

L 8 SB 2953/13

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

8
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SB 2129/11
Datum

01.07.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2953/13
Datum

22.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 1. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Kosten des auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. W. vom 6. August 2015 sowie die dabei angefallenen baren Auslagen der Klägerin werden nicht auf die Staatskasse übernommen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Die 1956 geborene Klägerin ist kroatische Staatsangehörige; sie besitzt eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis. Sie ist als Hauswirtschaftsleiterin an der psychiatrischen Universitätsklinik T. tätig.

Bei der Klägerin stellte das Versorgungsamt R. mit Teil-Abhilfebescheid vom 14.05.2002 wegen psychovegetativen Störungen (GdB 30), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen und Schulter-Arm-Syndrom (GdB 20), Krampfadern (GdB 10) sowie einer chronischen Magenschleimhautentzündung (GdB 10) den GdB mit 40 sowie das Vorliegen einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz fest.

Am 30.07.2010 beantragte die Klägerin (wegen beabsichtigten Ruhestandes im Rahmen der Altersteilzeit) beim zwischenzeitlich zuständigen Landratsamt T. - Versorgungsamt - (LRA) die Erhöhung des GdB. Das LRA holte den Befundbericht des Dr. S. vom 25.09.2010 ein und nahm weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Bericht Dr. K. vom 24.08.2010, Diagnosen: Chronisch-rezidivierende Epikondylitis links, akute Bursitis supracromialis links; ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik Am schönen Moos Bad Saulgau vom 20.05.2010, Diagnosen insbesondere: rezidivierende depressive Störung, Epikondylitis, Zerrung des Pes anserinus, latente Hypothyreose). In der hierzu eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 03.11.2010 schlug Dr. D.-W. unter Übernahme der bisherigen Einzel-GdB-Ansätze und unter Nichtberücksichtigung einer Schilddrüsenunterfunktion, einer Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks bzw. des linken Ellenbogengelenks (kein Teil-GdB von mindestens 10) den GdB weiterhin mit 40 vor. Mit Bescheid vom 12.11.2010 entsprach das LRA dem Antrag der Klägerin auf Neufeststellung des GdB nicht.

Gegen den Bescheid vom 12.11.2010 legte die Klägerin am 09.12.2010 Widerspruch ein. Sie legte zur Begründung das Arzt schreiben des Dr. S. vom 22.12.2010 mit ärztlichem Attest von Dr. S. vom 16.12.2010 (Diagnosen: Innenohrschwerhörigkeit, dekompensierter Tinnitus mit psychovegetativen Begleiterscheinungen, Angstzustände, Laryngitis, Sinobronchitis und HWS-Schwindel) vor. Dr. S. widersprach der Feststellung des GdB. Wichtige Diagnosen seien nicht aufgeführt. Das LRA holte die Befundberichte von Dr. S. vom 07.03.2011, Dr. S. vom 10.03.2011 und Dr. S. vom 18.03.2010 ein und nahm den Befundbericht von Dr. K. vom 06.10.2010 und Laborbefunde vom 31.08.2010 zu den Akten. In der weiteren gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 05.05.2011 schlug Dr. H.-F. unter Bestätigung der bisherigen Ansätze den GdB weiterhin mit 40 vor; eine Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen bedinge keinen Teil-GdB von mindestens 10. Mit Widerspruchsbescheid vom 17.06.2011 wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin zurück. Das Ausmaß für die Anerkennung als schwerbehinderter Mensch erreichten die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht.

Am 15.07.2011 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Sie machte zur Begründung geltend, für die rezidivierende

depressive Störung, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Schulter-Arm-Syndrom, die Hörminderung mit Tinnitus und die Krampfadern sei der GdB zu niedrig bewertet. Weiter bestünden erhöhte Leukozytenwerte, eine Schilddrüsenfehlfunktion, eine chronische Bronchialentzündung, ein Diabetes mellitus, eine Hypercholesterinämie und eine Knochenhautentzündung des Ellenbogens. Ein GdB von 50 sei zuzuerkennen.

Das SG hörte von der Klägerin benannte behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie Dr. K. teilte in seiner Aussage vom 29.09.2011 den Behandlungsverlauf und die Befunde mit. Er stimmte der Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten zu. Der Internist Dr. S. teilte in seiner Aussage vom 18.10.2011 unter Vorlage von medizinischen Befundunterlagen den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Von einer Verschlechterung des Krankheitszustandes sei auszugehen. Der Facharzt für Psychiatrie Dr. S. teilte in seiner Aussage vom 30.10.2011 den Behandlungsverlauf, die Diagnosen und Befunde mit. Er schätzte im Querschnitt (auf seinem Fachgebiet) den GdB zwischen 30 bis 40 ein. Der Facharzt für Frauenheilkunde, Psychotherapie und Naturheilverfahren Dr. R. teilte in seiner Aussage vom 07.03.2012 den Behandlungsverlauf und die Befunde mit.

Außerdem holte das SG das sozialmedizinisch-nervenärztliche Gutachten von Dr. B. vom 26.05.2012 mit ergänzender Stellungnahme vom 09.09.2012 ein. Dr. B. diagnostizierte in ihrem Gutachten auf nervenärztlichem Gebiet eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert, eine Dysthymia im Sinne einer Double Depression sowie eine posttraumatische Verbitterungsstörung in Form einer Anpassungsstörung (Einzel-GdB 40). Auf internistisch-allgemeinärztlichem Gebiet diagnostizierte Dr. B. an relevanten Gesundheitsstörungen wiederkehrende Sinobronchitiden und Laryngitiden, wiederkehrende Magenschleimhautentzündungen und ein Krampfaderezidiv. Auf orthopädischem Gebiet diagnostizierte Dr. B. an relevanten Gesundheitsstörungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei rezidivierenden Lumbalgien mit Nervenwurzelreizerscheinungen bei degenerativen Veränderungen der LWS und leichtem Halswirbelsäulensyndrom mit Verspannung der Schulter-Nacken-Muskulatur ohne Nervenwurzelreizerscheinungen. Sonstige befriedigend behandelte Gesundheitsstörungen der Klägerin bedingten keinen GdB von 10. Die Behinderungen auf internistischem und orthopädischem Gebiet seien angemessen bewertet. Hiervon ausgehend schätzte Dr. B. den Gesamt-GdB auf 50 seit Juli 2010 ein.

Anschließend holte das SG das chirurgische Gutachten von Dr. A. vom 06.11.2012 ein. Dr. A. ... gelangte in seinem Gutachten zusammenfassend zu der Beurteilung, bei der Klägerin finde sich eine chronische Epicondylitis radialis humeri beidseits, links mehr als rechts, und ein bestehender Verdacht auf eine beginnende Ritzarthrose links (GdB 10). An der unteren Extremität seien keine relevanten Gesundheitsstörungen mit messbarem GdB festzustellen. Hinsichtlich der Wirbelsäule bestünden krankhafte Veränderungen in allen Wirbelsäulenabschnitten. Subjektiv bringe die Klägerin hauptsächlich Beschwerden seitens der LWS vor, klinisch und röntgenologisch fänden sich jedoch die schwerwiegenden Veränderungen an der BWS. Für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule schätzte Dr. A. den GdB auf 20 ein. Hinsichtlich des Gesamt-GdB ging Dr. A. bei Anerkennung eines GdB von 40 für die seelische Störung von einem GdB von 50 und bei Anerkennung eines GdB von 30 für die seelische Störung von einem GdB von 40 seit Juli 2010 aus.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 21.12.2011, Dr. Reiniger vom 15.08.2012 sowie des Versorgungsarztes D. vom 22.03.2013 entgegen.

