

L 6 SB 902/16

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

6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 SB 3599/13
Datum

26.01.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 902/16
Datum

25.08.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26. Januar 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft.

Die 1959 geborene Klägerin ist Mutter zweier Kinder, die nicht mehr im Haushalt leben, und mittlerweile in zweiter Ehe verheiratet. Nach Erreichen des Realschulabschlusses absolvierte sie eine Ausbildung zur Zerspanungsfacharbeiterin. Später arbeitete sie im elterlichen Betrieb. Wegen der Kindererziehung war sie zwischenzeitlich ab 1980 nicht beruflich tätig. Seit 1984 übte sie eine Tätigkeit als Einzelhandelskauffrau bei einem Lebensmitteldiscounter aus, zuletzt in einem Umfang von 30 Wochenstunden. Ab März 2007 war sie mehrfach wegen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und der rechten Hüfte arbeitsunfähig. Ab März 2011 erkrankte sie über ein Jahr wegen der diagnostizierten Erkrankungen in Form von Hals- und Lendenwirbelsäulensyndromen, einer undifferenzierten Oligoarthritis und einem Fibromyalgiesyndrom über ein Jahr arbeitsunfähig. Eine Rente nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht sie bislang nicht.

Bei der Klägerin war zuletzt mit bestandskräftigem Bescheid vom 27. August 2007 der GdB mit 30 seit 14. Juni 2007 festgestellt worden, was sich auf die Einschätzung der Versorgungsärztin K. von August 2007 stützte, wonach die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und die Beeinträchtigungen wegen des Bandscheibenschadens und des Schulter-Arm-Syndroms einen Teil-GdB von 30 sowie die Funktionsstörung des rechten Hüftgelenkes einen Teil-GdB von 10 zur Folge hätten. Zuvor hatte der Beklagte den Entlassungsbericht des Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Rehabilitation der Kurpark-Klinik in Bad Schussenried, Dr. W., über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 19. April bis 17. Mai 2007 beigezogen. Danach wurden jeweils auf der rechten Körperseite eine Lumboischialgie bei Bandscheibenprotrusion im Bereich L5/S1 (ICD-10 M51.3), eine Coxarthrose im Stadium I (ICD-10 M16.1) und ein Zervikobrachialsyndrom bei Osteochondrose im Bereich C5/6 (ICD-10 M42.12) diagnostiziert.

Zwei Anträge auf Neufeststellung des GdB wurden mit Bescheiden vom 12. Mai 2011 und 19. März 2012 abgelehnt. Der letzten Verwaltungsentscheidung lag der Bericht der Oberärztin Prof. Dr. K., Leiterin des Bereiches Rheumatologie der Abteilung Innere Medizin II der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Tübingen, über ambulante Untersuchungen der Klägerin am 19. April und 29. Juni 2011 zugrunde, welche auch Dr. H., Internist, durchführte. Diese diagnostizierte eine undifferenzierte, asymmetrische Oligoarthritis mit Erstmanifestation etwa 2009 und Erstdiagnose im April 2011. Der Rheumafaktor und die Antikörper gegen citrullinierte, also posttranslational modifizierte Proteine (CCP-Antikörper) seien unauffällig gewesen. So sei das HLA-B27 negativ gewesen. Bislang habe sich ein oligoartikulärer, asymmetrischer Verlauf gezeigt. Auf dem Magnetresonanztomogramm (MRT) des rechten Sprunggelenkes von Mitte Mai 2011 habe eine Arthritis des oberen Sprunggelenkes objektiviert werden können. Bereits Mitte April 2011 sei sonographisch eine Radiokarpalarthritis rechts festgestellt worden. Der Befund habe sich zweieinhalb Monate später bestätigt. Die Klägerin habe über eine typische Morgensteifigkeit geklagt. Die Autoimmunserologie sei indes unauffällig gewesen. Ferner habe ein ausgeprägtes Fibromyalgiesyndrom mit Erstmanifestation und -diagnose im Jahre 2009 vorgelegen. Im konventionellen Röntgenbild habe sich ein unauffälliger Befund gezeigt. Aktuell habe bei der Klägerin eine undifferenzierte Oligoarthritis vorgeherrscht, welche sich noch nicht genauer habe klassifizieren lassen. Unter klinischen Gesichtspunkten habe am ehesten eine undifferenzierte Spondyloarthritis vorgelegen. Hinweise auf eine Psoriasis, auch in der Familie, oder eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung hätten sich nicht ergeben. Auch hätten Zeichen für einen entzündlichen Rückenschmerz gefehlt.

Am 4. April 2013 beantragte die Klägerin wiederum die Neufeststellung des GdB, woraufhin der Beklagte medizinische Befundunterlagen beizog.

Nach dem stationären Aufenthalt der Klägerin vom 20. März bis 10. April 2012 im Reha-Zentrum Bad Aibling berichtete Dr. H., es seien nach der Behandlung ein gebessertes Hals- und ein verschlechtertes Lendenwirbelsäulensyndrom (ICD-10 M53 und M54), eine gebesserte undifferenzierte Oligoarthritis (ICD-10 M13.8), ein unverändertes Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.7) sowie eine gebesserte arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) diagnostiziert worden. Bei der labortechnischen Untersuchung seien die Blutsenkungsgeschwindigkeit mit 1 mm/h und das C-reaktive Protein mit 0,31 mg/dl (Normbereich bis 0,5 mg/dl) gemessen worden. Die Bluthochdruckerkrankung, welche seit 2007 bekannt sei, werde seit 2009 medikamentös behandelt und sei gut eingestellt. Der Blutdruck habe bei der Aufnahme 145/85 mmHg betragen.

Der Prof. Dr. K. in der beruflichen Stellung nachfolgende Oberarzt Dr. H. berichtete über die ambulante Untersuchung der Klägerin am 14. Juni 2012, ein Jahr zuvor sei ein Therapieversuch mit Sulfasalazin, zweimal täglich 1 mg, begonnen worden, der teillektiv gewesen sei. Im Dezember 2011 sei eine Dosisanhebung auf täglich insgesamt 3 g empfohlen worden. Derzeit habe weiterhin eine unzureichende Entzündungskontrolle bei Vorliegen einer Monarthritis des rechten oberen Sprunggelenkes bestanden. Es sei eine intraartikuläre Instillation von Corticosteroiden beziehungsweise Lokalanästhetika erfolgt. Eine Therapieerweiterung um Leflunomid von täglich 10 mg sei erwogen worden. Passend zu den anamnestischen Angaben habe sich sowohl klinisch als auch sonographisch der Befund einer Monarthritis des rechten Sprunggelenkes gezeigt. Insgesamt halte er das derzeitige immunmodulierende Therapieregime für unzureichend. Die Intensivierung der immunsuppressiven Therapie sei zu fordern.

Der Ärztliche Direktor und Chefarzt Orthopädie der R.-Klinik in Bad Wildbad, Dr. J., berichtete über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 19. Februar bis 3. März 2013, es seien ein Impingement rechts bei einer Arthrose im Bereich des Akromioklavikular (AC)-Gelenkes und ein Supraspinatussyndrom, ein überlagerndes chronisches degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit Osteochondrosen, Facettengelenks- und Unkarthrosen sowie Protrusionen in den Segmenten C5/6 und C6/7, eine massive sekundäre Myotendopathie des Schulter-Nackengürtels, ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom, eine Rotationsskoliose in diesem Wirbelsäulenabschnitt sowie eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert worden. Die Klägerin habe berichtet, unter einem chronischen Schmerzsyndrom zu leiden. Diese anhaltenden Beschwerden und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen belasteten sie auch psychisch. Sie sei frustriert und um die berufliche Zukunft besorgt. Am Ende des stationären Aufenthaltes sei sie indes wegen der erzielten Verbesserung wieder zuversichtlich gewesen. Die Stimmung sei ausgeglichen und die affektive Schwingungsfähigkeit normal gewesen. Ein totaler Rückzug habe nicht vorgelegen. Die Entlassmedikation habe aus Losartan, 100 mg (1-0-0), Sulfasalazin, 500 mg (1-0-0), Ibuprofen, 200 mg (1-0-1), Pantozol, 20 mg (0-0-1) und Amitriptylin, 50 mg zur Nacht bestanden.

Nach der versorgungsärztlichen Einschätzung von Dr. Z. von Mitte Juli 2013 sei die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, der Bandscheibenschaden und das Schulter-Arm-Syndrom weiterhin mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Hinzu komme nun ein Teil-GdB von 20 für die entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke. Die übrigen Funktionsbeeinträchtigungen wegen des Bluthochdruckes, des Fibromyalgiesyndroms und der Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenkes hätten jeweils lediglich einen Teil-GdB von 10 zur Folge. Eine wesentliche Änderung sei damit nicht eingetreten. Die rheumatoide Arthritis sei ausreichend gewürdigt, da die Gelenke frei beweglich seien. Das Wirbelsäulenleiden und das Fibromyalgiesyndrom seien ausreichend berücksichtigt. Häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen sowie häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome seien bereits zugrunde gelegt worden. Daher betrage der Gesamt-GdB weiterhin 30. Daraufhin lehnte der Beklagte den Antrag auf Neufeststellung mit Bescheid vom 23. Juli 2013 ab.

