

L 8 SB 3230/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 4291/12

Datum

17.07.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 3230/14

Datum

24.06.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17.07.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 14.03.2012 zusteht.

Die 1958 geborene Klägerin war bis zum Beginn einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, die sie von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, als Luftsicherheitskraft am B. Airport beschäftigt. Bei ihr stellte das Landratsamt R. (LRA) zuletzt mit Teilabhilfe-Bescheid vom 12.07.2011 (Blatt 83/84 der Beklagtenakte) einen GdB von 30 seit 23.11.2010 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Z.n. osteoligamentärer Dekompensation, persistierendes Wurzelreizsyndrom (Einzel-GdB 30); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 81/82).

Am 14.03.2012 beantragte die Klägerin erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 90/92 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag verwies sie auf eine Zunahme der Wirbelsäulenbeschwerden, Nebenwirkungen der Medikation, in der Psyche eine Depression, einen chronischen Schmerz und den Verdacht auf Schlaganfall.

Das LRA zog ärztliche Unterlagen und Berichte von der die Klägerin behandelnden Fachärztin für Innere Medizin Dr. L. bei (zu diesen Unterlagen vgl. Blatt 94-107 der Beklagtenakte). Der Versorgungsarzt Dr. Z. schätzte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 04.04.2012 (Blatt 109/110 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 ein (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Z.n. osteoligamentärer Dekompensation, persistierendes Wurzelreizsyndrom (Einzel-GdB 30); seelische Störung (Einzel-GdB 20)). Daraufhin stellte das LRA mit Bescheid vom 11.04.2012 (Blatt 111/112 der Beklagtenakte) den GdB seit 14.03.2012 mit 40 fest.

Ihren am 04.05.2012 erhobenen Widerspruch (Blatt 116 der Beklagtenakte) begründete die Klägerin (Blatt 120/121 der Beklagtenakte) unter Hinweis auf das nunmehr ca. 20 jährige Leiden unter schwergradigen Depressionen mit starken Schlafstörungen und einem kompletten sozialen Rückzugsverhalten. Des Weiteren werde sie ganz erheblich, durch das Postnukleotomiesyndrom belastet.

Das LRA zog vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. ärztliche Unterlagen und Berichte bei (zu dessen Unterlagen vgl. Blatt 124/130 der Beklagtenakte). Außerdem zog das LRA ärztliche Unterlagen und Berichte von der behandelnden Fachärztin für Innere Medizin Dr. L. und aus der Gemeinschaftspraxis Dres. U. et al. bei (zu den Unterlagen vgl. Blatt 136/139 und 145/148 der Beklagtenakte).

Unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dres. Ze. , K., O. vom 30.09.2012 (Blatt 150 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 29.10.2012, Blatt 152/154 der Beklagtenakte).

Die Klägerin hat am 27.11.2012 beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, es sei nach wie vor davon auszugehen, dass die depressive Erkrankung keine ausreichende Berücksichtigung gefunden habe. Unverändert leide sie unter chronischen Schmerzen. Bislang habe nur die LWS im Vordergrund der Beeinträchtigung gestanden, nunmehr hätten auch die Beschwerden im HWS-Bereich zugenommen. Die Klägerin hat vorgelegt: - die Einladung zur gutachterlichen Untersuchung beim Nervenarzt Dr. m .../l. B.

N. (Blatt 13 der SG-Akte), - einen ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag von Dr. L. (Blatt 14 der SG-Akte) und Dr. Wo. (Blatt 15 der SG-Akte), - einen Bericht von Dr. K.-O. vom 21.05.2012 aus der Gemeinschaftspraxis Dres. U. et al. (Blatt 16 der SG-Akte), - einen radiologischen Bericht der Dres. Wi. et al. vom 21.06.2012 (Blatt 17/18 der SG-Akte).

Das SG hat von der Deutschen Rentenversicherung Bund das Gutachten von Dr. m./l. B. N. vom 21.11.2012 beigezogen und zur Akte genommen (Blatt 23/31 der SG-Akte) sowie von Dr. L. einen Auszug aus der Patientenakte und der Behandlungsdokumentation beigezogen (zu diesen Unterlagen vgl. Blatt 36/41 der SG-Akte). Darüber hinaus hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens bei Prof. Dr. Ga., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie. Dieser hat in seinem Gutachten vom 13.11.2013 (Blatt 48/60 der SG-Akte) bei der Klägerin eine Dysthymia mit konstant leicht depressiver Verstimmung, Schlafstörungen, leicht erhöhter Erschöpfbarkeit, allgemeinem Gefühl der Unzulänglichkeit und somatoformer Schmerzstörung mit belastenden Schmerzen, die nicht adäquat durch Nachweis eines physiologischen Prozesses oder körperlicher Störung erklärt werden können und anhaltend Hauptfokus für die Aufmerksamkeit beschrieben. Zusätzlich liege ein fraglich medikamenteninduzierter Haltetremor vor. Bei der Dysthymia handle es sich um eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und einem Einzel-GdB von 30. Den Gesamt-GdB hat er mit 50 bewertet.