Die Klägerin trat der Ansicht der Versorgungsärzte der Beklagten entgegen und machte unter Vorlage eines radiologischen Befundberichts von Dr. V./Dr. T. vom 11.03.2013 eine Verschlimmerung von Kniebeschwerden beidseits geltend (Schriftsatz vom 03.05.2013).

Mit Gerichtsbescheid vom 01.07.2013 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die von der Klägerin erstrebte Erhöhung des GdB scheide aus. Die bei der Klägerin wegen Erkrankungen auf dem psychiatrischen Fachgebiet dauerhaft bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem Einzel-GdB von 30 ausreichend bewertet. Weiter gehe die Kammer davon aus, dass für ein Wirbelsäulensyndrom ein Einzel-GdB von 20, für eine Epicondylitis, eine Gastritis und eine Varikosis jeweils ein Einzel-GdB von 10 gerechtfertigt seien. Von einem weiteren Einzel-GdB von 20 für eine Hörstörung mit Tinnitus könne sich die Kammer nicht überzeugen. Die von der Klägerin zuletzt geltend gemachten Kniegelenksbeschwerden ließen sich noch nicht als dauerhafte Funktionseinschränkung feststellen. Ein höherer Gesamt-GdB als 40 lasse sich danach nicht herleiten.

Hiergegen richtet sich die von der Klägerin durch ihren Prozessbevollmächtigten am 15.07.2013 beim SG eingelegte Berufung, die dem Landessozialgericht Baden-Württemberg vorgelegt worden ist. Die Klägerin hat im Verlauf des Berufungsverfahrens zur Begründung ausgeführt, sie leide im Wesentlichen unter psychovegetativen Störungen und einer manifesten Depression mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten, wofür nach dem Gutachten von Dr. B. und der Aussage von Dr. S. ein Einzel-GdB von mindestens 40 festzusetzen sei. Es stehe fest, dass das Krankheitsbild entgegen der Auffassung des SG nicht stark abgemildert oder gar ausgestanden sei. Sie sei seit vielen Jahren regelmäßig ca. alle drei Wochen in Psychotherapie bei Dr. R., was zwingend notwendig sei. Entgegen der vom SG getroffenen Feststellungen sei die psychische Erkrankung - vor allem durch erheblichen beruflichen Stress - schlimmer als zuvor. Es bestünden erhebliche psychovegetative Symptome. Das SG schätze ohne eigene Sachkunde den GdB niedriger ein, als die Gutachter und fachärztlichen Behandler. Aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden sei ein GdB von mindestens 20 anzusetzen, wie Dr. A. bestätigt habe. Auch für die Minderung der Hörfähigkeit und den Tinnitus, durch den sie stark beeinträchtigt sei, sei ein Einzel-GdB von 20 zu gewähren. Wegen der operativ versorgten Krampfadern habe eine erhebliche Beeinträchtigung hierdurch bestanden, sodass auch für die Krampfadern ein GdB von 20 in Betracht kommen müsse. Des Weiteren seien eine chronische Bronchitis, für die ein GdB von 20 anzuerkennen sei, sowie eine chronische Entzündung der Stimmbänder mit Beeinflussung der Sprachfähigkeit nicht berücksichtigt. Sie sei inzwischen diesbezüglich operativ versorgt worden. Die Osteoporose habe sich erheblich verschlechtert. In allen Gelenken habe sie erhebliche Schmerzen, die durch Kälte verstärkt würden, und damit einhergehende Bewegungseinschränkungen. Durch die Osteoporose habe sie am 03.10.2014 am rechten Fuß einen Bruch von zwei Mittelfußknochen erlitten. Für die osteopenischen Krankheiten des Haltung- und Bewegungsapparates sei ein GdB von mindestens 20 zu gewähren. Die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen führten zu starken Schmerzen, es bestünden Ausstrahlungen ins linke Bein, weswegen inzwischen ein GdB von 30 anzuerkennen sei. Hinsichtlich ihrer Hörstörung sei sie auf ein "Festbetrag-Hörgerät" angewiesen, das ihre Hörschwierigkeiten nicht ausreichend ausgleiche. Geld, um sich qualitativ bessere Geräte zu kaufen, habe sie nicht zur Verfügung. Nicht berücksichtigt seien erhebliche Ohrenscherzen links verbunden mit einer mangelnden Belüftung beider Ohren sowie Durchblutungsstörungen der linken Hals- und Kopfseite. Weiter sei ein hoher Blutdruck, den sie medikamentös eingestellt müsse, unberücksichtigt. Darüber hinaus leide sie an einer Hashimoto Thyreoiditis und müsse Medikamente einnehmen. Die Klägerin hat medizinische Befundunterlagen vorgelegt.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 1. Juli 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 12. November 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Juni 2011 aufzuheben und den Grad der Behinderung mit 50 seit dem 30. Juli 2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Ein höherer Teil-GdB als 30 für die psychische Problematik könne nicht angenommen werden. Eine relevante Schwerhörigkeit sei nicht nachgewiesen. Eine chronische Bronchitis bzw. eine chronische Entzündung der Stimmbänder, sofern sie tatsächlich dauerhaft vorliegen sollten, führe nur zu einem zusätzlichen Teil GdB von höchstens 10. Aus der Tatsache, dass Krampfadern operativ versorgt worden seien, könne keinesfalls auf einen Teil-GdB von 20 geschlossen werden. Vielmehr würden durch eine Operation die Beschwerden in der Regel gebessert. Ein höherer Teil-GdB als 10 könne deshalb für dieses Leiden nicht angenommen werden. Der von der Klägerin begehrte Gesamt-GdB von 50 könne nicht festgestellt werden.

Der Senat hat die HNO-Ärzte Dr. de V. und Dr. B. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. de V. hat in seiner Aussage vom 12.04.2014 mitgeteilt, der von ihm am 22.11.2011 erhobene Befund habe audiometrisch einen prozentualen Hörverlust von beidseits 30 % erbracht. Er schätzte wegen der beidseitigen Hörminderung den GdB auf 15 und wegen HWS-Verspannungen und Kopfschmerzen den GdB auf geringer als 10 ein. Dr. B. hat in seiner Aussage vom 15.04.2014 mitgeteilt, die Klägerin habe sich zuletzt am 09.03.2011 in der Behandlung von Dr. S. befunden. Es sei eine emotionale Schwerhörigkeit diagnostiziert worden sei. Aussagekräftige Befunde lägen nicht vor.

Der Rechtsstreit ist mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 13.06.2014 durch den Berichterstatter erörtert worden. Auf die Niederschrift vom 13.06.2014 wird Bezug genommen.

Anschließend hat der Senat behandelnde Ärzte der Klägerin zu Veränderungen im Gesundheitszustand schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. S. hat in seiner Aussage vom 25.06.2014 mitgeteilt, er habe die Klägerin am 27.09.2011 zum letzten Mal gesehen. Ein für den 08.11.2011 vereinbarter Folgetermin sei telefonisch abgesagt worden. Dr. S. hat in seiner Aussage vom 23.06.2014 mitgeteilt, die Gesundheitsstörungen der Klägerin seien - im Vergleich zum Oktober 2011 - unverändert und hielten an. Dr. K. hat in seiner Aussage vom 01.07.2014 den Behandlungsverlauf seit September 2011, die erhobenen Befunde und Diagnosen mitgeteilt. Dr. R. hat in seiner Aussage vom 26.07.2014 den Behandlungsverlauf und die Diagnosen mitgeteilt. Im Sommer und Herbst 2012 sei es zu einer vorübergehenden Besserung des Gesundheitszustandes gekommen mit Verschlechterungen seit 2013 und erneut seit Anfang 2014.