Auf den Widerspruch der Klägerin erfolgte nunmehr die versorgungsärztliche Stellungnahme durch Dr. N., wonach nach nochmaliger gründlicher Durchsicht der medizinischen Befundunterlagen und der zusätzlichen Bewertung der entzündlich-rheumatischen Erkrankung der Gelenke mit einem Teil-GdB von 20 eine Erhöhung des Gesamt-GdB auf 40 befürwortet werden könne. Daraufhin half der Beklagte dem Widerspruch mit Bescheid vom 22. November 2013 teilweise ab und stellte den GdB mit 40 seit 4. April 2013 fest. Im Übrigen wurde der aufrecht erhaltene Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2013 zurückgewiesen.

Die Klägerin hat hiergegen am 30. Dezember 2013 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, welches schriftliche sachverständige Zeugenaussagen bei der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. B., dem Facharzt für Orthopädie Dr. M., dem Facharzt für Chirurgie Dr. H. und dem nun als Arzt für Rheumatologie niedergelassenen Dr. H. eingeholt hat. Das SG hat zudem beabsichtigt, die frühere Hausärztin der Klägerin, Dr. Sch.-K., als sachverständige Zeugin schriftlich zu hören. Nach Mitteilung der Klägerin, dass diese nicht mehr an ihrem bisherigen Praxissitz tätig sei, ist diese Absicht nicht mehr weiterverfolgt worden.

Dr. B. hat im Dezember 2015 geäußert, die letzte Behandlung sei Mitte dieses Monats erfolgt. Die Klägerin sei ihr seit Ende August 2011 bekannt. Ende November 2015 habe sie Überweisungen zum Schmerztherapeuten sowie wegen einer depressiven Episode und einer psychischen Störung zum "Neurologen" erhalten. Mittlerweile habe sich der Gesundheitszustand der Klägerin deutlich verschlechtert. Ihres Erachtens sei der GdB mit 50 zu bewerten.

Dr. M. hat im Februar 2014 mitgeteilt, er habe die Klägerin zuletzt Mitte April 2013 behandelt. Die Funktionsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet seien durch den Beklagten vollständig erfasst worden. Der Teil-GdB für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, den Bandscheibenschaden und das Schulter-Arm-Syndrom sei korrekt bewertet.

Dr. H. hat im März 2014 kundgetan, die letzte Behandlung der Klägerin habe im Vormonat stattgefunden. Die versorgungsärztliche Bewertung der Schulter sei zutreffend. Wegen der Wirbelsäulenschäden sei sie bei ihm nicht in Behandlung gewesen.

Dr. H., welcher die Klägerin nach eigenem Bekunden aus dem Universitätsklinikum Tübingen kenne, hat im April 2014 die Auskunft gegeben, diese habe sich Mitte Februar 2014 und Anfang des Monats in seiner rheumatologischen Sprechstunde vorgestellt. Es habe eine undifferenzierte Oligoarthritis vorgelegen. Hierbei handele es sich um eine Sonderform einer entzündlichen Gelenkerkrankung, welche nach ihren Auswirkungen und Beeinträchtigungen mit einer rheumatoiden Arthritis vergleichbar sei. Die Erkrankung sei erstmals im April 2011 diagnostiziert worden. Damals habe sich eine Entzündung im rechten Sprunggelenk gezeigt, welche auf dem seinerzeit erstellten MRT zu

sehen sei. Weiter habe eine Entzündung im rechten Handgelenk vorgelegen. Diese Diagnose habe anhand einer Ultraschalluntersuchung des Gelenkes gestellt werden können. Durch die entzündlichen Gelenkveränderungen sei es immer wieder zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und Schwellungen der betroffenen Gelenke gekommen. Der Gelenkstatus habe sich Anfang April 2014 wie folgt dargestellt: Faustschluss beidseits komplett und kräftig, Gaenslen-Zeichen negativ, Handgelenk in Extension und Flexion 85-0-65°, stabile Bandführung; Ellenbogengelenke beidseits in Extension und Flexion 0-0-140°; Schultergelenk links frei beweglich, Schürzen- und Nackengriff im rechten Schultergelenk endgradig eingeschränkt, kein Painful arc, Druckschmerz im Bereich der langen Bizepssehne und über dem AC-Gelenk, regelrechtes Muskelrelief, keine tastbaren Schwellungen; Hüften beidseits in Extension und Flexion 0-0-140°, Außen- und Innenrotation beidseits nicht eingeschränkt; Kniegelenke beidseits in Extension und Flexion 0-0-150° mit stabiler Bandführung; Sprunggelenke beidseits in Streckung und Beugung nicht eingeschränkt, Pronation und Supination regelrecht, keine Tenosynovitis tastbar, Achillessehnen beidseits intakt, Druckschmerz über den Metatarsophalangealgelenken D 1 und D 2 rechts sowie dem Vorfuß, keine tastbaren Schwellungen, linker Vorfuß unauffällig, Gangbild flüssig, Zehen- und Hackengang regelrecht; harmonische Schwingung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Finger-Boden-Abstand 0 cm, Zeichen nach Schober 10/14 cm, laterale Lumbalflexion und Intermalleolarabstand unauffällig, Rotation der Halswirbelsäule frei, Reklination endgradig einschränkt, Inklination regelrecht, Atembreite regelrecht, diskreter Druckschmerz in der paravertebralen Muskulatur. Des Weiteren habe er eine Fibromyalgie diagnostiziert. Hierbei handele es sich um ein zentrales Sensitierungssyndrom mit teilweise diffusen Schmerzempfindungen an Muskeln, Gelenken und Weichteilen, einhergehend mit einem Leistungsdefizit und einer Schlafstörung. Die diagnostizierte Bluthochdruckerkrankung sei unter regelmäßiger Medikation gut eingestellt gewesen. Der Wert habe 110/80 mmHg betragen. Zudem habe ein Nikotinabusus bestanden, welcher derzeit keine Auswirkungen auf die aktuelle Gesundheitssituation habe. Gleiches betreffe die Fettstoffwechselstörung mit hohen Cholesterinwerten. Darüber hinaus habe ein Schulter-Arm-Syndrom rechts vorgelegen. Ein Anfang Juni 2012 erstelltes MRT der rechten Schulter zeige chronische Veränderungen am AC-Gelenk mit einer Schwellung und einem Kapselödem. Zudem habe eine leichte Schleimbeutelentzündung vorgeherrschet. Die sonstigen Strukturen der Schulter seien regelrecht gewesen, insbesondere hätten sich keine Veränderungen an der Muskelmanschette der Schulter gezeigt. Das Gelenk sei nicht entzündlich verändert gewesen. Ferner habe ein Bandscheibenvorfall im Bereich C5/6 vorgelegen. Auf einem Anfang Januar 2014 erstellten MRT sei rechts eine Kompression des Halsmarks mit einer Beeinträchtigung der Nervenwurzel C6 rechts zu sehen. Neben einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule könne es wiederholt zu Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Armes kommen, meist in Form eines Kribbelgefühls und fortgeleiteten, ziehenden Schmerzen bis in die Hand. Weiter hätten sich osteochondrotische Veränderungen mehrerer Halswirbelkörper gezeigt, welche ebenfalls zu einer Schmerzsymptomatik mit teils heftigen muskulären Verspannungen führen könnten. Hierbei handele es sich um klassische Abnutzungserscheinungen. Zudem sei eine Hüftarthrose rechtsseitig diagnostiziert worden, welche die Klägerin aktuell in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt habe. Derzeit sei sie im Alltag nur unwesentlich beeinträchtigt. Jedoch könnten bei vermehrter Belastung Schmerzen und eine teilweise deutliche Bewegungseinschränkung auftreten. Im Jahre 2000 sei die Gebärmutter entfernt worden, wodurch es im Alltag normalerweise nicht zu Beeinträchtigungen komme. Gleiches gelte für die Kontaktallergie auf Nickel, vorausgesetzt dieser Stoff werde gemieden. Bei der undifferenzierten Oligoarthritis handele es sich um ein schubförmig verlaufendes Krankheitsbild, welches trotz der regelmäßigen Anwendung der immunsuppressiven Therapie mit Sulfasalazin in einer Menge von derzeit täglich drei Tabletten mit je 500 mg immer wieder zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen an den betroffenen Gelenken führen könne. Die Erkrankung werde teilweise begleitet von einer deutlichen Morgensteifigkeit und einer Gelenkschwellung. Bei der Manifestation am Sprunggelenk sei längeres Laufen und Stehen teilweise mit großen Schmerzen verbunden. Durch die stattgehabte Entzündung im rechten Handgelenk sei ebenfalls ein potenzielles Funktionsdefizit vorhanden. Die dauerhafte immunsuppressive Medikation bedürfe regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Neben den möglichen Nebenwirkungen des Medikamentes bestehe ein erhöhtes Risiko für Infektionen. Somit sei der GdB mit 50 einzuschätzen. Die wiederholt auftretenden diffusen Schmerzempfindungen an Muskeln, Gelenken und Weichteilen, einhergehend mit einem Leistungsdefizit und einer Schlafstörung infolge des Fibromyalgiesyndroms, führten je nach Aktivität der Erkrankung zu teilweise deutlichen Beeinträchtigungen in der Alltagsführung. Hierfür sei ein GdB von 20 anzusetzen.