Hierzu hat der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Gö. vom 22.01.2014 vorgelegt (Blatt 63 der SG-Akte), in der dieser eine konstante aber offenbar nur leichte depressive Verstimmung und Aggravations- und Simulationstendenzen bei erhaltener Urlaubs- und Reisefähigkeit mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet hat.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.02.2014 (Blatt 66/67 der SG-Akte) verblieb Prof. Dr. Ga. bei seiner Einschätzung. Bei der Klägerin sei der leichteren Form der Depression ein somatoformes Schmerzsyndrom zuzuordnen. Von wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei auszugehen. Die vorhandene Urlaubs- und Reisefähigkeit sei nicht grundsätzlich inkonsistent mit der Einschätzung der stärker behindernden psychischen Störung.

In seiner vom Beklagten vorgelegten Stellungnahme vom 04.03.2012 (Blatt 70 der SG-Akte) führt der Versorgungsarzt Dr. Wo. aus, bei dem im Gutachten beschriebenen Befund und der beschriebenen Alltagsgestaltung sei eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht nachzuvollziehen.

Mit Urteil vom 17.07.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens stehe fest, dass sich eine wesentliche Änderung im Sinne der Verschlimmerung gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht nachweisen lasse. Dem Ausmaß der wesentlichen Verschlimmerung sei durch die Erhöhung des bisherigen Gesamt-GdB von 30 auf 40 angemessen Rechnung getragen worden. Prof. Dr. Ga. habe in seinem Gutachten lediglich eine leichtere Form einer Depression diagnostiziert, die einem somatoformen Schmerzsyndrom zuzuordnen sei. Soweit Schmerzen nicht bereits durch die Bewertung der orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Einzel-GdB von 30 erfasst seien, bedingten diese zusammen mit der leichteren Form der Depression keinen Teil-GdB von 30 bis 40 mit der Folge eines Gesamt-GdB von 50. Auch auf orthopädischem Gebiet sei eine wesentliche Verschlimmerung nicht nachweisbar. Bedeutsame Funktionsbeeinträchtigungen der HWS seien klinisch nicht belegt. Unter Berücksichtigung der Überschneidungen zwischen der somatoformen Schmerzstörung und den durch die orthopädisch nachweisbaren Veränderungen bedingten Schmerzen sei dem Ausmaß der Verschlimmerung insgesamt mit der Feststellung des Gesamt-GdB von 40 angemessen Rechnung getragen.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 25.07.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 01.08.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Im Hinblick auf die orthopädischen Beeinträchtigungen mache sie eine Verschlechterung der Gestalt geltend, dass eine Zervikobrachialgie links bestehe. Beschrieben sei eine diskrete Hypästhesie im Versorgungsbereich an der Hand sowie eine mittelgradige Bizepsparese. Es bestünden ausstrahlende Schmerzen in den linken Arm. Ferner sei ein Druckschmerz zervikal mit paravertebalem Hartspann, Schmerz für C6 und C7 links, Dysästhesie für C7 beschrieben. Sie gehe davon aus, dass diesbezüglich und in Zusammenschau mit den bereits bekannten Funktionsbeeinträchtigungen der LWS von mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten auszugehen sei. Auf orthopädischem Fachgebiet bestehe nach wie vor die Schmerzsymptomatik am rechten Bein. Es bestünden permanente extreme Schmerzen im linken Arm, der Schulter und im Halsbereich. Zudem komme es zu einem immer wiederkehrenden Taubheitsgefühl am ganzen linken Arm und an den Fingern. Im Hinblick auf die seelische Störung gehe sie unter Bezugnahme auf die Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. Ga. davon aus, dass bei ihr eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einem Einzel-GdB von 30 vorliege. Sie werde bereits seit längerer Zeit mit dem stark wirksamen Opioid-Analgetikum Tapentadol (Handelsname Palexia) behandelt. Es sei auch nicht sachgerecht, die Schmerzstörung allein den orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen zuzuordnen. Die Klägerin hat vorgelegt: - einen Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. Gr. vom 31.07.2014 (Blatt 22 der Senatsakte), - einen Bericht des Oberarztes Dr. Di. der Neurochirurgischen Klinik des S. Klinikums Karlsruhe vom 03.07.2014 (Blatt 23/24 der Senatsakte) und - einen Teil eines radiologischen Berichts vom 29.04.2014.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des SG Karlsruhe vom 17.07.2014 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Änderung des Bescheids vom 11.04.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.10.2012 bei ihr einen GdB von 50 seit 14.03.2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 35/36, 37, 38/47, 49/54 der Senatsakte Bezug genommen. Prof. Dr. Sp. und Dr. Di. von der Neurochirurgischen Klinik des S. Klinikums K. haben in ihrer Antwort vom 28.04.2015 mitgeteilt, bei der einmaligen Untersuchung am 03.07.2014 habe sich eine diskrete Gefühlsstörung im Bereich des Daumens sowie eine Schwäche der Armbeugung gezeigt. Die Kemptomographie habe deutlich degenerative Veränderungen der HWS mit Veränderungen der normalen Form der HWS sowie eine Einengung der Nervenaustrittskanäle bzw. -löcher zwischen dem 4. und 5., dem 5 und 6 sowie dem 6. und 7. Halswirbel auf der linken Seite gezeigt. Die Klägerin habe sich danach nicht mehr gemeldet. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Gr. hat am