Der Senat hat von Amts wegen das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. S. dem Senat am 30.12.2014 vorgelegt, eingeholt. Dr. S. gelangte in seinem Gutachten zu der Beurteilung, bei der Klägerin liege eine zur Zeit leicht, nach der Vorgeschichte zeitweise mittel ausgeprägte depressive Symptomatik vor. Im Vergleich zum Teil-Abhilfebescheid vom 14.05.2002 fänden sich keine Hinweise auf eine wesentliche Besserung oder Verschlimmerung. Berücksichtigte Nervenwurzelreizerscheinungen bestünden jedoch nicht mehr. Die Behinderungen der Klägerin durch die neurologischen und psychiatrischen Befunde seien mit einem GdB von 30 großzügig eingeschätzt. Der GdB von 30 sei jedoch insgesamt vertretbar, wenn die Befundungsschwankungen mitberücksichtigt würden. Unter Einbeziehung des GdB von 20 für Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule hat Dr. S. den Gesamt-GdB mit 40 als vertretbar bewertet.

Gegen das Gutachten des Dr. S. hat die Klägerin Einwendungen erhoben (Schriftsatz vom 13.02.2015).

Der Senat hat weiter auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das nervenärztliche Gutachten von Prof. Dr. W. vom 06.08.2015 eingeholt. Prof. Dr. W. gelangte in ihrem Gutachten zu der Bewertung, bei der Klägerin bestünden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht bis mittelschwer, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Klägerin sei mittelgradig beeinträchtigt in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit, einerseits durch Schmerzen, andererseits durch die depressiven Symptome. Hierdurch bestünden mittelschwere soziale Beeinträchtigungen (sozialer Rückzug, Misstrauen gegenüber anderen Menschen, emotionales Erleben). Im Vergleich zum Bescheid vom 14.05.2002 habe die psychische Symptomatik deutlich zugenommen. Es sei von einem GdB von 40 auszugehen. Den Gesamt-GdB hat Prof. Dr. W. mit 50 mindestens seit Oktober 2014, möglicherweise auch ab Mai 2012, bewertet, da sich die bei der Klägerin vorliegenden Störungen gegenseitig negativ verstärkten.

Der Beklagte ist der Bewertung des GdB von Prof. Dr. W. unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 04.02.2016 entgegen getreten.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Der Streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 12.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.06.2011 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der angefochtene Gerichtsbescheid ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung des GdB mit 50 seit dem 30.07.2010.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) -, [BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist,

muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz \(BVG\)](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16](#) des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) der Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und [§ 3](#), [§ 30 Abs. 1](#) und [§ 35 Abs. 1](#) BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach [§ 30 Abs. 16](#) BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1](#) BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30)

Dass bei der Klägerin im Vergleich zu dem im Teil-Abhilfebescheid vom 14.05.2002 mit einem GdB von 40 berücksichtigten Behinderungszustand eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die nunmehr die Neufeststellung des GdB mit 50 (oder höher) rechtfertigt, kann nicht festgestellt werden.

Die psychische Erkrankung der Klägerin ist weiterhin mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Schwere - psychische - Störungen mit wenigstens mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten liegen bei der Klägerin nicht vor. Davon gehen übereinstimmend die im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. S. und der Prof. Dr. W. aus. Prof. Dr. W. hat in ihrem Gutachten das Vorliegen einer schweren psychischen Störung verneint. Auch Dr. B. ist in ihrem Gutachten an das SG von mittelgradigen Funktionsbeeinträchtigungen (Behinderungen) und nicht von schweren Störungen ausgegangen. Auch Dr. R. hat in seinen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen an das SG und an den Senat eine schwere Ausprägung der psychischen Symptomatik nicht beschrieben. Eine solche lässt sich auch sonst den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Schwere psychische Störungen sind danach bei der Klägerin zur Überzeugung des Senats nicht festzustellen.

Bei der Klägerin besteht eine rezidivierende depressive Symptomatik auf dem Boden lebensgeschichtlicher Verlust- und Bedrohungserfahrungen sowie beruflicher Belastungen, wie sich für den Senat aus den Angaben von Dr. R. in seinen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen an das SG und den Senat sowie aufgrund der von der Klägerin im Rahmen der durchgeführten Begutachtungen gemachten und in den Gutachten beschriebenen Angaben (Tod des geschiedenen Ehemannes und der Mutter, Pflege naher Familienangehöriger, belastende Situation in der Ehe) nachvollziehbar und überzeugend ergibt. Hiervon gehen auch Dr. S., Prof. Dr. W. sowie Dr. B. in ihren Gutachten im Wesentlichen übereinstimmend aus. Diese mit Befindensschwankungen einhergehende Symptomatik bedingen bei der Klägerin nach der insoweit ebenfalls übereinstimmenden Bewertung der genannten Gutachter für den vorliegend relevanten Zeitraum ab 30.07.2010 stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Nach dem im Gutachten von Dr. B. vom 26.05.2012 beschriebenen psychischen Befund erscheint die Klägerin in ihrer Stimmungslage gedrückt und sorgenvoll hinter einer äußerlich kraftvollen und durchsetzungsfähigen Fassade. Die Klägerin wirkt insgesamt ernst, nachdenklich, etwas distanziert und zwischenzeitig traurig. Die bei der Untersuchung häufige Erwähnung ihrer sehr belasteten Ehejahre und die damit verbundenen seelischen Verletzungen zeigten eine große emotionale Betroffenheit der Klägerin mit auffälligem, hervorgerufenem Groll und Verbitterung. Im Allgemeinen erschien die Klägerin belastet und teilweise auch verbittert sowie misstrauisch. Die äußere Erscheinung der Klägerin war jedoch gepflegt. Bei der Begrüßung wirkte die Klägerin sicher, gewandt, lebendig und sozial kompetent. Ihre Schwingungsbreite war nicht erkennbar eingeengt. Antrieb, Psychomotorik, das Bewusstsein, die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, das formale Denken, das Auffassungsvermögen, das Urteilsvermögen und die Gedächtnisleistung waren nicht gestört. Es ergab sich kein Anhalt für halluzinatorische oder sonstige psychotische Auffälligkeiten bzw. für eine Zwangskrankheit. Auch Anzeichen für eine organische Erkrankung des Gehirns waren nicht feststellbar. Der Tagesablauf der Klägerin wird im Gutachten von Dr. B. - auch im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit der Klägerin - als strukturiert bei eingeschränkten gesellschaftlichen Kontakten beschrieben. Nach der Bewertung von Dr. B. verfügt die Klägerin über eine belastbare Primärpersönlichkeit, einen erhaltenen Antrieb im Beruf, gute Intelligenzfunktionen, einen ungestörten formalen Denkablauf, regelgerechte Gedächtnisleistungen und eine ausreichende Einbindung in ihre Familie und soziale Sicherheit. Insgesamt erbrachte die Untersuchung der Klägerin nach den Beschreibungen von Dr. B. in ihrem Gutachten Hinweise auf eine milde Depression und entsprechende Ängste sowie eine (subjektiv empfundene) hohe Belastung durch seelische Symptome.