Das SG hat des Weiteren Prof. Dr. H. mit der Erstattung eines orthopädisch-rheumatologischen Gutachtens beauftragt. Nach der klinischen, sonographischen und radiologischen Untersuchung der Klägerin am 5. November 2014 hat dieser ausgeführt, im Bereich der Wirbelsäule lägen ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit Bandscheibenprotrusionen ohne wesentliche funktionelle und nervale Folgen, eine geringfügige thorakolumbale Skoliose ohne wesentliche funktionelle und statische Beeinträchtigungen sowie eine geringfügige lumbale Spondylose ohne wesentliche funktionelle Störungen vor. An der rechten Schulter hätten sich geringfügige bicipitale Sehnscheiden- und Gleitbeutelreizungen sowie eine geringfügige Ansatzentzündung der Supraspinatussehne ohne wesentliche funktionelle Folgen gezeigt. An beiden Vorfüßen hätten leichte Valgusstellungen der Endglieder der Großzehen, rechts mit leichtem Streckdefizit und leichter medialer Gleitbeutelreizung vorgelegen. Am rechten Bein sei nach Aktenlage am oberen Sprunggelenk ein wiederholter leichter Gelenkerguss unklarer Genese beschrieben worden. Subjektiv bekundet hätten multiple Tendomyopathien am Rumpf und an den Extremitäten ohne funktionelle Einschränkungen vorgelegen. Fachfremd und anamnestisch hätten sich ein Bluthochdruck, ein Nikotinabusus mit zeitweisen chronischen Bronchitiden, Fettstoffwechsel- und Leberfermentstörungen sowie ein Zustand nach Entfernung der Gebärmutter ergeben. Wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen resultierten aus diesen Erkrankungen nicht. Es sei hingegen möglich und glaubhaft, dass durch die zervikalen Degenerationen lokale und in den rechten Arm ausstrahlende Schmerzen bestünden sowie die Funktionen der Halswirbelsäule und des rechten Armes dabei zeitweise eingeschränkt seien. Durch die aktenkundigen zeitweisen Ergüsse im oberen Sprunggelenk, als deren mögliche Ursache eine nicht nachgewiesene Chondromalazie in Frage komme, könnten die Bewegungen dieses Gelenkes ebenfalls zeitweise eingeschränkt gewesen sein. Weitere wesentliche Funktionseinschränkungen hätten indes nicht bestanden. Nicht bestätigt werden könnten die in den Akten genannten zervikalen Bandscheibenvorfälle, das Lendenwirbelsäulensyndrom, die Coxarthrose rechts, die rheumatoide Arthritis beziehungsweise Oligoarthritis, das Fibromyalgiesyndrom und der Verdacht auf eine Spondylarthritis. Zervikal seien im MRT in den beiden unteren Segmenten mehrfach lediglich Protrusionen der Bandscheiben, aber keine Vorfälle festgestellt worden. Ebenso hätten sich keine nervalen Reiz- oder Ausfallerscheinungen gezeigt. Letzteres spreche gegen eine wesentliche nervale Kompression. Lumbal hätten lediglich in drei Segmenten ventrale Spondylosen bestanden, von denen allenfalls der Spondylophyt an der Oberkante des zweiten Lendenwirbels mittelgradig ausgeprägt gewesen sei. Die Kriterien für die Bezeichnung als Lendenwirbelsäulensyndrom, was die Zusammenfassung verschiedener Degenerationen der Wirbelsäule mit eindeutig darauf zurückzuführenden Beschwerden darstelle, seien dadurch nicht erfüllt. Die minimalen knöchernen juvenilen Wachstumsstörungen an den Deckplatten des zweiten und dritten Lendenwirbels hätten weder Belastungs- noch Bewegungsdefizite oder Schmerzen bedingt. Gleiches gelte für die kurzbogige geringfügige Skoliose, welche sich durch ihren Scheitelpunkt am ersten Lendenwirbel als thorakolumbal dargestellt habe. Strukturelle Skiosen bis 20° würden als geringfügig bis leicht eingestuft, bedürften keiner Behandlung und im Erwachsenenalter auch keiner Kontrolle, da sie weder progredient seien noch im vermehrten Maße sekundäre Degenerationen verursachten. An der rechten Hüfte bestehe keine Coxarthrose. Keines der dafür spezifischen radiologischen Zeichen sei nachweisbar gewesen. Auch hätten weder

Bewegungsdefizite noch Schmerzen bestanden, welche dem unmittelbaren Gelenkbereich hätten zugeordnet werden können. Die bekundeten lokalen Schmerzen am großen Rollhügel, welche offensichtlich zu dieser falschen und mehrfach übernommenen Diagnose geführt hätten, könnten entweder Ansatzentzündungen der glutealen Muskeln oder einer Bursitis zugeordnet werden. Diese seien indes funktionell und statisch unwesentlich. Eine rheumatoide Arthritis, gleich in welcher Form und Ausprägung sowie der Anzahl der befallenen Gelenke, sei nicht nachzuweisen gewesen. Entzündete Gelenke mit Schwellungen, Überwärmungen oder Rötungen sowie bedingt durch die direkten Entzündungen der Substrate entzündlich-rheumatische Manifestationen, also der synovialen Gelenkbinnenhäute, seien bisher weder klinisch noch kernspintomographisch oder durch arthroskopischen Augenschein objektiviert worden. Sie seien aber unabdingbar für diese Diagnose. In gleicher Weise wesentlich sei, dass keine für die verschiedenen Formen entzündlich-rheumatischer Arthritiden typischen Manifestationen der Gelenke, also so genannte "Befallsmuster", vorgelegen hätten. Ebenso beachtlich sei, dass sämtliche für rheumatische Entzündungen spezifischen und unspezifischen Laborwerte wiederholt und stets normal gewesen seien. Zwar seien auch bei der klassischen rheumatoiden Arthritis beziehungsweise der chronischen Polyarthritiden in 20 % der Fälle die Rheumafaktoren negativ, doch wiesen dann grundsätzlich zumindest erhöhte unspezifische Laborwerte auf Entzündungen hin. Es hätten weiter radiologisch keine Zeichen rheumatischer Entzündungen oder deren Folgen vorgelegen. Es seien weder eine gelenknahe Osteopenie noch die für entzündlich-rheumatische Krankheiten spezifischen Usuren oder Marginalusuren festzustellen gewesen. Das Ergebnis einer histologischen Untersuchung habe nicht vorgelegen. Offensichtlich sei die Diagnose der rheumatischen Arthritis ausschließlich auf den Erguss im rechten oberen Sprunggelenk gestützt worden. Ein Gelenkerguss sei jedoch völlig unspezifisch. Die rheumatoide Arthritis zähle sogar zu den weitaus geringeren Ursachen einzelner Gelenkergüsse, weshalb die Arthritis kaum gemutmaßt werden könne, wenn, wie vorliegend, andere Hinweise fehlten. Somit habe nicht eines der Krankheitsmerkmale für eine rheumatoide Arthritis vorgelegen. An der rechten Schulter sei der Raum zwischen Schulterdach und Oberarmkopf fast vollständig frei, also nicht durch Osteophyten oder Gelenkergüsse eingeengt gewesen. Es habe zwar eine minimale Bursitis bestanden, indes von derart geringem Volumen, dass dadurch keine Raumforderungen bestanden hätten. Die Diagnose einer Arthrose des Schultereckgelenkes sei nicht zu stellen gewesen, da keines der Arthrosezeichen vorgelegen habe. Die frühere kernspintomographische Diagnose einer chronischen Distorsion sei im doppelten Sinne falsch. Denn eine solche Gesundheitsstörung sei ein einmaliges traumatisches Ereignis ohne Gewebedurchtrennung, welches bildgebend überhaupt kein Spezifikum habe und ohne genaue Kenntnisse des Unfallmechanismus nicht festgestellt werden könne. Chronisch könne ein solches zeitlich begrenztes Ereignis bereits begrifflich nicht sein. Letztlich verbleibe die Fibromyalgie, wofür es indes keine objektivierbaren Krankheitszeichen gebe. Viele wissenschaftliche Autoren lehnten diese Erkrankung daher als eigene diagnostische Entität vollständig ab. Diejenigen, die des Glaubens seien, es existiere solch ein Leiden, begründeten dies alleine damit, dass sich druckschmerzhafte Punkte an bestimmten definierten Körperstellen manifestierten, den so genannten "Triggerpoints". Selbst diese seien vorliegend nicht gegeben gewesen. Außerdem träten die Symptome der Fibromyalgie nicht stundenweise auf, wenn nicht bis zu wochenlange symptomfreie Phasen folgten und sie nicht Werkstätigkeiten zuzuordnen seien. Deshalb könne vorliegend eine Fibromyalgie nicht und allenfalls das ebenfalls subjektive Leiden der Tendomyopathie gemutmaßt werden. Den Gesamt-GdB schätze er mit 30 ein.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG den Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie der Klinik Kirchheim, Prof. Dr. H., mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat nach deren klinischer, sonographischer und laborchemischer Untersuchung am 1. Juli 2015 ein von ihm lediglich mit dem Zusatz "Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig." schließendes Gutachten vorgelegt, welches im späteren Berufungsverfahren beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) nochmals, nun von ihm unterschrieben, übersandt worden ist. Danach leidet diese an einer undifferenzierten asymmetrischen Oligoarthritis mit wechselnder Aktivität, einer AC-Gelenkarthrose rechts mit Impingementsymptomatik bei der Elevation, einem degenerativen Halswirbelsäulensyndrom mit mehrfachen Bandscheibenprotrusionen und Muskelhartspann der Schulter-Nacken-Muskulatur ohne neurologisches Defizit, einem Lendenwirbelsäulensyndrom, einer Coxarthrose rechts vom Grad I und anamnestisch einem Fibromyalgiesyndrom mit Ganzkörperschmerzen. Die Medikation habe aus Sulfasalazin, 500 mg (2-0-2), Ibuprofen, 800 mg für bedarfsweise auftretende Schmerzen, etwa zehn Tage im Monat Amitriptylin, 25 mg (0-0-1) und Losartan, 100 mg (1-0-0) bestanden. Der Blutdruck sei mit 152/63 mmHg gemessen worden. Im Rahmen der asymmetrischen Oligoarthritis habe sich ein schmerzhaftes oberes Sprunggelenk rechts mit intermittierenden Schwellungen sowie Anlauf-, Belastungs- und Ermüdungsschmerzen gezeigt. Diesbezüglich sei die Belastbarkeit des rechten Beines aus Schmerzgründen auch außerhalb von floriden entzündlichen Phasen, wie etwa zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung, als eingeschränkt zu erachten. Bei floriden Phasen der Entzündung sei eine Belastung des rechten Beines wegen der empfohlenen Entlastung überhaupt nicht mehr möglich. Bei der Klägerin habe weiter eine AC-Gelenkarthrose auf der rechten Seite vorgelegen, weswegen die Armelevation und das Überkopparbeiten nicht möglich gewesen seien. Die Retroversion des rechten Armes sei nur unter Schmerzen gelungen. Das Halswirbelsäulensyndrom sei von einer belastungsabhängigen Schmerzsymptomatik begleitet gewesen. Durch die Lumbalgie und die Coxalgie rechts sei ebenfalls eine belastungsabhängige und schmerzbedingte Reduktion im Alltag gegeben, auch wenn insoweit keine korrelierenden Befunde für eine objektivierbare Pathologie vorgelegen hätten. Von der Klägerin sei angeführt worden, die Schmerzsymptomatik habe sich seit 2012 insgesamt verschlechtert. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung habe sich eine nicht aktiv-entzündliche asymmetrische Oligoarthritis gezeigt, welche mit Sulfasalazin therapiert worden sei. Dennoch habe auch ohne Entzündung ein deutlich belastungsabhängiger Schmerz des rechten oberen Sprunggelenkes mit Entlastungshinken vorgeherrscht. Der Schmerzverlauf sei variabel gewesen. Das Schulter-Arm-Syndrom mit Muskelhartspann sowie die AC-Gelenkarthrose mit entsprechender Impingementsymptomatik und schmerzhafter Elevation des rechten Armes hätten sich klinisch progredient gezeigt. Hierdurch sei es bei der Klägerin schmerzbedingt zu einer zunehmenden Beeinträchtigung der Bewegung und Funktionalität gekommen. Das Lendenwirbelsäulensyndrom habe weiterhin belastungsabhängige Schmerzen verursacht, allerdings ohne Hinweis auf ein Nervenkompressionssymptom. Aktuell habe kein Hinweis auf eine aktive Fibromyalgiesymptomatik bestanden. Eine Erschöpfungs- oder Fatiguesymptomatik sei von der Klägerin momentan verneint worden. Es seien nur sechs von achtzehn Triggerpunkten schmerzhaft gewesen. Die linke Schulter sei anders als die rechte frei beweglich und ohne Schmerzen gewesen. Unauffällig sei auch die Kraft der oberen Extremitäten gewesen. Die Ellenbogengelenke seien frei beweglich gewesen, tastbare Schwellungen hätten sich nicht gezeigt. Beide Hand- und alle Fingergelenke seien ebenfalls nicht für eine Synovialitis typisch verändert gewesen. Der Faustschluss habe beidseits vorgenommen werden können. Klinisch hätten sich bei unauffälliger Perfusion keine Zeichen einer Synovialitis der oberen Extremitäten gezeigt. Die Hüftgelenke hätten beidseits kein Beuge- und Streckdefizit aufgewiesen. Im Bereich des rechten Hüftgelenkes sei bei der Außen- und Innenrotation ein Schmerz mit Ausstrahlung auch in die Leiste provoziert worden. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ und die Kniegelenke seien beidseits unauffällig gewesen. Es hätten sich keine Schwellung und keine Bewegungseinschränkung, insbesondere kein Streck- oder Beugedefizit gezeigt. Ein Hinweis auf eine Bandinstabilität habe nicht bestanden. Die Sprunggelenke seien beidseits nicht geschwollen gewesen. Die Pronation des rechten Sprunggelenkes sei geringgradig eingeschränkt gewesen. Die Zehengelenke seien beidseits ohne für eine Synovialitis typische Schwellungen oder sonstige Veränderungen erkannt worden. Im Bereich der beidseitigen Großzehen habe sich jeweils ein leichtgradiger Hallux valgus gezeigt. Der Zehen- und Hackengang sei möglich, jedoch wegen der

