB von 50 bereits ab 01.07.2013 festzustellen und eine Stellungnahme von Dr. J. vorgelegt. Dieser hat in seiner Stellungnahme vom 12.02.2015 (Blatt 109/111 der Senatsakte) u.a. ausgeführt, nach Durchsicht der im Krankenblatt dokumentierten Befunde müsse festgestellt werden, dass der zuletzt erhobene klinische Befund vom 05.02.2013 datiere, die Patientin sich aber erstmals wieder hier am 27.01.2014, d.h. nach dem für die Verschlimmerung auslösenden Sturz vom 02.01.2014 vorgestellt habe, so dass die entsprechenden Befunde fehlten. Die Klägerin habe am 27.01.2014 von mehreren Stürzen in der Vergangenheit berichtet, die offensichtlich jedoch inapparenter abgelaufen seien. Im Befund vom 27.01.2014 sei eine Glutealinsuffizienz durch ein positives Trendelenburg-Phänomen dokumentiert. Bei der positiven Anamnese müsse man davon ausgehen, dass offensichtlich nach dem 05.02.2013 von einer zunehmenden Insuffizienz der hüftstabilisierenden Muskulatur ausgegangen werden müsse, die somit Ursache und nicht Folge der häufigeren Stürze gewesen sei. Es sei dem Gutachter zuzustimmen, der einen eindeutigen Zeitpunkt der Verschlimmerung zeitlich nicht festlegen könne, dieses sei auch ihm aus den genannten Gründen nicht möglich. Man müsse jedoch konstatieren, dass die zunehmende Glutealinsuffizienz häufigere Stürze nach sich gezogen habe, also in zunehmendem Maße bereits vor dem Ereignis vom 02.01.2014 bestanden habe.

Der Beklagte hat eine Änderung des Vergleichsangebots unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.05.2015 von Dr. W. (Blatt 119 der Senatsakte) abgelehnt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (vgl. Blatt 114, 115 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 und teilweise begründet.

Gegenüber dem der GdB-Feststellung zuletzt zugrundeliegenden Bescheid des LRA vom 05.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.12.2007, mit dem das LRA bei der Klägerin einen GdB von 40 festgestellt hatte, ist eine rechtserhebliche wesentliche Änderung i.S.d. § 48 Abs. 1 SGB X eingetreten. Der Klägerin steht seit 02.01.2014 ein Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 zu. Der angefochtene Bescheid des LRA vom 24.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 26.07.2012 ist daher insoweit rechtswidrig und verletzt die Klägerin 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 1./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 bei der Klägerin seit 02.01.2014 einen Gesamt-GdB von 50 rechtfertigen, weshalb sie Anspruch auf Feststellung eines entsprechenden GdB hat, die Berufung jedoch im Übrigen zurückzuweisen war.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, besteht bei der Klägerin ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom die Halswirbelsäule und die Lendenwirbelsäule und damit zwei Wirbelsäulenabschnitte betreffend. Von Seiten der Halswirbelsäule bestehen an funktioneller Auswirkungen eine das altersentsprechende Maß übersteigende konzentrische Bewegungseinschränkung sowie chronische Verspannungsproblematik der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur aufgrund fortgeschrittener degenerativer Veränderungen der Bandscheiben und Wirbelgelenke der mittleren und unteren Halswirbelsäule. Hierdurch lassen sich auch die immer wieder auftretenden Kopfschmerzen im Sinne von Spannungskopfschmerzen erklären. Der Röntgenbefund zeigt im Vergleich zu Voruntersuchungen keine wesentliche Progredienz, so dass das funktionelle Defizit wohl bereits seit Jahren ohne wesentliche Verschlechterung besteht. Von Seiten der Lendenwirbelsäule lassen sich zum einen eine Einschränkung der Beweglichkeit sowie eine auch hier bestehende Einschränkung der muskulären Stabilisierungsfähigkeit erkennen. Neurologische Defizite durch Wurzelirritationen im Bereich der unteren Extremitäten sind nicht vorhanden. Diese Befunde haben sich offensichtlich im Laufe der letzten Jahre verschlechtert. Sowohl der Vergleich der klinischen Befunde mit Vorgutachten bzw. ambulanten Vorbefunden als auch der Vergleich der Röntgendiagnostik zeigt eine Zunahme der Funktionsbehinderung und der bildgebend darstellbaren degenerativen Veränderungen von Bandscheiben und Intervertebralgelenken der unteren Lendenwirbelsäule. Diesen Ausführungen des Gutachters Dr. W. schließt sich der Senat an (vgl. Blatt 81 der Senatsakte = Seite 20 des Gutachtens). Auch im Hinblick auf die Ausführungen von Dr. J. gegenüber dem SG (Blatt 52 der SG-Akte) konnte sich der Senat davon überzeugen, dass die funktionellen Behinderungen der Klägerin an der Wirbelsäule gemäß B Nr. 18.9 VG mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sind, wobei der Wert von 20 voll ausgeprägt ist. Mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die nach den VG und der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 -, juris) einen GdB von 30 rechtfertigen, liegen bei der Klägerin jedoch nicht vor.