Nach dem von Dr. S. in seinem Gutachten beschriebenen psychischen Befund wirkte die Klägerin bei der Kontaktaufnahme etwas misstrauisch, disphorisch und angespannt. Das Gefühl, lange gekämpft und letztlich nichts erreicht zu haben, wurde deutlich. Weiter entstand bei Dr. S. der Eindruck, dass zeitweise ein ausgeprägter Medikamenten- bzw. Alkoholgebrauch bestanden haben könnte, als von der Klägerin berichtet, wobei Dr. S. hierzu keine sicheren und in näheren Einzelheiten abgeklärten Befund hat erheben können. Die affektive Schwingungsfähigkeit wirkte bei der Klägerin leicht eingeengt. Veränderungen des Gedankengangs bestanden jedoch nicht. Die Klägerin war bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Hinweise auf eine akute Psychose des schizophrenen oder zykllothymen Formenkreises oder auf ein höhergradiges hirnorganisches Psychosyndrom lagen nicht vor. Die mnestischen und S. im Gutachten beschriebenen Tagesablauf war strukturiert. Interessen und eingeschränkt Hobbys der Klägerin waren vorhanden. Dr. S. geht in seinem Gutachten davon aus, dass sich bei der Klägerin Symptome einer derzeit leichten depressiven Störung finden.

Nach dem von Prof. Dr. W. in ihren Gutachten beschriebenen psychiatrischen Befund bestanden bei der Klägerin Störungen der Affektivität. Die Stimmung war wechselnd. Zeitweise wurden negative Emotionen spürbar, wenn die Klägerin von den negativen Erlebnissen berichtete. Hier erschien sie teilweise sehr traurig, etwas hilflos, gekränkt und verletzt. Die affektive Resonanzfähigkeit war leicht reduziert. Die Klägerin erschien jedoch in adäquater Kleidung zur Untersuchung. Sie war im Gespräch kooperativ und freundlich. Bewusstsein/Orientierung sowie Aufmerksamkeits/Gedächtnis waren unauffällig. Formale Denkstörungen, Befürchtungen/Zwänge, Wahn/Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Der von Prof. Dr. W. im Gutachten beschriebene Tagesablauf nach Angaben der Klägerin am Vortag der Begutachtung war stressig und traurig bei jedoch erhaltener Tagesstruktur und eingeschränkten Freizeitaktivitäten bzw. sozialen Kontakten. In der Beurteilung der Fähigkeits- und Teilhabestörungen (Mini-ICF nach Linden) ergaben sich leichtere bis deutliche Schwierigkeiten bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie hinsichtlich der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen. Dagegen bestehen hinsichtlich der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der fachlichen Kompetenz, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zur außerberuflichen Aktivitäten und zur Selbstpflege sowie zur Wegefähigkeit keine oder nur leichtere Schwierigkeiten oder Probleme.

Die in den genannten Gutachten beschriebenen Befunde entsprechen im Wesentlichen auch den Befundbeschreibungen von Dr. S. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 30.10.2011 sowie von Dr. R., insbesondere in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen vom 07.03.2012. Bedeutsame Veränderungen des psychischen Befundes hat Dr. R. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 26.07.2014 nicht beschrieben.

Dass bei der Klägerin so gravierende psychische Störungen vorliegen, die es rechtfertigen, unter Ausschöpfung des nach den VG vorgegebenen GdB-Bewertungsrahmens den Einzel-GdB mit 40 zu bewerten, kann nach der im Wesentlichen übereinstimmenden psychischen Befundlage nicht festgestellt werden. Hiergegen spricht auch, dass es der Klägerin gelingt, mit relativ wenig Therapie relativ gut ihr Leben zu meistern, wie Prof. Dr. W., gestützt auf die schriftlichen sachverständigen Zeugenangaben des Dr. R. und Dr. S., in ihrem Gutachten nachvollziehbar ausgeführt hat. Nach der Bewertung von Prof. Dr. W. ist die bei der Klägerin in den letzten Jahren durchgeführte und nach den Angaben der Behandler für eine Stabilisierung ausreichende Therapie als eher zurückhaltend zu bezeichnen. Stationäre psychiatrische Aufenthalte waren bisher nicht notwendig. Auch die medikamentöse Behandlung ist ebenfalls nicht intensiv. Die psychotherapeutischen Gespräche bei Dr. R. sind eher selten; nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von R. vom 26.07.2014 sucht die Klägerin die Sprechstunde in einer Frequenz von 8 bis 10 mal jährlich in wechselnden, meist ein- bis zweimonatigen Abständen mit dem Wunsch psychotherapeutischer Behandlung auf. Auch diese Umstände sprechen dagegen, die psychische Störungen der Klägerin in den oberen GdB-Bewertungsrahmen einzustufen. Der vom Beklagten angenommene Einzel-GdB von 30 ist damit im Querschnittsverlauf ausreichend und angemessen bewertet. Dem entspricht auch die Bewertung von Dr. S. in seinem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten. Dass bei der Klägerin eine relevante Verschlimmerung ihrer psychischen Störungen eingetreten ist, ist nicht ersichtlich. Eine Verschlimmerung kann insbesondere den von der Klägerin nach der Terminverfügung zur mündlichen Verhandlung vorgelegten Befundberichten nicht entnommen werden. Auch das Vorbringen des Klägerbevollmächtigten der Klägerin in der mündlichen Verhandlung, insbesondere zu Zeiten der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin, lässt keine Gesichtspunkte für eine tatsächlich eingetretene Verschlimmerung hinreichend erkennen.

Die von der Klägerin mit Schriftsatz vom 13.02.2015 gegen das Gutachten des Dr. S. erhobenen Einwendungen sind nicht begründet. Allein der Umstand, dass Dr. S. in seinem Gutachten ausgeführt hat, es sei der Eindruck entstanden, dass zeitweise ein ausgeprägter Medikamenten- und Alkoholgebrauch bestanden haben könnte, als dies aktuell berichtet worden sei, rechtfertigt keine berechtigte Zweifel an der Sachkunde des Dr. S. bzw. an der Verwertbarkeit seines Gutachtens. Dass Dr. S. bei der Bewertung des GdB eine Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit der Klägerin nicht erhöhend berücksichtigt hat, entspricht dem eigenen Vortrag der Klägerin, die im Schriftsatz vom 13.02.2015 dem von Dr. S. beschriebenen Eindruck vehement als tatsächlich nicht bestehend entgegengetreten ist, weshalb sich der Senat zu weiteren Ermittlungen hierzu auch nicht gedrängt sieht. Dr. S. hat die im Gutachten geäußerte Vermutung auch nicht tragend in seine Bewertungen einbezogen, sondern die Vermutung als nicht sicher und in näheren Einzelheiten nicht abklärbar bewertet.

Den abweichenden Bewertungen von Dr. B. und Prof. Dr. W. in ihren Gutachten vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Dr. B. stützt ihre Bewertung des GdB mit 40 für die Störungen auf psychischem Gebiet maßgeblich darauf, dass die Klägerin seit dem Jahr 2002 erheblichen Belastungen im privaten Bereich ausgesetzt gewesen sei, wodurch es zu einer anhaltenden Anpassungsstörung (posttraumatische Verwitterungsstörung - PTED -) und damit seit 2002 zu einer Verschlimmerung gekommen sei. Dr. B. beschreibt jedoch in ihrem Gutachten keine Beeinträchtigungen, die die Ausschöpfung des nach den VG eröffneten GdB-Rahmens (30 bis 40) rechtfertigt. Allein die von Dr. B. angenommene PTED rechtfertigt nicht schon die Annahme einer Verschlimmerung und einen Einzel-GdB von 40. Maßgeblich bleibt vielmehr bei der Bewertung des Einzel-GdB der erhobene psychopathologische Befund, der auch nach der Befundbeschreibung von Dr. B. einen Einzel-GdB von über 30 nicht rechtfertigt. Entsprechendes gilt auch für die Bewertung von Prof. Dr. W., die für die seelische Störung der Klägerin den Einzel-GdB ebenfalls mit 40 (mindestens seit Oktober 2014) annimmt. Sie stützt ihre Bewertung des GdB darauf, dass bei der Klägerin eine gegenseitige negative Verstärkung mit anderen Einschränkungen bestünden. Prof. Dr. W. sieht eine solche gegenseitige negative Verstärkung dadurch als belegt an, dass die Klägerin durch die Fraktur des rechten Fußes 2014 so deutlich aus der Bahn geworfen worden sei und so lange arbeitsunfähig gewesen sei sowie durch die Angst der Klägerin, mit der sie an sich noch nicht bedrohliche HNO-ärztliche und gynäkologischen Befunde verarbeitete. Insbesondere Letzteres kann jedoch nicht schon als gegenseitige negative Verstärkung angesehen werden, die die Bewertung des GdB mit 40 durch Prof. Dr. W. plausibel macht. Vielmehr sind eine herabgesetzte Belastungsfähigkeit und gesteigerte Ängstlichkeit wegen somatischen Erkrankungen oder Diagnosen nach den überzeugenden Darlegungen