Schmerzen des rechten oberen Sprunggelenkes nur begrenzt möglich gewesen. Wegen der rheumatischen Grunderkrankung beziehungsweise der asymmetrischen undifferenzierten Oligoarthritis sei der GdB mit 50 zu bewerten. Anhand der vorliegenden Befunde mittels Bildgebung, des Verlaufes und des Therapieeffektes der Immunsuppression sei eine asymmetrische undifferenzierte Oligoarthritis, im Gegensatz zu einer rheumatoiden Arthritis, welche auch seiner Ansicht nach nicht vorliege, als gesichert anzusehen. Der Verlauf dieser Erkrankung sei intermittierend, also entzündliche und entzündungsfreie Phasen wechselten sich ab. Außerhalb von floriden entzündlichen Phasen beständen bei der Klägerin unterschiedlich starke, aber dauerhafte Schmerzen mit einer deutlichen Reduktion der Mobilität und Belastbarkeit, so dass in entsprechender Anwendung der GdB-Tabelle mittelgradige Auswirkungen vorlägen, weshalb ein GdB von 50 gerechtfertigt sei. Die notwendige Immunsuppression mit dem potenziellen Risiko von Nebenwirkungen müsse ebenfalls berücksichtigt werden. Wegen des Impingementsyndroms ab einer Armhebung von 90° bei AC-Gelenkarthrose sei ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt. Die Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrome führten zusammengenommen zu mittelgradigen funktionellen Auswirkungen, insbesondere wegen der häufig rezidivierenden bis anhaltenden Bewegungseinschränkungen mittleren Grades, wodurch ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt sei. Anhand der geltenden Kriterien könne zum momentanen Zeitpunkt die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms nicht bestätigt und damit nicht bewertet werden, obgleich keine Zweifel an der Existenz des Krankheitsbildes beständen. Die Coxarthrose rechts mit wenig funktioneller Beeinträchtigung habe einen Teil-GdB von 10 zur Folge. Ergänzend zu seinem Gutachten hat Prof. Dr. H. im September 2015 noch die Labordokumentation vorgelegt.

Hiergegen hat der Beklagte, im Wesentlichen gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. von Dezember 2015, eingewandt, der von Prof. Dr. H. angenommene Teil-GdB von 20 für die Funktionsminderung des rechten Schultergelenkes lasse sich unter Hinweis auf den festgestellten Bewegungsumfang nicht ableiten. Selbst bei deren integrativer Betrachtung könne anhand der Messwerte in beiden Gerichtsgutachten für die Wirbelsäule ein höherer Teil-GdB als 20 nicht angenommen werden. Die Einschätzung einer asymmetrischen undifferenzierten Oligoarthritis mit einem Teil-GdB von 50 durch Prof. Dr. H. könne nicht nachvollzogen werden. Nach den von Prof. Dr. H. erhobenen Röntgenbefunden seien in den Bereichen der Hände, des Beckens, des rechten Fußes und des linken Vorfußes, abgesehen einer Zehendeformität der Großzehe, Normalbefunde beschrieben worden. Lediglich im Bereich des rechten Schultergelenkes habe sich anhand des MRT eine leichte Reizung im Bereich der Sehne und des Schleimbeutels gezeigt. Unabhängig der genauen Diagnose könne wegen der fehlenden wesentlichen Funktionseinschränkungen hierfür allenfalls ein Teil-GdB von 10 angenommen werden, zumal Überschneidungen zum orthopädischen Fachgebiet zu beachten seien. Im Universitätsklinikum Tübingen sei im Mai 2011 zwar ebenfalls eine asymmetrische Oligoarthritis diagnostiziert worden. Laborchemisch hätten sich damals indes keine Entzündungszeichen gezeigt. Der Rheumafaktor und die Antikörper seien unauffällig, das HLA-B27 sei ebenfalls negativ gewesen. Da sich nach dem Gutachten von Prof. Dr. H. wesentliche Funktionsbehinderungen an den Gelenken nicht hätten objektivieren lassen, könne auch keine stärkere Krankheitsaktivität angenommen werden, zumal Prof. Dr. H. ausgeführt habe, dass ein organpathologisches Korrelat für die angenommene Diagnose letztendlich nicht bestätigt werden könne. Auch seine im Nachgang vorgelegten Laborwerte belegten keine entzündliche Aktivität; weder die rheumatologischen Parameter noch die Blutsenkung seien erhöht gewesen. Von einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung könne daher nicht ausgegangen werden. Selbst wenn eine solche angenommen würde, wäre nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen bei finaler Betrachtung von den Funktionsbehinderungen auszugehen, welche in Art und Umfang jedoch nicht höher bewertet werden könnten als durch Prof. Dr. H. vorgenommen. Auch nach dem Entlassungsbericht über den stationären Aufenthalt der Klägerin in der R.-Klinik in Bad Wildbad hätten sich laborchemisch keinerlei Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere keine Anzeichen für ein entzündliches Geschehen ergeben. Somit sei der bislang festgestellte GdB von 40 sogar überhöht, da eine entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke nicht nachgewiesen sei. Der Bluthochdruck sei mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 26. Januar 2016 abgewiesen. Die Voraussetzungen für die Feststellung eines höheren GdB als 40 lägen nicht vor, wofür es sich auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. H. und die Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten gestützt hat. Den Aussagen von Prof. Dr. H. und der behandelnden Ärzte hat es sich nicht angeschlossen.

