L 8 SB 2895/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 13 SB 3244/12
Datum
17.06.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2895/14
Datum
30.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17.06.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Die Klägerin trägt die Kosten des auf ihren Antrag gemäß § 109 SGG eingeholten Gutachtens von Dr. B. vom 07.12.2015 mit ergänzender Stellungnahme vom 14.03.2016 sowie ihre baren Auslagen endgültig selbst.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Die 1955 geborene Klägerin ist türkische Staatsangehörige und im Besitz einer Niederlassungserlaubnis.

Bei der Klägerin stellte das Landratsamt C. (LRA) zuletzt mit Teil-Abhilfebescheid vom 12.08.2005 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und einer seelischen Störung den GdB mit 30 fest. Ein Verschlimmerungsantrag der Klägerin blieb durch Bescheid vom 08.04.2009 ohne Erfolg.

Am 13.10.2011 stellte die Klägerin beim LRA einen weiteren Antrag auf Erhöhung des GdB. Sie machte zur Begründung eine Operation an der Halswirbelsäule geltend. Das LRA nahm medizinische Befundunterlagen zu den Akten (Berichte insbesondere des Klinikverbundes S. N. vom 08.06.2010, 28.06.2010, 10.09.2010, 11.09.2010, 01.12.2010, 10.11.2010, 10.11.2011, 22.10.2010, 19.01.2011, 04.11.2010, 15.11.2010, 19.11.2010, 08.03.2011 und 14.03.2011, Diagnosen insbesondere: Zustand nach Dünndarminvagination 9/2010, Spinalkanalstenose im HWS-Bereich, Hypothyreose, Euthyreose; Dr. S. vom 30.03.2009 und 18.05.2009, Diagnose: Cervicobrachialsyndrom links; Dr. H. vom 17.02.2009, 19.08.2010, 22.04.2010 und 04.10.2010; Dr. D. vom 21.04.2010, Diagnosen: Degeneratives LWS-Syndrom, segmentale LWS-Blockierung, Lumboischialgie und Verdacht auf lumbaler NPP mit Radikulopathie; Prof. Dr. Du. vom 21.07.2011, Diagnose: Hard Disk HWK 5 bis 7; Ärztlicher Entlassungsbericht der S. -Klinik Z. vom 23.08.2011, Diagnosen: Ventrale Fusion HWK 5 bis 7 am 18.07.2011, Spinalkanalstenose HWK 5 bis 7, depressives Syndrom, chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren). Das LRA holte hierzu die gutachtliche Stellungnahme seines ärztlichen Dienstes, Dr. Di. , vom 26.03.2012 ein, der wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, operiertem Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und einer seelischen Störung den GdB weiterhin mit 30 vorschlug.

Mit Bescheid vom 27.03.2012 entsprach das LRA den Antrag der Klägerin auf Neufeststellung des GdB nicht. Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin am 26.04.2012 Widerspruch ein. Das LRA holte den Befundschein der Fachärztin für Allgemeinmedizin B. vom 30.07.2012 ein nahm weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Berichte A. Kliniken B. vom 12.07.2012, Diagnosen: Schweres degeneratives LWS-Syndrom, Fibromyalgie-Syndrom; S. Gelenk- und Rheumazentrum Bad W. vom 08.11.2011; Dr. R. vom 22.03.2012, Diagnosen: Schmerzstörung, anhaltende somatoforme Spinalkanalstenose der LWS, degeneratives BWS-Syndrom; Dr. P. vom 14.12.2011, Diagnosen: Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren Stadium III MPSS, Zustand nach zervikaler Spinalkanalstenose und ventraler Fusion; Dr. W. vom 03.02.2012, Diagnosen u.a.: Thoraxbeschwerden, Diabetes mellitus Typ II, Spinalkanalstenose, Zustand nach OP bei Bandscheibenschaden der HWS; Klinikverbund S. N. vom 24.05.2012). In der gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes

vom 08.08.2012 schlug Dr. F.-M. unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Fibromyalgiesyndroms den GdB weiterhin mit 30 vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 15.08.2012 wurde der Widerspruch der Klägerin vom Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - zurückgewiesen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 06.09.2012 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie machte zur Begründung geltend, wegen erheblichster Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (Einzel-GdB 40), eines Fibromyalgiesyndroms mit einhergehender Depression sowie nicht berücksichtigten regelmäßig bestehenden kolikartigen abdominellen Beschwerden mit einer Verengung im Dünndarm sei die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen.