von Dr. S. gerade damit zu vereinbaren, dass bei einer depressiven Symptomatik Belastungen erschwert erlebt werden. In der Querschnittsbetrachtung sind daher auch immer zeitweise mittelschwere psychische Einschränkungen zu erwarten. Demgegenüber ist die Klägerin aber durchgehend in der Lage gewesen, ihre berufliche Tätigkeit in leitender Position mit ca. 40-45 Mitarbeitern, so bei der Untersuchung bei Prof. Dr. W., auch nach Wechsel des Vorgesetzten und damit verbundenen Veränderungen auszuüben, einen strukturierten Tagesablauf mit eigenständiger Versorgung ihres Haushaltes einzuhalten und - wenn auch eingeschränkt - die bei Dr. S. genannten Hobbys wie Laufen, Tanzen, Gymnastik und Schwimmen wie auch einen großen Bekanntenkreis zu pflegen. Dies entspricht auch annähernd dem von Prof. Dr. W. in ihrem Gutachten beschriebenen psychopathologischen Befund, weshalb die Ausschöpfung des nach den VG vorgegebenen GdB-Rahmens auf 40 nicht gerechtfertigt, sondern mit einem GdB von 30 angemessen und ausreichend bewertet ist. Im Übrigen räumt auch Prof. Dr. W. ein, dass es im Fall der Klägerin schwierig sei, zwischen den nach den VG vorgegebenen GdB-Werten 30 bis 40 zu wählen.

Dass im Zeitraum seit 30.07.2010 wegen der psychischen Symptomatik zeitweise von einem Einzel-GdB von 40 (oder mehr) auszugehen ist, kann nicht festgestellt werden. Zwar hat Dr. S. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG, bei dem sich die Klägerin von 20.06.2007 bis 27.09.2011 in Behandlung befunden hat, angegeben, dass die Klägerin auch Phasen hinter sich habe, die einem Einzel-GdB von 40 oder mehr entsprochen hätten. Auch Dr. S. geht in seinem Gutachten davon aus, dass nach den beigezogenen Befundberichten eine zeitweise deutlichere Ausprägung der Beschwerden vorgelegen haben dürfte. Angaben die es zulassen, das Vorliegen eines Einzel-GdB von 40 oder mehr zeitlich zu verifizieren, lässt sich der Aussage des Dr. S., den eingeholten Gutachten von Dr. B., Dr. S. und Prof. Dr. W., den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. R. vom 07.03.2012 und 06.07.2014 wie auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen jedoch nicht entnehmen. Damit ist die Feststellung, dass bei der Klägerin seit 30.07.2010 wegen der psychischen Symptomatik ein Einzel-GdB von über 30 - wenigstens zeitweise - vorgelegen hat, zur Überzeugung des Senates nicht möglich.

Auf orthopädischem Gebiet kann entgegen der im Berufungsverfahren geäußerten Ansicht der Klägerin ein GdB von 30 nicht festgestellt werden.

Die Wirbelsäulenschäden der Klägerin sind mit einem Einzel-GdB von 20 weiterhin angemessen und ausreichend bewertet. Nach den VG Teil B 18.9 ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein Teil-GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Urteil des erkennenden Senats vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) -, veröffentlicht in juris und im Internet sozialgerichtsbarkeit.de). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z. B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist eine GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt, die jedoch bei der Klägerin nicht vorliegen und auch nicht geltend gemacht werden. Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bzw. mit mittelschweren funktionellen Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten liegen bei der Klägerin nicht vor. Der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. vom 29.09.2011 lassen sich keine bedeutsamen funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden entnehmen. Nach den im Gutachten von Dr. A. vom 06.11.2012 beschriebenen Wirbelsäulenbefunden ist die Halswirbelsäule in der Seitneigung rechts/links (30/35°) etwa 1/3 eingeschränkt, sonst aber frei beweglich. Hinsichtlich der Brustwirbelsäule ist die Entfaltbarkeit aufgehoben (Zeichen nach Ott 30/30 cm) bzw. nach dem ärztlichen Befundbericht des Dr. K. vom 11.07.2014 "zur Vorlage beim Rechtsanwalt" eingeschränkt (Ott 31 cm). Weiter ist die Beteiligung des Rumpfes um 1/3 eingeschränkt (Drehen im Sitzen rechts/links 20/20°). Sonst beschreibt Dr. A. hinsichtlich der Brust- und Lendenwirbelsäule eine nicht eingeschränkte Beweglichkeit. Damit kann bei der Klägerin allenfalls von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt (Brustwirbelsäule) ausgegangen werden, die einen Einzel-GdB von 20 rechtfertigen. Hiervon gehen auch Dr. A. in seinem Gutachten und Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 29.09.2011 aus. Dass er bei der Klägerin seit der Begutachtung durch Dr. A. eine Verschlimmerung der funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden eingetreten ist, ist nicht ersichtlich. Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren geltend gemacht hat, Wirbelsäulenbeeinträchtigungen führten zu starken Schmerzen und es bestünden Ausstrahlungen ins linke Bein, lässt sich der hierzu vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. vom 01.07.2014 eine dauerhafte Verschlimmerung von Wirbelsäulenbeeinträchtigungen nicht entnehmen. Dr. K. beschreibt lediglich (hinsichtlich einer Untersuchung der Klägerin am 04.02.2014) eine Iliosacralgelenks-Blockierung bei leichtem Funktionsschmerz ohne sensomotorische Ausfälle. Eine wesentliche Verschlimmerung funktioneller Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden hat Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht bestätigt und lässt sich auch dem von der Klägerin vorgelegten Befundbericht vom 31.03.2016 nicht entnehmen. Auch Dr. S. hat in seinem Gutachten an der LWS, der BWS und der HWS keine Symptome feststellen können, welche für eine neurologische Störung sprechen könnten. Eine von der Klägerin angegebene diffuse Ausstrahlung könnte nach der Bewertung von Dr. S. zwar an eine Irritation bei L5 denken lassen, allerdings ist die Abgrenzung nicht typisch und wurde unscharf beschrieben, weshalb eine von der Wirbelsäule ausgehende neurologische Störung nicht festgestellt werden kann. Daneben liegen Sensibilitätsstörungen und Wurzelreizerscheinungen nicht vor. Auch Prof. Dr. W. hat sich in ihrem Gutachten vom 06.08.2015 hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin der Bewertung des GdB mit 20 - aus neurologischer Sicht - angeschlossen. Hinsichtlich der nach dem von der Klägerin vorgelegten Befundbericht des Dr. K. vom 01.02.2016 neu aufgetretenen BWS- und LWS-Symptomatik - ohne lokalem Druck- und Klopfschmerz über der Dornfortsatzreihe - kann noch nicht von einer dauerhaften, über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung ausgegangen werden, die erst einer GdB-Bewertung zugänglich ist (vgl. VG Teil A 2f). Vielmehr bleibt zunächst der Behandlungsverlauf abzuwarten. Eine mittelgradige, GdB-relevante Funktionseinschränkung in einem weiteren Wirbelsäulenabschnitt ist dem Bericht von Dr. K. vom 31.03.2016 nicht zu entnehmen.