03.05.2014 die Diagnosen eines Bandscheibenvorfalles C5/6 links, einer Stenose C6/7 mit Tangierung des Myelons, einer chronischen Schmerzpatientin, einer Osteochondrose L5/S1 sowie einer Segmentdegeneration L5/S1 mitgeteilt und ausgeführt, insgesamt bestehe eine relative Operationsindikation, je nach Leidensdruck der Klägerin. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. K.-O. hat dem Senat unter dem 04.05.2014 geantwortet und ausgeführt, es sei erwogen worden, dass die Schmerzen von degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbellocher der HWS 4/5 bis 6/7 verursacht sein könnten. Dies wäre mit einer Funktionsmyelographie zu überprüfen, wozu sich die Klägerin bisher habe nicht durchringen können. Vor der Erstvorstellung sei sie 2010 mit einer lumbalen Spinalstenose der LWS operiert worden mit nur ganz kurzfristiger Besserung, danach deutlicher Verschlechterung der Beschwerden, für die in einer Kernspinkontrolle sechs Wochen postoperativ keine erklärende Ursache erkennbar war. Die Oberärztin Dr. Wo. , Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin des S. Klinikums K. , hat in ihrer Antwort vom 15.06.2015 geschrieben, dass bei der Klägerin zunächst eine anhaltende Lumboischialgie rechts, begleitet von einer Pseudoischialgie mit ISG-Affektion rechts festgestellt worden seien. Im Juli 2013 seien zunehmend Nackenschmerzen sowie Schmerzen im Schultergürtel, im November 2013 dann ziehende Schmerzen in den linken Oberarm mit Ausstrahlung in den linken Daumen, im April 2014 auch einhergehend mit deutlicher Parästhesie aufgetreten, wobei die Schmerzen im Wesentlichen medikamentös therapierefraktär gewesen seien. Bei der Vorstellung im November 2014 habe die Klägerin über weitere Schmerzen rechtes Bein sowie Kribbelparästhesien im linken Arm und auch über häufige Angstzustände und Panik geklagt.

Der Senat hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Internisten, Betriebs- und Sozialmediziner Dr. Schu. , der sein Gutachten unter Berücksichtigung von Zusatzgutachten auf orthopädischem Fachgebiet und auf psychiatrischem Fachgebiet erstellt hat. Wegen des Inhalts dieser Beweisaufnahme wird auf Blatt 58/139 der Senatsakte Bezug genommen. Der Arzt für Orthopädie Dr. Kr. hat in seinem Gutachten vom 22.07.2015 anhaltende Veränderungen im Bereich der LWS und der HWS festgestellt. Insoweit ergebe sich eine Überschneidung mit dem der neurologischen Fachgebiet durch den chronischen Wurzelreiz als neurologische Ausstrahlung. Die Veränderung aus der HWS strahlen in den linken Arm, die Veränderung der LWS in das rechte Bein aus. Durch die anhaltenden Schmerzen bestehe eine Chronifizierung. Die Veränderung im Bereich der HWS und der LWS hat er mit einem GdB von 30 eingestuft. Die Fachärztin für Psychiatrie, Suchtmedizin und Sozialmedizin F. hat in ihrem Gutachten vom 12.12.2015 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Angst und depressive Störung, gemischt, chronifiziert und als Nebendiagnosen ein Postnucleotomiesyndrom bei Zustand nach osteoligamentärer Dekompression, Lipomektomie und Foraminotomie L4/L5 beidseits 09/2010 sowie eine degenerative Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates diagnostiziert. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren überschneide sich deutlich mit den Leiden auf orthopädischem Fachgebiet; es liege eine anhaltende chronische Schmerzstörung vor. Hierdurch bedingt sei von mittelgradigen Funktionsbeeinträchtigungen auf den Gebieten der Alltagsgestaltung und der Gestaltung der beruflichen Teilhabe und der Teilhabe auszugehen. Die beiden auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Störungen seien unter "stärker behindernde Störungen mit wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, ... somatoforme Störungen)" einzuordnen und unter Berücksichtigung der Überschneidung mit dem Leiden auf orthopädischen Fachgebiet (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Z.n. osteoligamentärer Dekompression, persistierendes Wurzelreizsyndrom) mit 30 angemessen zu bewerten. Dr. Schu. hat in seinem Gutachten vom 14.12.2015 den Gesamt-GdB mit 50 bewertet. Insgesamt liege eine mittelgradige Beeinträchtigung sowohl auf orthopädischem als auch auf psychiatrischem Gebiet vor. Der Ansatz eines GdB von 50 sei angesichts der beiden Einzelwerte von 30 gerechtfertigt, da beide Fachgutachter schon bei der Festsetzung ihrer GdB-Einschätzung die Überschneidungen berücksichtigt und "herausgerechnet" hätten.