Das SG hörte behandelnde Ärzte der Klägerin - unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. F.-M. vom 08.08.2012 - schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. R. teilte in seiner Aussage vom 25.01.2013 - unter Vorlage medizinischer Unterlagen - den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Er schloss sich der Auffassung des ärztlichen Dienstes des Beklagten an. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin S. teilte in ihrer Aussage vom 07.02.2013 - unter Vorlage medizinischer Unterlagen, insbesondere des Ärztlichen Entlassungsberichts der S. -Klinik Z. vom 23.08.2011 und des Berichts der A. Kliniken vom 03.09.2012 sowie Antwortscheine - den Behandlungsverlauf, die Befunde und die Diagnosen mit und schätzte den GdB zwischen 30 bis 50 ein. Der Neurochirurg Prof. Dr. Du. teilte in seiner Aussage vom 07.02.2013 - unter Vorlage medizinischer Unterlagen - den Behandlungsverlauf, die Befunde und die Diagnosen mit. Er teilte die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten auf seinem Fachgebiet und schätzte wegen Wirbelsäulenschäden in zwei Abschnitten den GdB auf 30 ein.

Das SG holte von Amts wegen das Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie O. vom 09.09.2013 ein. Die Gutachterin gelangte zu der Bewertung, bei der Klägerin bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es gebe deutliche Überschneidungen der somatischen Befunde und der Schmerzsymptomatik sowie eine Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und der tatsächlichen körperlichen und psychischen Beeinträchtigung. Die Gutachterin schätzte wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sowie wegen des Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren den Einzel-GdB jeweils auf 30 sowie den Gesamt-GdB auf 40 ein.

Der Beklagte unterbreitete der Klägerin unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 13.11.2013 ein Vergleichsangebot dahin, den GdB mit 40 ab 13.10.2011 festzustellen, das die Klägerin nicht annahm.

Anschließend holte das SG auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG das chirurgisch-orthopädische Gutachten des Dr. P. vom 15.01.2014 ein. Der Gutachter gelangte zu den Bewertungen, bei der Klägerin bestünden nach Versteifung C5-C7 Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule in drei Etagen mit schweren funktionellen Auswirkungen (GdB 40), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatoformen und somatogenen sowie psychischen Faktoren mit Ganzkörperbetroffenheit und depressiven Episoden (GdB 30) sowie eine Chondropathia patellae beidseits (GdB 10). Der diätisch behandelte Diabetes mellitus rechtfertige keinen GdB. Dr. P. schätzte den Gesamt-GdB auf 50 seit 13.10.2011 ein.

Der Beklagte trat unter Aufrechterhaltung des Vergleichsangebots vom 14.11.2013 dem Gutachten entgegen und legte die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. H. vom 22.03.2014 vor. Die Klägerin beantragte, Dr. P. zu den Einwendungen des Beklagten zu hören.

Mit Urteil vom 17.06.2014 verurteilte das SG den Beklagten, bei der Klägerin ab 13.10.2011 den GdB mit 40 festzustellen. Im Übrigen wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, bei der Klägerin seien mittelgradige Funktionseinschränkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten nachgewiesen, für die ein Einzel-GdB von 30 angemessen sei. Die Kniegelenksbeschwerden bedingten keinen höheren GdB als 10. Das chronische Schmerzsyndrom sei nicht mit einem GdB von mehr als 30 zu bewerten. Weitere Gesundheitsstörungen, die zumindest einen Einzel-GdB von 10 bedingten, seien nicht festzustellen. Es sei ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden.