An den oberen Extremitäten der Klägerin besteht nach dem Gutachten von Dr. A. eine chronische Epicondylitis radialis humeri beidseits. Eine Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenks (beidseits) besteht nach den Beschreibungen von Dr. A. ... in seinem Gutachten

(ebenso wie an den Handgelenken und den Fingergelenken) jedoch nicht. Sonst sind nach den Befundbeschreibungen von Dr. A. in seinem Gutachten an den oberen Extremitäten keine GdB-relevante Funktionsbehinderungen festzustellen. Damit kann - mit Dr. A. - hinsichtlich der oberen Extremitäten bei der Klägerin allenfalls von einem Einzel-GdB von 10 ausgegangen werden.

Hinsichtlich der unteren Extremitäten sind nach den Befundbeschreibungen des Dr. A. in seinem Gutachten vom 06.11.2012 keine GdB-relevante Funktionsbehinderungen festzustellen. Insbesondere besteht eine freie Beweglichkeit der Hüftgelenke, der Sprunggelenke und der Zehengelenke. Auch eine bedeutsame Einschränkung der Kniegelenksfunktion beidseits beschreibt Dr. A. in seinem Gutachten nicht.

Dass seit der Begutachtung durch Dr. A. eine wesentliche Änderung (Verschlimmerung) hinsichtlich der oberen und unteren Extremitäten der Klägerin eingetreten ist, kann nicht festgestellt werden. Zwar bestehen bei der Klägerin nach dem zu den Akten gelangten radiologischen Befundbericht von Dr. Vollmar vom 11.03.2013 über eine Kernspintomographie des linken Kniegelenks vom 07.03.2013 degenerative Veränderungen, insbesondere eine Chondromalazia patellae Grad 3 bis 4, die nach den VG Teil B 18.14 einen GdB von 10 bis 30 rechtfertigen kann. Eine bedeutsame Bewegungseinschränkung des linken (wie auch rechten) Kniegelenks, beschreibt Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 01.07.2014 nicht. Nach dem von der Klägerin vorgelegten Befundbericht des Dr. K. vom 31.03.2016 besteht eine seitengleich freie Kniegelenksbeweglichkeit bei seitengleich freier Kniegelenkskontur, eine stabile Kniebandführung und nur leichtgradigem Bewegungsschmerz für die Beugung. Anhaltende Reizerscheinungen sind nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht belegt, weshalb hinsichtlich der Kniegelenke der Klägerin allenfalls von einem GdB von 10 auszugehen ist. Die Erhöhung des GdB auf 20 oder gar 30 erachtet der Senat insbesondere nach dem von Dr. K. im Befundbericht vom 31.03.2016 beschriebenen Kniegelenksbefund für nicht gerechtfertigt. Soweit sich die Klägerin im Berufungsverfahren darauf berufen hat, dass sich eine Osteoporose verschlechtert habe und ein Schulter-Arm-Syndrom mit einhergehenden Bewegungseinschränkungen vorliege, hat der hierzu schriftlich als sachverständiger Zeuge gehörte Dr. K. in seiner Aussage vom 01.07.2014 diesen Vortrag der Klägerin nicht bestätigt. Eine GdB-relevante Funktionsbehinderung der oberen- und unteren Extremitäten (insbesondere der Schulter-, Knie-, Hüft- und Sprunggelenke sowie der Füße) hat Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 01.07.2014 nicht beschrieben. Entsprechendes gilt für den von der Klägerin vorgelegten Befundbericht des Dr. K. vom 31.03.2016. Die nach den Beschreibungen von Prof. Dr. W. in ihren Gutachten vom 06.08.2015 von der Klägerin bei der Untersuchung geklagten Daumenbeschwerden sind akut nach einem Besuch im Freibad in der vorletzten Woche vor der Untersuchung aufgetreten. Dass dauerhafte Daumenbeschwerden mit GdB-relevanten Ausmaß verblieben sind, ist nicht ersichtlich. Nach dem Befundbericht des Dr. K. vom 31.03.2016 ist der Klägerin insbesondere der Faustschluss (gerade) noch möglich. Die Schultergelenke beidseits werden als frei beweglich beschrieben. Eine bedeutsame Einschränkung der Handgelenke oder der Finger lässt sich dem Befundbericht vom 31.03.2016 nicht entnehmen. Soweit die Klägerin im Verlauf des Berufungsverfahrens außerdem geltend gemacht hat, sie habe am 03.10.2014 eine durch die ausgeprägte Osteoporose bedingten Fraktur von zwei Mittelfußknochen am rechten Fuß erlitten (Schriftsatz vom 13.02.2015), ist nicht ersichtlich, dass hierdurch eine dauerhafte GdB-relevante Funktionsbehinderung des rechten Fußes eingetreten ist. Nach den hierzu von Prof. Dr. W. in ihrem Gutachten vom 06.08.2015 beschriebenen Beschwerdeangaben der Klägerin musste sie wegen der Fraktur sechs Wochen einen Gips tragen. Es bestünden seit der Fraktur 2014 bei längerem Stehen und Laufen sowie in Wärme Schmerzen des rechten Fußes. Weiter sei der Fuß bei ihrer Arbeit (in den letzten Tagen) sehr geschwollen gewesen. Nach der Befundbeschreibung von Prof. Dr. W. in ihren Gutachten bestand distal des rechten Knöchels jedoch lediglich eine ganz diskrete Schwellung. Eine Störung des Gangbildes der Klägerin beschreibt Prof. Dr. W. nicht. Nach dem von der Klägerin vorgelegten MRT-Befundbericht von Dr. T. vom 29.01.2015 sind die subkapitale Metatarsale 3/4 Frakturen ohne deutliche Dislokationen und ohne sichtbare Signalalterationen knöchern konsolidiert. Nach dem von der Klägerin im Berufungsverfahren vorgelegten Notaufnahme-Bericht der BG Klinik T. vom 13.01.2015 hat die Klägerin im Bereich der ehemaligen Fraktur Beschwerden verneint. Dass bei der Klägerin durch die Fraktur von zwei Mittelfußknochen am rechten Fuß dauerhafte Funktionsbehinderungen entstanden sind, die nach den VG Teil B 18.14 einen GdB von wenigstens 10 rechtfertigen, kann danach nicht festgestellt werden. Nach den VG Teil B 18.1 rechtfertigt allein eine messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten noch nicht die Annahme eines GdB. Vielmehr ist der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Bedeutsame Funktionsbeeinträchtigungen lassen sich nach den vom SG und vom Senat durchgeführten Ermittlungen wie auch den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen jedoch nicht entnehmen. Entsprechendes gilt auch hinsichtlich von der Klägerin geltend gemachter Schmerzen. Von der Klägerin geklagte chronische Gelenkbeschwerden und Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation sind nach dem von Prof. Dr. W. gewonnenen Eindruck nur teilweise organisch bedingt und mit verursacht durch die psychischen Belastungen der Klägerin, weshalb Prof. Dr. W. auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert hat. Dem entspricht im Wesentlichen auch die Einschätzung von Dr. R. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 26.07.2014, wonach verschiedene somatisch erlebte Beschwerden des muskuloskeletalen Bewegungsapparates stärker auf eine seelische denn auf eine körperliche Belastungszunahme hindeuten. Schmerzen sind damit mit dem somatischen und dem wegen psychischer Beschwerden anzusetzenden GdB erfasst. Für das Vorliegen eines zusätzlich zu berücksichtigenden außergewöhnlichen Schmerzsyndroms (vgl. VG Teil A 2j) finden sich bei der Klägerin nach den vom SG und vom Senat durchgeführten Ermittlungen sowie den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen keine Hinweise. Allein mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) rechtfertigen nach den VG Teil B 18.1 noch nicht die Annahme eines GdB.