Der Beklagte hat eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 03.03.2016 vorgelegt (Blatt 144/145 der Senatsakte), in der dieser den Gesamt-GdB mit 40 bemisst. Im psychiatrischen Gutachten von Frau F. werde der Einzel-GdB mit 30 vorgeschlagen. Dieser Einschätzung könne zwar gefolgt werden, nicht jedoch mit der Abbildung eines Gesamt-GdB 50, da anhand der Medikamentenanamnese in dem Gutachten eine außergewöhnliche Schmerzsymptomatik mit hohen und höchsten Schmerzmitteldosen nicht angenommen werden könne und Überschneidungen durch die organisch- und die somatoform-bedingte Schmerzkomponente zu beachten seien. Auch werde zwischenzeitlich keine ambulante Psychotherapie mehr durchgeführt. Im psychopathologischen Befund werde die Stimmung als gereizt beschrieben, jedoch nicht schwer gedrückt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit, was den Einzel-GdB von 30 als wohlwollend erscheinen lasse, zumal dies ja auch einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in allen Lebensbereichen entspreche. So werde auch im Gutachten ausgeführt, dass die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sich deutlich mit den Leiden auf orthopädischem Fachgebiet überschneide, so dass der Einschätzung in der zusammenfassenden Bewertung von Dr. Schu. mit Abbildung eines GdB 50 nicht gefolgt werden könne.

Die Klägerin hat mitgeteilt (Blatt 148 der Senatsakte), dass die Unterbrechung der psychosomatischen Behandlung auf eine seitens der Krankenkasse verordnete Therapiepause zurückzuführen sei.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 147, 148 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 11.04.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 20.10.2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 seit 14.03.2012. Der Senat konnte zwar im Verhältnis zu dem zuvor maßgeblichen Teilabhilfe-Bescheid vom 12.07.2011 eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse feststellen, der der Beklagte aber mit der Feststellung eines GdB von insgesamt 40 im rechtlich gebotenen Umfang ausreichend Rechnung getragen hat. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

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 Einzel-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) -, [BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Nach diesen Grundsätzen konnte der Senat eine Änderung des Behinderungszustandes feststellen, die nach Erlass des Bescheids vom 12.07.2011 eingetreten ist. Von einer Änderung als solches geht auch der Beklagte aus. Zum einen betraf die dem Bescheid zu Grunde liegende Wirbelsäulenerkrankung nur die LWS. Ab Juli 2014 sind jedoch auch funktionelle Einschränkungen der HWS dokumentiert (Bericht Dr. Gr. vom 31.07.2014, Bl. 22 LSG-Akte). Außerdem sind psychische Gesundheitsstörungen hinzugetreten. Dr. Schu. führt in seinem Gutachten zwar zutreffend aus, dass seelische Störungen wohl bereits vor 2011 bei der Klägerin vorgelegen haben. Psychische Beschwerden sind bereits ab 2010 medizinisch dokumentiert, so ist u.a. ein psychovegetativer Erschöpfungszustand im Bericht der M. Klinik Bad L. vom 11.02.2010 (Bl. 20ff der Beklagtenakte) als Rehadignose angegeben, die aber keine Therapieempfehlung nach sich zog. Ob der Bescheid vom 12.07.2011 deshalb rechtswidrig war, weil ihm nur die Wirbelsäulenerkrankung als Behinderung zu Grunde liegt, was mit einem Verfahren nach [§ 44 SGB X](#) zu überprüfen wäre, steht nicht zur Entscheidung. Vorliegend ist jedoch allein maßgebend, dass eine Änderung des im Juli 2011 nachzuweisenden Behinderungszustandes auch hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes nachträglich eingetreten ist. Die Entwicklung zu der erstmals im Mai 2012 gesicherten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Arztbrief von Dr. K.-O. vom 21.05.2012, Bl. 45 der Senatsakte) über die im Oktober 2011 dokumentierte zunehmende Chronifizierung der Schmerzen nach Gerbershagen II (Bericht des S. Klinikums K. vom 06.10.2011, Bl. 95f der Beklagtenakte) bzw. über ein schmerzbedingtes chronisches Angst-Unruhe-Syndrom (Bericht des Diplom-Psychologen S. vom 31.05.2012 mit Behandlungsbeginn ab 27.07.2011, Bl. 130 der Beklagtenakte) bis zu der Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt" im Entlassungsbericht der R. Klinik vom 17.02.2012 (Bl. 103-107 der Beklagtenakte) belegt die danach eingetretene Änderung auch im psychischen Gesundheitszustand.

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) – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend 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 bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau seit dem 14.03.2012 einen Gesamt-GdB von 50 nicht rechtfertigen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, war ein Einzel-GdB von 30 anzunehmen. Nach den B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein 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 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 GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein 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 (Senatsurteil vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) - juris und www.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 ein 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.