Im Funktionssystem der Arme, wozu auch die Hände zählen, hat Dr. W. Rhizarthrosen und Bouchardarthrosen beider Hände, die jedoch nur leicht ausgeprägt sind, dargestellt und mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Zwar lässt sich bezüglich der arthrotischen Veränderungen der Daumensattelgelenke sowie der Mittelgelenke der Langfinger an beiden Händen röntgenologisch eine Progredienz erkennen, doch konnte Dr. W. bei der Begutachtung keine Bewegungseinschränkungen und keine Entzündungszeichen und somit allenfalls geringe funktionelle Defizite bezüglich Kraft und Feinmotorik die Hände betreffend darstellen. Ein Einzel-GdB war daher im Hinblick auf die verbindlichen Vorgaben von B Nr. 18.13 VG nicht anzusetzen.

Im Funktionssystem der Beine waren sowohl die Hüfterkrankungen als auch die Erkrankungen der Füße zu berücksichtigen. Die Senk-Spreizfüße mit beginnendem Hallux rigidus links waren vom Senat als "Andere Fußdeformitäten" i.S.v. B Nr. 18.14 VG zu bewerten und weil diese ohne wesentliche statische Auswirkungen geblieben sind, nicht mit einem Teil-GdB (GdB 0) zu bewerten. Gleiches gilt für die von Dr. W. angenommene beginnende Großzehengrundgelenks-arthrose rechts.

Die Hüftgelenksbehinderungen der Klägerin waren vorliegend mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten. Nach B Nr. 18.12 VG (in der seit 23.12.2010 geltenden Fassung der Dritten Änderungsverordnung vom 17.12.2010) sind Endoprothesen im Bereich der Hüftgelenke bei einseitiger Endoprothese mindestens mit 10, bei beidseitiger Endoprothese mindestens mit 20 zu bewerten. Dabei gehen die Vorgaben der VG von einem bestmöglichen Versorgungs- und Behandlungsergebnis aus. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung, Nervenschädigung, deutliche Muskelminderung oder eine ausgeprägte Narbenbildung. Bei der Klägerin kam es nach anfänglich deutlicher Befundbesserung nach einem erstmaligen Sturz 2009 auf die linke Körperseite zu Schmerzen der Hüfte, die sich nie vollständig zurückgebildet hatten. Die Beschwerden werden von der Klägerin in wechselnder Stärke beschrieben. Ein erneuter schwerer Sturz Anfang des Jahres 2014 hat die Problematik weiter verschlechtert. Durch linksseitiges Wegknicken kommt die Klägerin häufiger ins Straucheln und sei auch bereits mehrmals, allerdings mit weniger ausgeprägten Folgen hingefallen, so die Ausführungen des Gutachters Dr. W ... Die klinische Situation bei der Begutachtung durch Dr. W. hat ein deutlich erkennbares linksseitiges Hinken, ausgelöst durch eine muskuläre Insuffizienz der beckenstabilisierenden Muskulatur, die als Folge der Hüftoperation oder auch infolge der auftretenden Stürze erklärt werden kann, gezeigt. Die beschriebene Unsicherheit mit häufigem Wegknicken lässt sich durch die muskulär nur eingeschränkt mögliche Stabilisierungsfähigkeit erklären. Dagegen zeigt sich die Prothesenlage seit der Implantation unverändert, Lockerungszeichen oder anderweitige pathologische Veränderungen sind nicht erkennbar. Bezüglich der rechten Hüfte ergibt sich eine regelrechte Situation. Eine wesentliche Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke liegt nicht vor. Links zeigt sich jedoch eine mittlerweile deutlich eingeschränkte Funktion aufgrund der Defizite im Weichteilmantel (dazu vgl. Blatt 80 der Senatsakte = Seite 19 des Gutachtens Dr. W.). Der Gutachter Dr. W. hat, wie auch der Versorgungsarzt Dr. G., die funktionellen Auswirkungen insgesamt mit einem Teil-GdB von 40 bewertet. Dem kann sich der Senat nach eigener Prüfung und im Hinblick auf die auch von der Klägerin von Dr. J. und Dr. J. vorgelegten Unterlagen anschließen. Da weitere Teil-GdB im Funktionssystem der Beine nicht bestehen, war der Einzel-GdB mit dem Teil-GdB auf 40 anzusetzen.