Die Klägerin kann auch nicht mit Erfolg geltend machen, für ein Krampfaderleiden komme eine GdB von 20 in Betracht. Nach den VG Teil B 9.2.3 ist wegen Krampfadern erst bei erheblicher Ödembildung, häufige (mehrmals im Jahr) rezidivierende Entzündungen der GdB mit 20 bis 30 zu bewerten. Dass bei der Klägerin diese Voraussetzungen vorliegen, ist durch die eingeholten Gutachten sowie die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht belegt. Nach dem Gutachten von Dr. B. vom 26.05.2012 bestehen Besenreiser-Varizen im Bereich der Unterschenkel mit linksseitiger Betonung. Eine erhebliche Ödembildung beschreibt Dr. B. nicht. Nach dem Gutachten von Dr. A. besteht keine ausgesprochene Schwellneigung. Stauungsbeschwerden und immer wieder ein brennendes Gefühl empfindet die Klägerin nur in geringem Maße im linken Bein. Nach dem Gutachten von Dr. A. finden sich zwar Restvarizen an beiden Beinen, links mehr als rechts. Diese rufen jedoch keine Stauungsödeme und keine Stauungsdermatose hervor. Nach der im Gutachten von Prof. Dr. W. beschriebenen medizinischen Anamnese hat die Klägerin über eine erhebliche Ödembildung bzw. über häufige rezidivierende Entzündungen nicht geklagt, sondern angegeben, dass sie derzeit nicht unter dem üblichen Brennen leide. Nach dem von der Klägerin vorgelegten Befundbericht von Dr. Dr. Z. vom 10.02.2016 bestehen zwar größenkonstante arteriosklerotische Wandveränderungen, jedoch ohne hämodynamische Konsequenz. Wegen eines Gefäßleidens kann danach ein GdB von 20, wie die Klägerin annimmt, nicht festgestellt werden. Hiervon geht auch Dr. A. aus, der wegen der beidseitigen Varikosis einen GdB von 10 für angemessen erachtet. Dem schließt sich der Senat an.

Die Klägerin kann sich zur Begründung ihrer Berufung auch nicht mit Erfolg darauf berufen, sie leide seit Jahren unter einer chronischen

Entzündung der Nasennebenhöhlen. Nach der von der Klägerin hierzu vorgelegten ärztlichen Bescheinigung von Dr. B.-Z. vom 07.11.2013 ist die Klägerin deswegen erfolgreich operativ behandelt worden. Nach der vorgelegten Bescheinigung besteht aufgrund der chronischen Entzündung lediglich eine regelmäßige Kontroll- und Behandlungsbedürftigkeit. Das Vorliegen einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen, Polypenbildung), die nach den VG Teil B 6.2 (erst) einen GdB von 20 (bis 40) rechtfertigen, lässt sich der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung vom 07.11.2013 wie auch den sonst vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Vielmehr kann allenfalls von einer chronischen Nebenhöhlenentzündung leichten Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen) ausgegangen werden, die nach den VG einen Teil-GdB von 0 bis 10 rechtfertigt. Ein Einzel-GdB von 20 (oder mehr) wegen einer Atembehinderung der Klägerin ist auch nicht unter zusätzlicher Berücksichtigung einer chronischen Bronchitis gerechtfertigt. Nach dem im Gutachten von Dr. B. vom 26.05.2012 beschriebenen Angaben der Klägerin über frühere Erkrankungen leidet sie seit langem mindestens 2/3 mal jährlich an akuten Bronchitiden. Eine Einschränkung der Lungenfunktion besteht nicht. Nach den Beschreibungen von Dr. B. in ihrem Gutachten zum internistischen Befund besteht keine Luftnot bei seitengleich belüfteten Lungen, eine weitgehend reine Vesikulärratmung (nach akuter Bronchitis) bei unauffälliger Atemfrequenz. Auch sonst lässt sich nach den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen eine Einschränkung der Lungenfunktion nicht feststellen. Danach kann bei der Klägerin allenfalls eine chronische Bronchitis leichter Form (symptomfrei Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) festgestellt werden, die nach den VG Teil B 8.2 einen Teil-GdB von 0 bis 10 rechtfertigt, zumal wenn berücksichtigt wird, dass die Klägerin Raucherin ist (war). Damit wird wegen der chronischen Nasennebenhöhlenentzündung sowie der Bronchitis allenfalls ein Einzel-GdB von 10 erreicht.

Eine GdB-relevante chronische Entzündung der Stimmbänder kann bei der Klägerin durch gesicherte objektiv medizinische Befunde nicht festgestellt werden. Das bei der Klägerin durch eine chronische Entzündung der Stimmbänder funktionelle und organische Stimmstörungen (z. B. Stimmbandlähmung) vorliegen, ist nicht belegt. Dr. de V. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 12.04.2014 das Vorliegen einer chronischen Stimmbandentzündung (mit funktionellen oder organischen Stimmstörungen) nicht diagnostiziert. Entsprechendes gilt für die von der Klägerin vorgelegte ärztliche Bescheinigung von Dr. B.-Z. vom 07.11.2013. Funktionelle bzw. organische Stimmstörungen werden auch in den eingeholten Gutachten nicht beschrieben. Lediglich dem ärztlichen Attest von Dr. S. vom 16.12.2010 und dem Bericht des Universitätsklinikums Tübingen vom 14.07.2015 lassen sich die Diagnose einer Laryngitis entnehmen. Soweit in dem ärztlichen Attest vom 16.12.2010 ein stark geröteter und verschleimter Kehlkopf attestiert wird, ist dem Attest nicht zu entnehmen, dass es sich hierbei um eine dauerhafte Gesundheitsstörung der Klägerin handelt. Damit einhergehende funktionelle oder organische Beeinträchtigung sind im Attest wie im Bericht des Universitätsklinikums Tübingen jedoch nicht beschrieben.

Die Hörstörungen der Klägerin mit Tinnitus rechtfertigt entgegen der Ansicht der Klägerin keinen GdB von 20. Nach der vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. de Vries vom 12.04.2014 besteht bei der Klägerin (audiometrisch - ohne Hörhilfe -) eine Hörminderung mit einem prozentualen Hörverlust von 30 % beidseits. Nach dem VG Teil B 5.2.4 rechtfertigt dieser Hörverlust einen GdB von 15, wovon auch Dr. de V. ausgeht. Ein zusätzlich zu berücksichtigende Tinnitus hatte Dr. de V. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht diagnostiziert. Soweit Dr. S. in ihrem Befundbericht vom 07.03.2011 an das LRA nach dem vorgelegten Tonaudiogramm einen höheren Hörverlust beschreibt, ist dieser Test nach den Angaben von Dr. S. mangels Compliance der Klägerin nicht aussagekräftig. Dem der Klägerin erteilten ärztlichen Attest der Dr. S. vom 16.12.2010 vermag der Senat deswegen keinen die Ansicht der Klägerin stützenden Beweiswert zum Ausmaß einer Hörminderung und dem Vorliegen von Ohrgeräuschen beizumessen.