Der Gutachter Dr. Kr. konnte in seinem Gutachten feststellen, dass die Wirbelsäule der Klägerin in zwei Abschnitten, der HWS und der LWS,

mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen geschädigt ist. Hinsichtlich der LWS bestehen auch Rückenschmerzen, rechts ausstrahlend, der Hosenaußennaht entlang laufend bis zum Außenknöchel, was der Wurzel S1 entspricht. Dr. Kr. konnte ein initial rechts schonhinkendes Gehen und ein zwar durchführbares, aber unsicheres Vorwärtsgehen, Rückwärtsgehen, den Einbeinstand, Zehen- und Fersenstand darstellen (Blatt 79 der Senatsakte = Seite 12 des Gutachtens), weshalb der Senat zu der Überzeugung gelangt ist, dass insoweit funktionelle Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden bestehen, die über die bloße Ausstrahlung von Schmerzen hinausgehen. Die LWS war jedoch alterskorrekt entfaltbar, wobei die Etage L5/S1 in der Höhe aber auch etwas vermindert ist, jedoch noch an der Bewegung Reklination und Inklination teilnimmt und nur gering in dieser Höhe in der Entfaltbarkeit betroffen ist. Neurologische Ausfälle im Bereich der unteren Extremitäten bestanden nicht, auch ein klassischer Nervendehnungsschmerz konnte Dr. Kr. bei seiner Untersuchung nicht auslösen. Im Bereich der HWS bestehen deutlich altersüberschreitende degenerative Veränderungen der unteren beiden Etagen der HWS, aber ohne motorische Ausfälle im Bereich der oberen Extremitäten links bei Wurzelreiz C6/C7 links. Bei der klinischen Untersuchung bei Dr. Kr. hatte sich eine mäßiggradige Bewegungseinschränkung der HWS gezeigt, neurologische, motorische Ausfälle im Bereich der oberen Extremitäten konnte er im Untersuchungsmoment aber nicht dokumentieren. Es zeigte sich auch keine isolierte Atrophie als Ausdruck einer schonungsbedingten Gebrauchsminderung der Muskulatur. Es bestanden allenfalls untergeordnet in der Wirksamkeit lokale Muskelhartspannungen im Bereich der Rückenstreckerkette und im Bereich der rechten Pobacke; Letzteres in der rechten Glutealregion als Folge der Ausstrahlung der Lendenwirbelsäulenbeschwerden in das rechte Bein.

Hiervon ausgehend ist im Hinblick auf die fehlende bzw. mäßige Bewegungseinschränkung sowie die fehlenden objektivierbaren neurologischen Auswirkungen in den genannten Wirbelsäulenabschnitten die jeweilige Einstufung als mittelgradige Beeinträchtigung mit einem Teil-GdB 20 für jeden Wirbelsäulenabschnitt nur dadurch gerechtfertigt, dass die von keinem Arzt infrage gestellte besondere Schmerzproblematik seitens der HWS und LWS berücksichtigt wird und für die Bewertung als mittelgradige Funktionseinschränkung in jeweils zwei Wirbelsäulenabschnitten Bedeutung erlangt.

Die mit der bisherigen Bewertung des Einzel-GdB mit 30 übereinstimmende Einschätzung von Dr. Kr. überzeugt den Senat, weshalb der Einzel-GdB im Funktionssystem des Rumpfes mit 30 anzusetzen ist.

Die von Dr. Kr. beschriebene Reizung im Bereich der Schultermanschette links und rechts mit symmetrischer Bewegungseinschränkung im Bereich der Schulter ohne sonographischen Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur begründet im Funktionssystem der Arme allenfalls einen Einzel-GdB von 10. Denn insoweit liegen weder ein Verlust des Armes im Schultergelenk noch eine Versteifung oder eine Instabilität vor. Die Bewegungseinschränkung (zu den Bewegungsmaßen vgl. Blatt 81 der Senatsakte = Seite 14 des Gutachtens Dr. Kr.) mit rechts 110° und links 130° begründet allenfalls hinsichtlich des rechten Gelenks einen Einzel-GdB von 10 (vgl. B Nr. 18.13 VG). Soweit dagegen die Beeinträchtigungen der Schulter und der Arme – auch neurologisch – auf die Gesundheitsstörungen der HWS zurückzuführen sind, hat der Senat diese bereits dort berücksichtigt, sodass diese nicht auch noch im Funktionssystem der Arme zu bewerten waren.

Im Funktionssystem der Beine ist für den von Dr. Kr. beschriebenen initialen Spreizfuß und Hallux valgus ein Einzel-GdB nicht anzunehmen, denn diese Gesundheitsstörungen sind ohne wesentliche statische Auswirkungen verblieben, was nach B Nr. 18.14 VG einem GdB von Null entspricht.

Soweit Dr. Schu. anamnestisch eine Neigung zum schnellen Herzschlag angeführt hat, begründet dies im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs keinen Einzel-GdB. Im Rahmen der von Dr. Schu. durchgeführten Kreislaufuntersuchung wurde eine leicht überdurchschnittliche, jedoch nicht krankhafte Herzfrequenz festgestellt, welche dann bei der EKG-Ableitung korrekt im mittleren Normbereich lag. Der Betablocker wurde auch im Serum nicht in nachweisbarer Konzentration gefunden, so dass der normale Herzschlag nicht Folge der medikamentösen Beeinflussung ist. Mithin konnte sich der Senat nicht vom Vorliegen einer dauerhaften krankhaften Störung, die wegen ihrer funktionellen Auswirkungen mit einem GdB zu bewerten wäre, überzeugen.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, in dem auch die Schmerzen zu berücksichtigen sind, die nicht einem anderen Funktionssystem konkret zugeordnet werden können, liegen bei der Klägerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD 10 F41.2) vor. Nach B Nr. 3.7 VG 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.