Gegen die der Klägerin am 9. Februar 2016 zugestellte Entscheidung hat diese am 8. März 2016 Berufung beim LSG eingelegt und zur Begründung vorgetragen, in dem umfangreichen Gutachten von Prof. Dr. H. und der sachverständigen Zeugenaussage des sie behandelnden Facharztes Dr. H. sei jeweils eindeutig beschrieben worden, welche Krankheitsbilder bei ihr vorlägen und zu welchen Funktionseinschränkungen diese führten. Ein Gesamt-GdB von 50 sei dadurch hinreichend belegt. Soweit der 75-jährige Prof. Dr. H. in Zweifel gezogen habe, ob es das Fibromyalgiesyndrom als Krankheitsbild überhaupt gebe, so stelle dies nicht den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft dar. Da er diesen nicht beachtet habe, sei sein Gutachten nicht verwertbar. Seit letztem Jahr befinde sie sich in nervenärztlicher Behandlung bei Dr. R. ... Ab Ende August 2016 erfolge eine dreiwöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme wegen ihrer Beschwerden in der rechten Schulter nach einer Operation Ende Februar 2016.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26. Januar 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 23. Juli 2013 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 22. November 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Dezember 2013 teilweise aufzuheben sowie den Beklagten zu verpflichten, bei ihr unter Abänderung des Bescheides vom 27. August 2007 den Grad der Behinderung mit mindestens 50 ab 4. April 2013 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er hält einen höheren GdB als 40 keinesfalls für begründbar.

Im Berufungsverfahren ist der Bericht des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. R. von Mitte August 2016 eingeholt worden, wonach ihn die Klägerin nach einer einmaligen Vorstellung im Dezember 2012 wieder Ende November und Dezember 2015 aufgesucht hat, seitdem nicht mehr. Inhaltlich sei es um die seit Jahren bestehenden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit rechtsbetonten Schulterschmerzen gegangen. Ende November 2015 habe eine Antriebsschwäche mit depressiver Überlagerung bestanden. Sie habe häufig geweint, da sie wegen des Hausverkaufes umziehen müsse und mit der neuen Wohnung unzufrieden sei. Außerdem habe eine Arbeitskollegin gegen sie gearbeitet. Sie habe sich munter, nicht deutlich herabgestimmt, schwingungsfähig und nicht verlangsamt

gezeigt. Sie habe angegeben, etwas reizbarer und unreiniger zu sein. Sonst hätten keine psychischen Einschränkungen vorgelegen. Die Klägerin habe von Schlafstörungen berichtet. Die Einstellung mit Opipramol sei begonnen worden, wodurch sich der Schlaf gebessert habe. Die Hirnstrommessung sei unauffällig gewesen, ebenso eine Messung des Karpaltunnels im Jahre 2012.

Die Klägerin hat zuletzt den Bericht der Stationsärztin M.-P. über ihren stationären Aufenthalt im Winghofer medicum, einer Chirurgischen Fachklinik in Rottenburg, vom 29. Februar bis 3. März 2016 vorgelegt, wo eine arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne rechts und eine subakromiale Dekompression erfolgt sind. Diagnostiziert worden seien im Bereich der rechten Schulter eine Tendinitis der langen Bizepssehne bei Pulley-Läsion vom Typ III nach der Klassifikation von Habermeyer und ein Outletimpingement mit massiver Bursitis subacromialis. Es sei zu Schwellneigungen im Operationsbereich gekommen, welche mit Eis behandelt worden seien. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Ibuprofen, 600 mg (1-1-1) und Omepr, 20 mg (1-0-0) bestanden. Wegen der Schwellneigung sollten engmaschige Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zulässige Klage, mit welcher die Feststellung des GdB mit mindestens 50 verfolgt worden ist, zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat ab dem Tag des Antrages auf Neufeststellung vom 4. April 2013 keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40, wie er bereits mit Teilabhilfe-Bescheid vom 22. November 2013 zuerkannt worden ist. Daher ist der noch angefochtene Bescheid vom 23. Juli 2013 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 22. November 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Dezember 2013 rechtmäßig und verletzt diese nicht in ihren Rechten, soweit damit die Feststellung eines höheren GdB als 40 abgelehnt worden ist.

Gegenstand der Klage ist ein Anspruch der Klägerin auf Neufeststellung des GdB mit mindestens 50 ab 4. April 2013 aufgrund einer geltend gemachten Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, welcher dem bestandskräftigen Bescheid vom 27. August 2007 zugrunde lag. Diesem Anspruch steht die angefochtene Verwaltungsentscheidung entgegen, da sie das SG in Bezug auf die Ablehnung der Feststellung des GdB von mindestens 50 nicht aufgehoben hat. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34; vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 1996 - [9 RVs 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung).

Die Bevollmächtigte der Klägerin, eine Rentenberaterin, ist in diesem Verfahren nach Maßgabe des [§ 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) vertretungsbefugt und war daher nicht gemäß [§ 73 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) zurückzuweisen. Nach [§ 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) sind Rentenberaterinnen und Rentenberater im Umfang ihrer Befugnisse nach [§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) vertretungsbefugt. Die Bevollmächtigte der Klägerin darf danach, unabhängig ihrer Bezeichnung als Rechtsbeistand, als natürliche Person aufgrund besonderer Sachkunde Rechtsdienstleistungen in den Bereichen Rentenberatung auf dem Gebiet der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, des sozialen Entschädigungsrechts, des übrigen Sozialversicherungs- und Schwerbehindertenrechts mit Bezug zu einer gesetzlichen Rente sowie der betrieblichen und berufsständischen Versorgung erbringen. Wie die Vorschrift ausdrücklich bestimmt, muss auf dem Gebiet des Schwerbehindertenrechts indes ein konkreter Rentenbezug vorliegen (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - [B 9 SB 3/13 R](#) -, SozR 4-1200 § 66 Nr. 7, Rz. 13; vgl. auch Köhler, SGB 2009, S. 441 (444)). Hierauf weist auch der Entwurf des Gesetzes der Bundesregierung zur Neuregelung des Rechtsberatungsgesetzes (RBERG) vom 30. November 2006 hin, wonach die Beratungs- und Vertretungsbefugnis der Rentenberaterinnen und Rentenberater auch künftig stets einen Bezug zu einer der im Entwurf genannten Rentenformen voraussetzt (vgl. [BT-Drucks 16/3655, S. 64](#)). Ein solcher ist vorliegend gegeben, da die 56-jährige Klägerin die Statusfeststellung der Schwerbehinderung begehrt, was Voraussetzung für ein festzustellendes Recht auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist ([§ 37 Satz 1 Nr. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI i. V. m. [§ 2 Abs. 2](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX). Deren vorzeitige Inanspruchnahme ist der 1959 geborenen Klägerin, bei der bislang noch kein Recht auf eine Rente nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt ist, gemäß [§ 236a Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) ab einem Alter von 61 Jahren und 2 Monaten möglich. Der Senat nimmt in dieser Konstellation noch einen konkreten Rentenbezug an.

Grundlage für den Klageanspruch ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand der Klägerin auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt - teilweise - aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - [9a RVs 55/85](#) -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 V 2/10 R](#) -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4).

Bei dem Bescheid vom 27. August 2007 über die Feststellung des GdB mit 30 seit 14. Juni 2007 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 31 m. w. N.). Demgegenüber wurden mit den die Neufeststellung des GdB jeweils ablehnenden Bescheiden vom 12. Mai 2011 und 19. März 2012 keine Regelungen getroffen, die über den

Zeitpunkt der Bekanntgabe hinaus Wirkung entfalten sollten (vgl. Schütze, a. a. O. § 48 Rz. 3 und § 45 Rz. 63), weshalb diese lediglich punktuelle Entscheidungen gewesen sind. In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheides vom 27. August 2007 vorlagen, ist indes bereits keine wesentliche Änderung eingetreten.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung 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 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30. Juni 2011: § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R -](#), [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R -](#), juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B -](#), juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R -](#), juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin nach dem 3. April 2013 keinesfalls einen höheren GdB als 40 begründen, wie er vom Beklagten mit Teilabhilfe-Bescheid vom 22. November 2013 festgestellt worden ist.