Der Senat konnte einen Einzel-GdB von 40 für das Funktionssystem der Beine jedoch erst seit 02.01.2014 annehmen. An diesem Tag war es zu einem erheblichen Sturz gekommen. Dieser ist, wie auch der Gutachter Dr. W. angenommen hatte, auf die vorliegenden muskulären Defizite zurückzuführen. Nachdem im Rehabericht 2012 und auch bei der Untersuchung durch Dr. J. im Jahr 2012 keine muskulären Defizite erkennbar waren, müssen die funktionellen Beeinträchtigungen erst später aufgetreten sein. Jedoch lässt sich, wie sowohl der Gutachter Dr. W. als auch der behandelnde Orthopäde Dr. J. in seiner von der Klägerin vorgelegten Auskunft vom 12.02.2015 angegeben haben, kein konkretes Datum einer – wohl schleichenden - Verschlechterung objektivieren. In einer solchen Situation konnte der Senat zugunsten der Klägerin lediglich annehmen, dass – wie ausgeführt – der Sturz am 02.01.2014 Zeichen der funktionellen Beeinträchtigungen ist und mithin diese Funktionsbehinderung objektiviert. Da - wie auch Dr. J. angibt - keinerlei frühere objektivierte Befunde vorhanden sind, konnte der Senat vor dem 02.01.2014 den Einzel-GdB für das Funktionssystem der Beine nicht auf 40 annehmen. Dass bereits früher für das Funktionssystem der Beine ein Einzel-GdB von 40 angenommen worden war, ändert nichts. Denn ausgehend von der im Jahr 2010 erfolgten und vom Senat anzuwendenden Änderung der Bestimmungen von B Nr. 18.12 VG musste der Senat die nunmehr geltenden Bestimmungen anwenden.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) liegt derzeit eine GdB-relevante

Funktionsbehinderung nicht vor. Zwar konnte Dr. S. eine intermittierende depressive Verstimmung bei Problemen in der Ursprungsfamilie mit den Geschwistern darstellen. Jedoch ergibt sich hieraus weder eine leichtere psychovegetative oder psychische Störung noch eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Denn der Gutachter konnte bei der Klägerin weder einen sozialen Rückzug - was auch durch die Betreuung des Enkelkindes in Leipzig verdeutlicht wird - noch eine sonstige wesentliche psychische Beeinträchtigung darstellen. So sind Tagesablauf, Hobbies, Sozialverhalten intakt und die Klägerin ohne signifikante Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung. Die Klägerin war bei der Begutachtung durch Dr. S. geistig sehr gut flexibel, kognitive oder mnestische Defizite lagen nicht vor. Die affektive Resonanzfähigkeit war nicht eingeschränkt. Die Klägerin konnte durchaus spontan und authentisch lächeln und kurzzeitig lachen. Themenbezogen (Konflikte mit den Geschwistern) war sie dann auch weinerlich. Eine tiefgehende oder vitale depressive Stimmungslage lag nicht vor. Für eine Persönlichkeitsstörung oder für eine sozialmedizinisch relevante Suchterkrankung ergab sich kein Anhalt. Auf psychiatrischem Gebiet konnte der Senat keine Teilhabebeeinträchtigung feststellen, die das für einen Einzel-GdB von 10 erforderliche Ausmaß erreicht. Bestehende themenbezogene bzw. situationsbezogene depressive Verstimmungen haben nach Dr. S. keinen Krankheitswert.