In Anwendung dieser Grundsätze ist die psychische Beeinträchtigung der Klägerin nach Auffassung des Senats mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ist zur vollen Überzeugung des Senats nicht festzustellen.

Vorliegend konnte der Senat angesichts der Angaben gegenüber der Gutachterin F. (vgl. Blatt 124 der Senatsakte = Seite 17 des Gutachtens) feststellen, dass sich die Klägerin im Verhältnis zu früher weiter zurückgezogen hat. Seit 2010 sind zunehmend psychische Beschwerden im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen in der Biographie dokumentiert in Form von trauriger Verstimmung, Angst, Unruhe, Grübeln, Antriebsminderung, Schlafstörungen und sozialem Rückzug. Diese Symptomatik veranlasste die Ärzte der R. Klinik zur Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt". Zudem wurde dort eine psychogene Überlagerung der Schmerzen thematisiert. Auch der behandelnde Psychiater nennt als Diagnose neben einer chronifizierten somatoformen Schmerzstörung die Angst und depressive Störung, gemischt (07/2013). Dr. N. stellte im November 2012 die Diagnosen eines Postnucleotomiesyndroms und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD 10 F45.4) sowie einer Anpassungsstörung (ICD 10 F43.2). Die Klägerin war ca. 1 ½ Jahre nach der Wirbelsäulenoperation im Jahr 2009 bzw. im September 2010 mit den Medikamenten (Lyrica) nicht zurechtgekommen, hat wenig geschlafen und permanente Schmerzen. Sie hatte Phasen in der sie keine Lust mehr hatte zu leben und Selbstmordgedanken. In der Folge trat eine verminderte Belastbarkeit und Gemütsschwankungen sowie Angst auf. Die Klägerin hat Psychotherapie bei Dipl. Psychologin S. begonnen und Medikamente eingenommen. Sie berichtete bei Frau F. von einer reduzierten Hausarbeit und Übernahme durch den Lebensgefährten (vgl. dazu auch Blatt 61 RS der Senatsakte = Seite 8 des Gutachtens Dr. Schu. ; vgl. auch Blatt 55 der SG-Akte = Seite 8 des Gutachtens Prof. Dr. Ga.) und einer Aufgabe von Freizeitbeschäftigungen und Hobbies (vgl. auch Blatt 52 der SG-Akte = Seite 5 des Gutachtens Prof.

Dr. Ga.) sowie einem reduzierten, aber nicht völlig aufgegebenen Freundeskreis. Dies führt sie anfänglich auf die Schichtarbeit zurück.

Bei der psychischen Untersuchung durch Frau F. hat sich die Klägerin als insgesamt sehr misstrauisch und permanent gereizt wirkend gezeigt. Der Rapport war teils zäh, die Angaben eher vage. Sie war wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert. Es haben sich keine groben Störungen der kognitiven Funktionen feststellen lassen. Das Denken war formal geordnet und nachvollziehbar, kein Anhalt auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungs- und Ichstörungen. Psychomotorisch war die Klägerin stark unruhig und agitiert. Die Stimmung war durchgehend gereizt, jedoch nicht schwer gedrückt. Teils war sie weinerlich, die affektive Schwingungsfähigkeit war jedoch erhalten.

Neben Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates bestehen psychische Beschwerden (verminderte Belastbarkeit, "Gemütsschwankungen", Ängste, Herzrasen, phasenweise Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug). Frau F. konnte affektive Veränderungen beschreiben (misstrauisch, gereizt, weinerlich) und psychomotorische Unruhe und Agitiertheit.

Diese aus der psychischen Störung resultierenden funktionellen Einschränkungen erreichen entgegen der Auffassung der Gutachter Prof. Dr. Ga. und der Psychiaterin F. den Belastungsgrad einer stärker behindernden Störung nicht. Deren Bewertung ist für den Senat nicht überzeugend. Dies folgt für den Senat daraus, dass die beschriebenen psychisch bedingten Einschränkung in der Lebensgestaltung für den Senat nicht in der erforderlichen Ausprägung erkennbar geworden ist, was sich unter anderem auch darin zeigt, dass der für eine stärker belastende psychische Störung zu erwartende entsprechende Leidensdruck nicht nachgewiesen ist.