Die bei der Klägerin wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf", "Arme" und "Beine" jeweils nur Teil-GdB von 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 J). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Entzündlich-rheumatische Krankheiten, wofür die VG in Teil B, Nr. 18.2.1 eine GdB-Tabelle vorsehen, liegen bei der Klägerin nicht vor. Eine rheumatoide Arthritis, wie von Dr. J. nach dem stationären Aufenthalt der Klägerin in der R.-Klinik Anfang 2013 diagnostiziert, gleich in welcher Form und Ausprägung sowie der Anzahl der befallenen Gelenke, ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. H. nicht nachgewiesen worden. Entzündete Gelenke mit Schwellungen, Überwärmungen oder Rötungen sowie bedingt durch die direkten Entzündungen der Substrate entzündlich-rheumatische Manifestationen, also der synovialen Gelenkbinnenhäute, sind bisher weder klinisch noch kernspintomographisch oder durch einen arthroskopischen Befund objektiviert worden. Sie sind aber unabdingbar für diese Diagnose. In gleicher Weise wesentlich ist, dass keine für die verschiedenen Formen entzündlich-rheumatischer Arthritiden typischen Manifestationen der Gelenke als Befallsmuster vorgelegen haben. Hinzu kommt, dass sämtliche für rheumatische Entzündungen spezifischen und unspezifischen Laborwerte wiederholt und stets normal gewesen sind. Bei der Untersuchung im Universitätsklinikum Tübingen im Jahre 2011 sind der Rheumafaktor und die CCP-Antikörper unauffällig, insbesondere das HLA-B27 negativ gewesen. Bei der von Dr. H. während des stationären Aufenthaltes der Klägerin im Reha-Zentrum Bad Aibling im Frühjahr 2012 veranlassten labortechnischen Untersuchung lagen die Blutsenkungsgeschwindigkeit mit 1 mm/h und das C-reaktive Protein mit 0,31 mg/dl im Normbereich. Die von Prof. Dr. H. im Nachgang zu seiner Begutachtung vorgelegten Laborwerte belegen ebenfalls keine erhöhten Werte hinsichtlich der Blutsenkung und der rheumatologischen Parameter, worauf Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dezember 2015 zutreffend hingewiesen hat. Zwar sind auch bei der klassischen rheumatoiden Arthritis beziehungsweise der chronischen Polyarthritis in 20 % der Fälle die Rheumafaktoren negativ, doch weisen dann grundsätzlich zumindest erhöhte unspezifische Laborwerte auf Entzündungen hin, was vorliegend nicht der Fall ist. Es haben auch radiologisch keine Zeichen rheumatischer Entzündungen oder deren Folgen vorgelegen. Es sind weder eine gelenknahe Osteopenie noch die für entzündlich-rheumatische Krankheiten spezifischen Usuren oder Marginalusuren festzustellen gewesen. Das Ergebnis einer histologischen Untersuchung liegt nicht vor. Offensichtlich ist die Diagnose der rheumatischen Arthritis ausschließlich auf den Erguss im rechten oberen Sprunggelenk gestützt worden. Ein Gelenkerguss ist indes unspezifisch, wie der Sachverständige Prof. Dr. H. schlüssig herausgestellt hat. Die rheumatoide Arthritis zählt zu den weitaus geringeren Ursachen einzelner Gelenkergüsse, weshalb diese Erkrankung nicht einmal gemutmaßt werden kann, wenn, wie vorliegend, andere Hinweise fehlen. Es hat folglich nicht eines der Krankheitsmerkmale für eine rheumatoide Arthritis vorgelegen. Der Senat folgt weiter der Auffassung von Prof. Dr. H., dass, entgegen der Ansicht des Sachverständigen Prof. Dr. H., des sachverständigen Zeugen Dr. H. und von Prof. Dr. K., wie sie sich aus ihrem im Wege des Urkundenbeweises (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Bericht über ambulante Untersuchungen der Klägerin im Jahre 2011 ergibt, auch keine Oligoarthritis, also das gleichzeitige Auftreten einer Gelenkentzündung in mindestens zwei und weniger als fünf Gelenken (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., 2014, Stichwort "Oligoarthritis"), objektiviert ist. Eine Entzündung in zwei Gelenken ist nach dem 3. April 2013 für den gleichen Zeitraum nicht belegt. Die noch von Prof. Dr. K. im Jahre 2011 beschriebene Radiokarpalarthritis hat sich bereits zur Mitte des Folgejahres nicht mehr objektivieren lassen, weshalb ihr Nachfolger in der beruflichen Stellung Dr. H. nachvollziehbar von einer Monarthritis des rechten Sprunggelenkes ausgegangen ist. Soweit Dr. H. eine Entzündung am rechten Handgelenk erwähnt hat, welche sich mittels sonographischer Untersuchung habe nachweisen lassen, bezieht sich diese Aussage nach seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenauskunft auf die Untersuchungen im Universitätsklinikum Tübingen im Jahre 2011. Prof. Dr. H. hat die Diagnose der undifferenzierten asymmetrischen Oligoarthritis allein und damit nicht schlüssig auf eine Arthritis lediglich im rechten oberen Sprunggelenk gestützt. Die aktuell von der Stationsärztin M.-P. diagnostizierten Erkrankungen in Form einer Tendinitis der langen Bizepssehne und einer Bursitis subacromialis, also einer Entzündung des Schleimbeutels am Schultergelenk, sind keine Gelenkentzündungen. Das von Prof. Dr. H. beschriebene schmerzhaft obere Sprunggelenk rechts mit intermittierenden Schwellungen sowie Anlauf-, Belastungs- und Ermüdungsschmerzen lässt sich bei der Klägerin folglich nicht einer solchen Erkrankung zuordnen. Soweit er ausgeführt hat, bei einer floriden Phase der Entzündung, welche bei der gutachterlichen Untersuchung nach seiner Darlegung nicht vorgelegen habe, sei der Klägerin eine Belastung ihres rechten Beines wegen der empfohlenen Entlastung überhaupt nicht mehr möglich, hat er eine tatsächliche Funktionseinschränkung ohnehin nicht mit Fremdbefunden belegt, weshalb die Funktionsstörung nicht objektiviert ist. Prof. Dr. H. hat sich ferner für die Diagnosestellung auch auf den Therapieeffekt der Immunsuppression gestützt, welcher sich indes nicht eingestellt hat. So hat Dr. H. nach der ambulanten Untersuchung der Klägerin Mitte Juni 2012 über den ein Jahr zuvor begonnenen Therapieversuch mit Sulfasalazin durch seine Vorgängerin Prof. Dr. K. berichtet, dass trotz Dosissteigerung von täglich zweimal 1 mg auf insgesamt 3 g weiterhin, bei Vorliegen einer Monarthritis des rechten oberen Sprunggelenkes, eine unzureichende Entzündungskontrolle bestand. Es wurde gar eine Therapieerweiterung um Leflunomid von täglich 10 mg erwogen. Im Frühjahr 2014 war die Tagesdosis zwar reduziert, hatte aber immer noch einen Umfang von drei Tabletten mit je 500 mg, wobei es immer wieder zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen an den betroffenen Gelenken kommen könne, wie Dr. H. kundgetan hat. Letztendlich hat Prof. Dr. H. zwar die Diagnose aufrechterhalten, indes auch eingeräumt, dass sich bei seiner gutachterlichen Untersuchung ein organpathologisches Korrelat nicht gefunden hat.

Ab dem streitgegenständlichen Antrag auf Neufeststellung des GdB vom 4. April 2013 ist der Nachweis für eine Fibromyalgie nicht erbracht. Das von Prof. Dr. K. im Juni 2011 beschriebene ausgeprägte Fibromyalgiesyndrom mit Erstmanifestation und -diagnose im Jahre 2009 ist zwar von Dr. H. aufgegriffen und noch im Frühjahr 2014 diagnostiziert worden. Allerdings hat er keinen objektiven Befund angeführt, anhand dessen die Diagnose nachvollzogen werden könnte. Prof. Dr. H. hat bei seiner gutachterlichen Untersuchung Anfang Juli 2015 demgegenüber genauso wie Prof. Dr. H. acht Monate zuvor keinen Hinweis auf eine aktive Symptomatik gefunden, welche eine Fibromyalgie erklärte. So sind bei der letzten gutachterlichen Untersuchung nur sechs von achtzehn Triggerpunkten schmerzhaft gewesen. Prof. Dr. H. hat darüber hinaus überzeugend ausgeführt, dass sich der Beschwerdevortrag der Klägerin nicht mit dem typischen Krankheitsbild deckt. So

treten die Symptome der Fibromyalgie nicht stundenweise auf, wenn nicht bis zu wochenlange symptomfreie Phasen folgen und sie nicht einer Berufsausübung zuzuordnen sind. Selbst wenn dieser der Auffassung sein sollte, dass eine Fibromyalgie als Krankheitsbild nicht existiert, was den Ausführungen in seinem Gutachten indes nicht entnommen werden kann, da er sich insoweit allein auf nicht näher bezeichnete andere wissenschaftliche Autoren bezieht, welche dieser Meinung sein sollen, wäre seine Expertise entgegen der Ansicht der Klägerin verwertbar. Denn auch dann wäre er insoweit seiner Aufgabe als Sachverständiger gerecht geworden. Er hat zwei in der medizinischen Wissenschaft vertretene Auffassungen dargestellt und die weitere Prüfung, ob eine Fibromyalgie vorliegt, auf der Grundlage dieser beiden Meinungen vorgenommen. Nach Darlegung von Prof. Dr. H. ist vorliegend das Ergebnis das identische, also wegen einer Fibromyalgie seien keine für die Feststellung des GdB im Vordergrund stehenden behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen Funktion (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) vorhanden, entweder mangels Ablehnung als eigene diagnostische Entität oder ob zu weniger positiver Triggerpunkte wegen Nichterfüllung der Diagnosekriterien. Damit hat der Sachverständige dem Gericht bei der Urteilsfindung geholfen und ihm auf medizinischem Wissensgebiet diejenigen Kenntnisse vermittelt, die es für seine Entscheidung benötigt (vgl. BSG, Urteil vom 20. Mai 1958 - 2 RU 305/56 -, juris, Rz. 19). Die verwertbare Expertise von Prof. Dr. H. kann damit zwar grundsätzlich weiter in Frage gestellt werden, die hiergegen erhobenen Einwendungen der Klägerin greifen vorliegend indes nicht durch, insbesondere nicht der Hinweis auf sein Lebensalter. Zum Sachverständigen bestellt werden kann gemäß § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung § 404 Abs. 1 ZPO jede natürliche Person ohne Altersgrenze.