Die bei der Klägerin bestehende arterielle Hypertonie ist medikamentös therapiert, es bestehen keine Folgekrankheiten. Das ergibt sich für den Senat sowohl aus dem Gutachten Dr. S. als auch den vorliegenden Unterlagen der behandelnden Ärzte Dr. H. und Dr. K.-N ... Auch wenn es im Jahr 2014 einmalig zu einer hypertensiven Entgleisung gekommen war, handelt es sich um eine Hypertonie (Bluthochdruck) in leichter Form, die vorliegend mit einem GdB von 0, mithin nicht mit einem Einzel-GdB zu bewerten war.

Gleiches gilt für das bestehende Schilddrüsenleiden, das medikamentös therapiert ist (dazu vgl. B Nr. 15.6 VG); Organkomplikationen sind nicht aufgetreten. Daher war ein Einzel-GdB hier nicht anzunehmen.

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 den 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 Über-schneidungen und Wechselwirkungen.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB mit 50 – seit 02.01.2014 - gebildet aus Einzel-GdB-Werten von - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, ab 02.01.2014 40, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes (HWS, LWS) und - 10 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Arme (Fingerpolyarthrose). - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regemäßig nicht erhöhend wirken - zu bemessen. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass ausgehend vom Einzel-GdB von 30 bzw. seit 02.01.2014 von 40 für das Funktionssystem der Beine sich gewisse Verstärkungen mit den im Funktionssystem des Rumpfes bestehenden Behinderungen ergeben können. Auch hat der Senat berücksichtigt, dass Dr. W. die Funktionsbehinderung mit 20 bis 30, der Senat jedenfalls einen voll ausgeprägten Wert von 20 annehmen konnte. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat jedoch erst ab dem 02.01.2014 einen GdB von 50 annehmen, weil erst ab diesem Tag die Klägerin bei wertender Betrachtung einem schwerbehinderten Menschen vergleichbar ist (zum Erfordernis eines Vergleichs vgl. BSG 20.04.2015 – B 9 SB 98/14 B – n.v.). Damit war der GdB bis 02.01.2014 mit 50 festzustellen. Für die Zeit davor war der GdB weiterhin mit 40 anzunehmen.

Damit ist seit dem 02.01.2014 eine wesentliche Änderung der rechtlichen Verhältnisse eingetreten, der nach § 48 SGB X Rechnung zu tragen war.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 50 seit 02.01.20154 hat die Klägerin einen Anspruch auf eine höhere Feststellung des GdB, im Übrigen war die Berufung war zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG. Der Senat hat dabei berücksichtigt, dass die Änderung erst im Laufe des Berufungsverfahrens eingetreten ist, der Beklagte zwar auch unverzüglich mit seiner nächsten Stellungnahme auf das Bekanntwerden der wesentlichen Änderung – durch Vorlage eines Vergleichsangebotes - reagiert hat, jedoch nach Ablehnung des Vergleichs sein Angebot nicht durch ein Anerkenntnis umgesetzt hat. Das spräche nach der Rechtsprechung des Senats zwar grds. für eine (zumindest teilweise) Kostentragung durch den Beklagten. Jedoch hat der Beklagte unverzüglich nach Ablehnung des Vergleichsangebots mit der Beantragung, die Berufung zurückzuweisen, soweit sie über das Vergleichsangebot hinausgeht, deutlich gemacht, dass er die Feststellung des GdB von 50 seit 02.01.2014 akzeptiert und außer Streit stellt. Dieses Verhalten steht kostenrechtlich einem unverzüglichen Anerkenntnis gleich, weshalb der Senat von einer Auferlegung von Kosten i.S.d. §§ 193 Abs. 1, 202 SGG i.V.m. § 93 ZPO im Rahmen des auszuübenden Ermessens absehen durfte.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-07-15