Die Gutachterin F. hat zwar (Blatt 133 der Senatsakte = Seite 29 des Gutachtens) einen hohen Leidensdruck seitens der Klägerin angenommen, dies jedoch allein auf die Angaben der Klägerin selbst gestützt. Dem widerspricht jedoch der Umstand, dass die Klägerin sich keiner psychotherapeutischen Behandlung mehr unterzieht. Bei fehlender ärztliche Behandlung kann in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze (GdB 30 bis 40) darstellt (ständige Senatsrechtsprechung, vgl. Urteil des Senats vom 17.12.2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Im Gutachten von Frau F. ist angegeben, dass die bei Diplom-Psychologe S für ein Jahr durchgeführte Therapie bereits seit Februar 2013 beendet sei und bei der Krankenkasse hätte neu beantragt werden sollen. Sie – die Klägerin – plane aber keine Fortsetzung (Bl. 124 der Senatsakte = Seite 20 des Gutachtens), weshalb auch bislang, also auch nach über drei Jahren, keine adäquate Behandlung durchgeführt worden ist. Für den Senat ist nicht erkennbar geworden, dass dies auf Umständen beruht, auf die die Klägerin selbst keinen Einfluss hat, weil etwa die Krankenkasse eine weitere Behandlung abgelehnt hat oder kein geeigneter Therapeut gefunden worden wäre. Vielmehr ist den Angaben der Klägerin bei Frau F. zu entnehmen, dass sie die Fortsetzung einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Therapie nicht plant und damit auch ein solches Ziel nicht anstrebt; und dies obgleich ihr die Gespräche mit Diplom-Psychologe S auch nach eigener Einschätzung geholfen haben, wie sie bei Frau F. angegeben hatte.

Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass die Klägerin lediglich ein geringes psychosomatisches Krankheitsverständnis habe, was die nicht ausgeschöpften psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erklären könne, wie die Gutachterin F. anklingen lässt. Für den Senat ist dies nicht nachvollziehbar, denn selbst dann, wenn die Klägerin ihre Schmerzen nach ihrem Verständnis allein auf somatische Erkrankungen zurückführt und sich daher auf die – medizinisch insuffiziente – medikamentöse Therapie allein konzentriert, ist nicht verständlich, weshalb die Klägerin an der auch aus ihrer Sicht nicht adäquaten Behandlung mit Einnahme von Schmerzmitteln festhält. In den beigezogenen Arztunterlagen ist mehrfach dokumentiert, dass die relativ hochdosierten Schmerzmittel sowie Antidepressiva nach eigener Auffassung der Klägerin ohne Erfolg sind (vgl. Gutachten von Dr. N. vom 24.10.2012, Seite 7 des Gutachtens). Insbesondere nimmt die Klägerin auch das bei Frau F. im September 2015 noch angegebene Schmerzmittel "Palexia" mindestens bereits seit 11.02.2013 (siehe Ausdruck vom 20.06.2013 der Karteieinträge von Dr. L., Bl. 41 der SG-Akte; Bericht von Dr. K.-O. vom 03.07.2013), obgleich sie sich durchgehend über das Auftreten stärkere Schmerzen trotz medikamentöser Behandlung beklagt, weshalb im Rahmen der Schmerztherapie beim S. Klinikum K. für die bis November 2014 durchgeführte Behandlung festgestellt werden musste, dass die Schmerzen im Wesentlichen medikamentös therapierefraktär sind (sachverständige Aussage von Oberärztin Dr. Wo. vom 15.06.2015 an den Senat). Ebenso hat die Klägerin das bei der Diagnose Angst und Depression indizierte Antidepressiva eigenmächtig abgesetzt (Bericht von Dr. K.-O. vom 03.07.2013), wie sie auch das wegen ihres Herzrasens verordnete Medikament "Nebivolol" als wirkungslos beurteilt (so ihre Angaben bei der Untersuchung durch Dr. Schu.). Soweit die Klägerin sich daher mit der auch aus ihrer Erfahrung nicht ausreichenden medikamentösen Therapie wegen ihrer Schmerzen begnügt, ist ein höherer Leidensdruck wegen psychischen Beeinträchtigungen im Sinne der Rechtsprechung des Senats nicht festzustellen.

Den Angaben der Klägerin ist darüber hinaus auch keine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensgestaltung im Sinne einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu entnehmen.

Bei der Klägerin liegt auf psychiatrischem Fachgebiet eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) vor. Die Schmerzen bedingen ein Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen. Andererseits leidet die Klägerin auch unter depressiven und ängstlich-agitierten Symptomen, die nach Psychiaterin F. medizinisch nicht als rein reaktiv auf die Schmerzstörung zu sehen sind. Diagnostisch handelt es sich um eine "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD 10 F41.2). Die Kriterien einer Dysthymie (ICD 10 F34.1), wie von Prof. Dr. Ga. gestellt, sind dagegen nicht erfüllt. Auch ist eine schwere Depression nicht festzustellen, ebenso nicht ein Zustand nach Schlaganfall.

Die Bewertung durch Prof. Dr. Ga. und die Gutachterin F. auf der Grundlage der von ihnen angenommenen wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einem Einzel-GdB von 30 ist dagegen nicht überzeugend. Dabei hat der Senat unberücksichtigt gelassen, dass Prof. Dr. Ga. ein gewisses, auf Aggravations- und Simulationsverhalten hindeutendes inkonsistentes Verhalten mitgeteilt hatte. Zwar hat der Gutachter anhand der Vorbefunde und der eigenen Untersuchungsergebnisse die Auswirkungen der von ihm diagnostizierten Gesundheitsstörungen zuverlässig beurteilen können, worauf er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.02.2014 verwiesen hat. Er wird von der Sachverständigen F., die die Auswirkungen des psychiatrisch-neurologischen zu beschreibenden Leidens der Klägerin ebenfalls als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bewertet und keine Aggravationstendenzen mitgeteilt hat, bestätigt. Andererseits sind die von der Klägerin bei der Untersuchung durch die Psychiaterin F. mitgeteilten angeblich eingeschränkten Aktivitäten nicht in allen Beziehungen für den Senat nachvollziehbar. So hat sie angegeben, für sie