Eine GdB-relevante Schilddrüsenerkrankung der Klägerin (Thyreoiditis Hashimoto) kann nicht festgestellt werden. Nach den VG Teil B 15.6 sind Schilddrüsenfunktionsstörungen gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Hiervon ist bei der Klägerin nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. S. vom 18.10.2011 auszugehen. Nach der Aussage von Dr. S. ist die Schilddrüsenerkrankung der Klägerin medikamentös kompensiert. Eine Änderung ist nach der weiteren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. S. vom 23.06.2014 nicht eingetreten. Vielmehr liegen nach der Aussage von Dr. S. die im Oktober 2011 beschriebenen Gesundheitsstörungen unverändert vor.

Ein zu berücksichtigender Bluthochdruck, wie die Klägerin im Berufungsverfahren zu dem geltend macht, ist nicht belegt. Eine Hypertonie (Bluthochdruck) führt nach den VG Teil B Nr. 9.3 in leichter Form zu einem GdB von 0 bis 10. Eine leichte Form ist anzunehmen, wenn keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen aufgetreten sind. Bei einer mittelschweren Form und Organbeteiligung (fundus hypertonus I-II, Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) leichten bis mittleren Grades, diastolischem Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung ist ein GdB von 20 bis 40 gerechtfertigt. Dass bei der Klägerin ein Bluthochdruck in leichter Form vorliegt, lässt sich den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Dass bei der Klägerin ein Bluthochdruckleiden besteht, hat insbesondere Dr. S. in seinen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen vom 18.10.2011 und 23.06.2014 nicht diagnostiziert. Im Gutachten von Prof. Dr. W. vom 06.08.2015 wird der Blutdruck der Klägerin mit 125/80 mmHg und damit nicht erhöht beschrieben ist. Auch nach den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen lässt sich ein bedeutsamer Bluthochdruck nicht feststellen.

Entsprechendes gilt auch, soweit die Klägerin im Verlaufe des Berufungsverfahrens erhebliche Ohrenscherzen links sowie Durchblutungsstörungen der linken Hals- und Kopfseite geltend gemacht hat. Dass bei der Klägerin deswegen dauerhafte, GdB-relevante Behinderungen vorliegen, lässt sich ihrem nicht substantiierten Vorbringen nicht entnehmen und ist auch sonst nicht ersichtlich.

Die vom Beklagten mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete chronische Magenschleimhautentzündung ist nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig bewertet, sondern schöpft den nach den VG Teil B 10.2.1 vorgesehenen GdB-Rahmen von 0 bis 10 voll aus. Gegen diese Bewertung hat die Klägerin im Übrigen auch keine Einwendungen erhoben.

Damit ist bei der Klägerin der Gesamt-GdB unverändert mit 40 festzustellen, weshalb eine wesentliche Änderung im Vergleich zu dem im letzten Feststellungsbescheid vom 14.05.2002 berücksichtigten Behinderungszustand der Klägerin nicht eingetreten ist. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die

Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. VG Teil A Nr. 3). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP bzw. 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); der Einwand der Klägerin, das SG schätze ohne eigene Sachkunde den GdB niedriger ein, ist daher nicht berechtigt. 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.

Hiernach wird ausgehend von einem Einzel-GdB von 30 für die psychischen Störungen der Klägerin der Gesamt-GdB durch das mit einem Einzel-GdB von 20 zu berücksichtigende Wirbelsäulenleiden der Klägerin auf 40 erhöht. Die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewertenden und vom Beklagten berücksichtigten Gesundheitsstörungen der Klägerin erhöhen den Gesamt-GdB von 40 nicht. Den abweichenden Bewertungen von Dr. Dr. B. und Prof. Dr. W. in ihren Gutachten, die von einem Gesamt-GdB von 50 ausgehen, kann nicht gefolgt werden. Beide Sachverständige legen ihrer Bewertung des Gesamt-GdB einen Einzel-GdB von 40 für die psychischen Störungen der Klägerin zu Grunde, der nach dem oben Ausgeführten überhöht ist.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die vom SG sowie vom Senat durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermittelt dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Anhaltspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, bestehen nicht. Dies gilt insbesondere, soweit die Klägerin im Verlauf des Berufungsverfahrens erhebliche Ohrschmerzen links sowie Durchblutungsstörungen der linken Hals- und Kopfseite geltend gemacht hat. Dass bei der Klägerin deshalb dauerhafte, GdB-relevante Behinderungen bestehen, lässt ihr Vorbringen, wie bereits oben ausgeführt, nicht ansatzweise erkennen. Nachforschungen "ins Blaue hinein" sind durch die Amtsermittlungspflicht nicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 03.04.2003 - B 13 RJ 39/02 R, SozR 4-1300 § 31 Nr. 1; BSG Urteil vom 05.04. 2001, SozR 3-2600 § 43 Nr. 25; BSG, Urteil vom 07.05.1998 - B 11 AL 81/97 R -, juris). Auch soweit Dr. S. in seinem Gutachten den Eindruck beschrieben hat, dass zeitweise ein ausgeprägter Medikamenten- bzw. Alkoholgebrauch bestanden haben könnte, drängen sich nach dem eigenen Vortrag der Klägerin, die diesen Ausführungen vehement entgegen getreten ist, weitere Ermittlungen nicht auf. Auch den von der Klägerin nach der Terminbestimmung vom 15.03.2016 nachgereichten medizinischen Unterlagen lassen sich keine Befunde entnehmen, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Die Kosten des Gutachtens von Prof. Dr. W. vom 06.08.2015 sowie die baren Auslagen der Klägerin, über die als Gerichtskosten der Senat in Ausübung des ihm nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGG zustehenden Ermessens von Amts wegen auch im Urteil entscheiden kann (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. stellvertretend Senatsurteil vom 27.11.2015 - L 8 U 2227/14 -, unveröffentlicht; vgl. auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.08.2006 - L 1 U 3854/06 KO-B, juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Die Klägerin hat diese daher endgültig selbst zu tragen.

Nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGG kann die von einem behinderten Menschen beantragte gutachtliche Anhörung eines bestimmten Arztes davon abhängig gemacht werden, dass der Antragsteller die Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgültig trägt. Angesichts dieser gesetzlichen Regelung steht es im Ermessen des Gerichts, ob und in welchem Umfang es die Kosten dem Antragsteller endgültig auferlegt. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach § 109 SGG eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen hat bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Dabei kann nicht in jedem Gesichtspunkt ein Beitrag zur Sachaufklärung gesehen werden. Es muss sich vielmehr, gemessen an dem Prozessziel des Antragstellers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach § 109 SGG vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage, § 109 RdNr. 11). Diese Voraussetzungen nicht liegen vor. Denn das Gutachten von Prof. Dr. W. vom 06.08.2015 hat keine zusätzliche - für die Sachaufklärung bedeutsame - Gesichtspunkte erbracht und die Sachaufklärung nicht maßgeblich gefördert und war außerdem für die gerichtliche Entscheidung nicht von wesentlicher Bedeutung, wie sich aus den oben dargelegten Urteilsgründen ergibt. Es ist deshalb nicht gerechtfertigt, die Kosten der Begutachtung durch Prof. Dr. W. auf die Staatskasse zu übernehmen. Die Klägerin hat vielmehr die Kosten der Begutachtung sowie ihre hierbei angefallenen baren Auslagen endgültig selbst zu tragen.

Im Übrigen beruht die Kostenentscheidung auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-05-09