Das Funktionssystem "Rumpf" ist mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Nach den beiden Begutachtungen durch die Sachverständigen Prof. Dr. H. und Prof. Dr. H. steht zur Überzeugung des Senats lediglich fest, dass im Bereich der Wirbelsäule ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit Bandscheibenprotrusionen ohne wesentliche funktionelle und nervale Folgen, eine geringfügige thorakolumbale Skoliose ohne wesentliche funktionelle und statische Beeinträchtigungen sowie eine geringfügige lumbale Spondylose ohne wesentliche funktionelle Störungen vorliegen. Zervikal sind im MRT in den beiden unteren Segmenten mehrfach lediglich Protrusionen der Bandscheiben, aber keine Vorfälle festgestellt worden, wie von Dr. H. ohnehin fachfremd beschrieben. Ebenso zeigten sich trotz der von dem sachverständigen Zeugen Dr. M. in der ersten Jahreshälfte 2013 diagnostizierten Neuroforamenstenose im Segment C5/6 rechts keine nervalen Reiz- oder Ausfallerscheinungen, was gegen eine wesentliche nervale Kompression spricht. Ein Lendenwirbelsäulensyndrom hat sich indes, anders als nach Dr. M. zuletzt noch von Prof. Dr. H. angenommen, nicht objektivieren lassen. Lumbal bestanden bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. lediglich in drei Segmenten ventrale Spondylosen, von denen allenfalls der Spondylophyt an der Oberkante des zweiten Lendenwirbels mittelgradig ausgeprägt war. Die Kriterien für die Bezeichnung als Lendenwirbelsäulensyndrom, was die Zusammenfassung verschiedener Degenerationen der Wirbelsäule mit eindeutig darauf zurückzuführenden Beschwerden darstellt, sind dadurch nicht erfüllt gewesen. Einen solchen Befund hat auch Prof. Dr. H. nicht erhoben. Einen Hinweis auf ein Nervenkompressionssymptom fand auch er nicht. Das Lasègue-Zeichen war beidseits negativ. Die minimalen knöchernen juvenilen Wachstumsstörungen an den Deckplatten des zweiten und dritten Lendenwirbels haben weder Belastungs- noch Bewegungsdefizite oder Schmerzen bedingt. Gleiches gilt für die kurzbogige geringfügige Skoliose, welche sich durch ihren Scheitelpunkt am ersten Lendenwirbel als thorakolumbal dargestellt hat. Strukturelle Skoliosen bis 20° werden als geringfügig bis leicht eingestuft, bedürfen keiner Behandlung und im Erwachsenenalter auch keiner Kontrolle, da sie weder progredient sind noch im vermehrten Maße sekundäre Degenerationen verursachen, wie Prof. Dr. H. nachvollziehbar dargelegt hat.

Diese Gesundheitsstörungen haben allenfalls im Bereich der Halswirbelsäule geringe funktionelle Auswirkungen zur Folge, wie sich bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. anhand des von ihm erhobenen klinischen Befundes einzig hat objektivieren lassen. Die Brust- und Lendenwirbelsäule wies, abgesehen etwa von durch Prof. Dr. H. festgestellten deutlichen Myogelosen im Bereich auch der Lendenwirbelsäule im Wesentlichen keinen von einem altersentsprechenden Befund abweichenden pathologischen Gesundheitszustand auf. Die Seitneigung der Halswirbelsäule konnte bis 45-0-55° vorgenommen werden (Referenzwerte: 35 bis 45-0-35 bis 45°; vgl. hierzu und zu den folgenden Daten Backup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 23 ff.). Die Rotation rechts/links wurde mit 80-0-85° (80-0-80°) gemessen. Die Rumpfwirbelsäule, also auch im Bereich der Lendenwirbelsäule, wies eine gute Inklination und Reklination auf. Die Klägerin nahm beidseits eine Seitneigung von 40° (30 bis 40°-0-30 bis 40°) ein. Die Rotation war sogar bis 50-0-55°

(30-0-30°) möglich. Der Finger-Boden-Abstand betrug 3 cm, bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. 4 cm. Die Zeichen nach Ott und Schober sind mit 29/30/33 cm (Zunahme um 2 bis 4 cm) und 8,5/10/15 cm (Zunahme um 5 cm) festgestellt worden. Prof. Dr. H. erkannte ebenfalls eine normgerechte Zunahme um 5 cm. Damit in Einklang steht, dass die Rumpfmuskeln zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. allseits und seitengleich gut ausgebildet, normoton und kräftig gegen Widerstand waren, was durch das negative Gowers-Zeichen untermauert wurde. Beim Versuch, sich aufzurichten, was mit geringfügigem einseitigem Abstützen des Armes gelang, und beim Hinlegen aus sitzender Haltung äußerte die Klägerin keine Schmerzen. Sie gab daneben prompte Druckschmerzen lediglich zervikal an den Dornfortsätzen und beidseitigen Paravertebralbereichen, den beidseitigen Trapez- und Brustmuskelnbereichen sowie in leichter Form am inneren Rand des Schulterblattes links und dorsal und lateral am Beckenkamm rechts an. Sonst äußerte sie weder Druck- noch Bewegungsschmerzen, insbesondere nicht bei den Rippenbögen und den Kreuzdarmbeifügen. Dieses klinische Untersuchungsbild zeigte sich ähnlich bereits im Frühjahr 2014 bei Dr. H., der eine harmonische Schwingung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule beobachtete. Der Finger-Boden-Abstand betrug damals sogar 0 cm, sie erreichte folglich ihre Standfläche. Das Zeichen nach Schober wurde mit 10/14 cm festgestellt. Die laterale Lumbalflexion und der Internalleolarabstand waren unauffällig, Die Rotation der Halswirbelsäule war frei, die Reklination nur endgradig eingeschränkt sowie die Inklination und Atembreite regelrecht. Es wurde lediglich ein diskreter Druckschmerz in der paravertebralen Muskulatur festgestellt.

Die geringen funktionellen Auswirkungen im Bereich der Halswirbelsäule bedingen keinen höheren Teil-GdB als 10 für das Funktionssystem "Rumpf". Der Senat hält daher sämtliche höheren Einschätzungen, selbst mit einem Teil-GdB von 20 durch den Versorgungsarzt Dr. R., durch die Befundlage nicht belegt. Außergewöhnliche Schmerzen, die zusätzlich zu berücksichtigen wären (VG, Teil A, Nr. 2 j; st. Rspr. vgl. Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 56), sind nicht nachgewiesen. Die Klägerin berichtete zwar gegenüber Dr. J. Anfang 2013, unter einem chronischen Schmerzsyndrom zu leiden. Indes ist diese Diagnose bislang von keiner Ärztin und keinem Arzt gestellt worden. Ohnehin ist bei der Klägerin keine intensive schmerztherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Bei der Entlassung aus der R.-Klinik ist ihr lediglich Ibuprofen, 200 mg (1-0-1) verordnet worden. Die zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. verschriebene höchste Dosis von 800 mg nahm sie ausweislich seines Gutachtens nur bei bedarfsweise auftretenden Schmerzen ein. Ob der fehlenden therapeutischen Konsequenz, also in Ermangelung eines entsprechenden Leidensdrucks, handelt es sich noch um üblicherweise vorhandene Schmerzen, welche in den in der GdB-Tabelle angegebenen Werten eingeschlossen sind.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Das Funktionssystem "Arme" begründet danach ebenfalls einen Teil-GdB von 10.

Aufgrund der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. M. ist der Senat überzeugt, dass die Klägerin jedenfalls seit dem Jahre 2013 an einer AC-Gelenkarthrose rechts mit Impingementsymptomatik leidet, die sich Prof. Dr. H. noch bei seiner, wenn auch fachfremden gutachterlichen Untersuchung Anfang Juli 2015 für ihn plausibel gezeigt hat. An der rechten Schulter liegen weiter geringfügige bizepitale Sehenscheiden- und Gleitbeutelreizungen sowie eine geringfügige Ansatzentendiose der Supraspinatussehne vor, allerdings ohne wesentliche funktionelle Folgen, wie sie der Sachverständige Prof. Dr. H. objektiviert hat. Hierdurch ist es bei der Klägerin zu Funktionseinschränkungen gekommen, welche unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 18.13, wonach unter Berücksichtigung der entsprechenden Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit maßgeblich auf die noch mögliche aktive Armhebung abgestellt wird, mit keinem höheren Teil-GdB als 10 zu bewerten sind. Bei der von Dr. M. durchgeführten klinischen Untersuchung konnte die Klägerin Anfang 2013 den Arm bis 180° anheben, bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. Anfang November 2014 bis 170°. Selbst bei Prof. Dr. H. war es der Klägerin noch möglich, den Arm über 120° anzuheben, wenn auch mit deutlichem Impingement und Painful arc bei der Wegführung der rechten oberen Extremität. Damit in Einklang steht, dass die Klägerin nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. H. Anfang 2014 den Schürzen- und Nackengriff im rechten Schultergelenk lediglich endgradig eingeschränkt vornehmen konnte. Selbst unter Berücksichtigung der im Operationsbereich der rechten Schulter aufgetretenen Schwellneigungen, wie sie die Stationsärztin M.-P. nach der Ende Februar 2016 erfolgten arthroskopischen Tenotomie der langen Bizepssehne rechts und der subakromialen Dekompression beschrieben hat, ist ein Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem "Arme" ausreichend, zumal die übrigen Gelenke im Bereich dieser oberen Extremitäten nach allen Untersuchungen, zuletzt der gutachterlichen durch Prof. Dr. H., einen altersentsprechenden Befund aufgewiesen haben. Zu dieser Einschätzung ist auch der sachverständige Zeuge Dr. H. im März 2014 gelangt. Die Bewertung mit einem Teil-GdB von 20, wie sie Prof. Dr. H. vorgenommen hat, kann der Senat bei dieser Sachlage nicht nachvollziehen. Der Rechtsstreit ist trotz der für Ende August 2016 geplanten und zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung beim erkennenden Senat von der Klägerin angetretenen dreiwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme wegen ihrer Beschwerden in der rechten Schulter nach der Operation Ende Februar 2016 entscheidungsreif gewesen. Ziel dieser Behandlung ist es, den physischen Gesundheitszustand mit medizinischen Maßnahmen zu mildern, wohingegen für das Klagebegehren demgegenüber eine weitere Beeinträchtigung der körperlichen Funktion ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) hinzukommen müsste. Der entscheidungsrelevante Tatsachenstoff ist damit auch insoweit hinreichend geklärt gewesen.