sei schwierig, Kontakte von früher aufrechtzuerhalten, sie habe sich ziemlich zurückgezogen. Dem steht entgegen, dass sie die bei Prof. Dr. Ga. angegebene Urlaubsreise an den Lago Maggiore nicht allein im Kreise ihrer Familie, sondern mit Freunden unternommen hat. Dabei war sogar ein starker Wechsel der die Familie am Urlaubsort besuchenden Freunde gegeben, denn einige Freunde waren mit angereist und andere waren zeitlich versetzt nachgekommen, einige seien nur 3-4 Tage geblieben. Diesem Vorbringen ist auch nicht zu entnehmen, dass die Klägerin nur um den Familienangehörigen eine Urlaubsreise zu ermöglichen, mitgefahren ist und sich selbst aber weitgehend von Urlaubsaktivitäten am Urlaubsort zurückgehalten hätte. Ebenso sind die beschriebenen eingeschränkten Aktivitäten im Haushalt oder die genannten Freizeitgestaltungen, angesichts der am Urlaubsort entwickelten Aktivitäten deren Glaubhaftigkeit gleichwohl einmal unterstellt, nicht auffallend gravierend durch psychische Beeinträchtigung beschnitten. Hausarbeiten erledigt die Klägerin durchaus noch, sportliche Aktivitäten führt sie eigenen Angaben zufolge nicht mehr aus, andererseits gehe sie "schon mal raus, ein bisschen laufen", die Partnerschaft ist stabil, sie würden abends miteinander reden, sie begleitet ihren Freund auch zu Bekannten, z.B. auf einem Geburtstag, auch wenn sie dort nicht lange bleibt. Ihren Angaben bei Psychiaterin F. zufolge sei ihr Gesundheitszustand schwankend, es gebe durchaus Phasen, in denen es ihr besser gehe. Auch gebe es Momente, wo sie sich freuen könne. Bereits aus diesen Angaben wird zur Überzeugung des Senats ersichtlich, dass in einer Gesamtwürdigung der bei schwankendem Verlauf gebotenen Längsschnittbetrachtung keine durchschnittlich besonders ausgeprägte Einschränkungen der Lebensgestaltung vorliegen.

Weitere GdB-relevante Gesundheitsstörungen sind weder vorgetragen, noch konnte der Senat solche feststellen. Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben 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 Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Arme (Schulter) und - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche, wobei sich Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend auswirken. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 30 und einem des Weiteren zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 10 auszugehen ist und auch kein Fall vorliegt, in dem ein Einzel-GdB von 10 ausnahmsweise zu berücksichtigen wäre, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i.H.v. 40 feststellen. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass selbst dann, wenn der gutachtlichen Einschätzung gefolgt und der Einzel-GdB von 30 für die psychisch bedingte Behinderung zugrundegelegt würde, kein höherer Gesamt-GdB anzunehmen ist. Denn in beiden mit einem Einzel-GdB von 30 bewerteten Funktionssystemen sind Schmerzen mitbewertet. Insoweit bestehen aber weitgehende Überschneidungen mit der GdB-Bewertung für die Wirbelsäulenerkrankung. Die HWS- und LWS-Beschwerden, die den Einzel GdB 30 für dieses Funktionssystem begründen, ist maßgeblich durch die Schmerzsymptomatik bestimmt. Darauf haben auch die Gutachter Dr. Schu., Dr. Kr. und F. hingewiesen. Soweit die Sachverständige F. darauf verweist, dass die depressive und ängstlich-agitierte Symptomatik nicht allein als Reaktion auf die Schmerzstörung zu werten sei im Sinne einer Anpassungsstörung, weshalb Dr. Schu. davon ausgeht, dass im psychiatrischen und orthopädischen Zusatzgutachten der somatische Anteil der Schmerzstörung jeweils "herausgerechnet" worden sei, und daher eine Überschneidung der Einzel-GdB von 30 nicht angenommen werden kann, ist dies vorliegend rechtlich nicht begründbar. Die GdB-Bewertung erfasst die medizinisch darstellbaren funktionellen Einschränkungen, auf die medizinisch begründbaren Ursachen der Funktionseinschränkung kommt es nicht an. Vor diesem Hintergrund kann der Senat eine wesentliche Überschneidung der Funktionsbehinderungen bei der Klägerin feststellen, die jedenfalls auch dann zu einem Gesamt-GdB von 40 führt, wenn von jeweils zwei Einzel-GdB von 30 ausgegangen würde. Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist die Klägerin jedenfalls durch den vom Beklagten festgestellten und vom SG durch Urteil bestätigten Gesamt-GdB 40 nicht beschwert. Ein Anspruch auf Feststellung eines GdB 50 liegt damit nicht vor.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-07-29