Das Funktionssystem "Beine" ist gleichermaßen mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Nach der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. konnten an beiden Vorfüßen der Klägerin leichte Valgusstellungen der Endglieder der Großzehen festgestellt werden, welche Prof. Dr. H. als beidseitigen Hallux valgus der Großzehen bezeichnet hat, mit einem leichten Streckdefizit und einer leichten medialen Gleitbeutelreizung auf der rechten Seite. Nach der sonstigen Aktenlage ist am oberen Sprunggelenk ein wiederholter leichter Gelenkerguss beschrieben worden, nach Auffassung des Senats und gestützt auf die schlüssige Darlegung von Prof. Dr. H. indes unklarer Genese. Die von Dr. W. 2007 diagnostizierte Coxarthrose rechts im Stadium I (ICD-10 M16.1) hat

sich für den streitgegenständlichen Zeitraum nicht objektivieren lassen. Prof. Dr. H. hat diese Diagnose zwar aufgegriffen. Demgegenüber hat Prof. Dr. H. überzeugend ausgeführt, dass keines der dafür spezifischen radiologischen Zeichen nachweisbar gewesen ist. Auch haben bei seiner gutachterlichen Untersuchung weder Bewegungsdefizite noch Schmerzen bestanden, welche dem unmittelbaren Gelenkbereich hätten zugeordnet werden können. Die bekundeten lokalen Schmerzen am großen Rollhügel, welche offensichtlich zu dieser falschen und mehrfach übernommenen Diagnose geführt haben, können demgegenüber, so Prof. Dr. H., entweder Ansatzentzündungen der glutealen Muskeln oder einer Bursitis zugeordnet werden. Diese sind indes funktionell und statisch unbedeutend. Das rechte obere Sprunggelenk war bei seiner Untersuchung in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt, wie sich anhand der Bewegungsmaße nach der Neutral-0-Methode mit 20-0-50° bei der Plantarflexion und der Dorsalextension zeigte (Referenzwerte: 20 bis 30-0-40 bis 50°; vgl. Buckup, a. a. O., S. 316). Dazu passt das von ihm während seiner Untersuchung erkannte Gangbild, wonach der Klägerin das Gehen mit normalen Schwung- und Standphasen, Abrollbewegungen der Füße und Bewegungsexkursionen der übrigen Beingelenke möglich war. Zudem nahm sie einen normalen beidseitigen Zehen- und Fersengang ein. Ferner zeigten sich die Umfangmaße des rechten Beines nahezu identisch mit denjenigen der anderen unteren Extremität. Das von Prof. Dr. H. bei seiner gutachterlichen Untersuchung beobachtete und von ihm auf Schmerzen zurückgeführte Entlastungshinken des rechten Beines erklärt sich für den Senat daher nicht aus objektivierten Funktionsstörungen im Bereich des rechten Sprunggelenkes. Er selbst hat ausgeführt, die Pronation und Supination seien lediglich geringgradig eingeschränkt gewesen und eine Schwellung dieses Gelenkes habe nicht festgestellt werden können. Bei im Übrigen nur im Bereich des rechten Hüftgelenkes bei der Außen- und Innenrotation provoziertem Schmerz mit Ausstrahlung auch in die Leiste, aber ansonsten sich bei der letzten gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. bestätigter freier Beweglichkeit der übrigen Artikulationen der unteren Extremitäten, ist ein Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem "Beine" angemessen, aber auch ausreichend (VG, Teil B, Nr. 18.14).

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Dr. R., zu dem die Klägerin von ihrer Hausärztin Dr. B. Ende November 2015 überwiesen worden ist, hat nach seinem aktuellen, auf zwei Untersuchungen Ende 2015 gestützten Bericht eine Antriebsschwäche mit depressiver Überlagerung erkannt, danach ist eine Behandlung nicht mehr erforderlich gewesen. Nach dem psychopathologischen Befund ist sie indes munter, nicht deutlich herabgestimmt, schwingungsfähig und nicht verlangsamt gewesen. Der Senat konnte diesen psychopathologischen Befund seiner Entscheidung zugrunde legen, obgleich er fehlerhaft anamnestisch erhoben hat, dass die Klägerin alleinstehend ist, da dies hierauf keinen Einfluss hatte. Diese hat daneben lediglich angegeben, etwas reizbarer und unruhiger zu sein sowie von Schlafstörungen berichtet. Wegen dieser psychovegetativen Begleiterscheinung ist die Einstellung mit Opipramol begonnen worden, wodurch sich die Schlafstörungen schnell gebessert haben. Sonst lagen keine psychischen Einschränkungen vor, weshalb die mit der Erkrankung der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet, welche noch zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. Anfang Juli 2015 an etwa zehn Tagen im Monat mit dem Antidepressivum Amitriptylin, 25 mg (0-0-1) behandelt worden ist, einhergehenden Funktionsstörungen in Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen einen GdB zwischen 0 und 20 zur Folge haben, mit keinem höheren GdB als 10, also im mittleren Bereich des insoweit eröffneten GdB-Rahmens, zu bewerten sind.

Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" erreicht ebenfalls keinen höheren Teil-GdB als 10. Nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Mangels Hinweis auf eine Organbeteiligung ist vorliegend ein höherer Teil-GdB als 10 nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 bei fehlenden mehrfachen diastolischen Blutdruckwerten über 100 mmHg trotz Behandlung, vorliegend mit Losartan, 100 mg (1-0-0), welche sich den vorliegenden medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen lassen, nicht gerechtfertigt. Dr. H., welcher bereits im Frühjahr 2012 von einer gebesserten arteriellen Hypertonie ausging, maß den Blutdruck mit 145/85 mmHg, Dr. H. im Frühjahr mit 110/80 mmHg und Prof. Dr. H. im Sommer 2015 mit 152/63 mmHg.

Mit den sonstigen in den medizinischen Unterlagen erwähnten Erkrankungen sind vorliegend gleichermaßen keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Der Sachverständige Prof. Dr. H. hat insoweit die für den Senat nachvollziehbare medizinische Einschätzung vorgenommen, dass aus den für ihn fachfremd und anamnestisch vorliegenden Erkrankungen in Form des Nikotinabusus mit zeitweisen chronischen Bronchitiden, der Kontaktallergie auf Nickel, Fettstoffwechsel- und Leberfermentstörungen sowie des Zustandes nach Entfernung der Gebärmutter, worauf auch Dr. H. hingewiesen hat, keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen resultierten. Anhaltspunkte für weitere Ermittlungen von Amts wegen ([§ 103 SGG](#)), insbesondere Sachverständigenbeweis zu erheben, ergeben sich daraus jedenfalls nicht. Eine sachverständige Zeugenauskunft bei Dr. Sch.-K. musste ebenfalls nicht eingeholt werden, da sie die Klägerin nur bis 2011, jedenfalls ab 4. April 2013, dem Tag der Stellung des Antrages auf Neufeststellung des GdB, nicht mehr untersucht oder behandelt hat und die hausärztliche Betreuung bereits seit Ende August 2011 durch Dr. B. erfolgt.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), ist im Falle der Klägerin nach dem 3. April 2013 nicht einmal der bereits vom Beklagten festgestellte GdB von 40 begründet. Der von Dr. B., Dr. H. und Prof. Dr. H. befürwortete GdB von 50 entbehrt jeder Grundlage. Die Aufhebung der Feststellung des GdB, welche wegen [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) überhaupt erst ab einem solchen von 20 vorzunehmen ist, ist dem Gericht wegen des im Rechtsstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz - GG](#)) verankerten Grundsatzes der reformatio in peius, wonach eine Rechtsmittelführenden gegenüber ergangene Verwaltungsentscheidung auch im Berufungsverfahren nicht zu ihren Ungunsten abgeändert werden darf (vgl. BSG, Urteil vom 29. Februar 1956 - [10 RV 75/55](#) -, [BSGE 2, 225](#) (228 f.)), indes verwehrt.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beR.t auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2016-09-26