Mit Bescheid vom 21.07.2014 stellte das LRA in Ausführung des Urteils vom 17.06.2014 bei der Klägerin den GdB mit 40 seit dem 13.10.2011 fest.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 25.06.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigte am 10.07.2014 Berufung eingelegt. Sie hat zur Begründung ausgeführt, das SG sei aus nicht nachvollziehbaren Gründen ihrem Antrag, Dr. P. zu den Einwendungen des Beklagten zu hören, nicht gefolgt. Richtigerweise sei das bestehende Wirbelsäulensyndrom mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Auch ihr psychischer Zustand sei mit einem Einzel-GdB von 30 nicht ausreichend bewertet. Sie befinde sich nunmehr aktuell in psychiatrischer Behandlung. Die Klägerin hat im Verlauf des Berufungsverfahrens das Attest des Dr. Wi. vom 10.06.2016 und den Befundbericht des Dr. C. vom 11.04.2016 vorgelegt (Schriftsätze vom 15.06.2016 und 17.06.2016, Diagnose: Somatoforme Störung, Fibromyalgie, Bursitis subacromialis links).

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17.06.2014 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 27.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.08.2012 sowie unter Abänderung des Ausführungsbescheides vom 21.07.2014 zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit 50 ab dem 13.10.2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat unter Bezug auf die vom SG eingeholten Gutachten vorgetragen, die Feststellung eines höheren GdB finde im objektiven medizinischen Sachverhalt keine Stütze.

Der Senat hat den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie PD Dr. Sche. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. PD Dr. Sche. hat in seiner Aussage vom 27.02.2015 den Behandlungsverlauf, die Befunde und die Diagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, leichte, rezidivierende depressive Störung) mitgeteilt und den GdB auf 40 eingeschätzt. Weiter hat der Senat den ärztlichen Entlassungsbericht der Z.-Klinik St. B. vom 21.07.2015 sowie den Bericht der S. Kliniken R. vom 23.03.2016 beigezogen.

Außerdem hat der Senat auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG das psychiatrische Gutachten des Dr. B. vom 07.12.2015 eingeholt. Dr. B. gelangte in seinem Gutachten zu der Bewertung, bei der Klägerin bestünden ein chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 30) sowie eine chronifizierte schwere depressive Störung (Teil-GdB 40). Unter Einbeziehung einer Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule (Teil-GdB 30) schätzte er den GdB auf 50 jedenfalls ab 01.12.2013 ein.

Der Beklagte trat dem Gutachten des Dr. B. entgegen (Schriftsatz vom 14.01.2016). Auf Antrag der Klägerin hat der Senat zu den Einwendungen des Beklagten die ergänzende Stellungnahme des Dr. B. vom 14.03.2016 eingeholt, in der er an seinen Bewertungen im Gutachten vom 07.12.2015 festhielt.

Der Beklagte trat der Berufung der Klägerin unter Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 03.06.2016, der wegen einer seelischen Störung, Depression, chronischem Schmerzsyndrom und Fibromyalgiesyndroms (Teil-GdB 40 ab Oktober 2014) sowie einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen und operiertem Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20) den GdB weiterhin mit 40 seit 13.10.2011 vorschlug, weiter entgegen (Schriftsätze vom 07.04.2016 und 09.06.2016).

Mit richterlicher Verfügung vom 02.08.2016 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, über die Berufung gemäß § 153 Abs. 4 SGG ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zu entscheiden und es ist ihnen Gelegenheit gegeben worden, zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren bis 31.08.2016 Stellung zu nehmen. Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 15.08.2016 ist die Klägerin einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG entgegengetreten.

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

II.

Gemäß § 153 Abs. 4 SGG kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind mit richterlicher Verfügung vom 02.08.2016 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigen Verfahren Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme der Klägerin im Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 15.08.2016 gibt dem Senat keinen Anlass, von einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG Abstand zu nehmen. Die Klägerin zeigt keine neuen Gesichtspunkte auf, die eine mündliche Verhandlung erforderlich erscheinen lassen. Sie wiederholt vielmehr im Wesentlichen lediglich ihr bisheriges Vorbringen. Der Zustimmung der Klägerin zu einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG bedarf es nicht. Einer Entscheidung nach 153 Abs. 4 SGG steht auch der Ausführungsbescheid des Beklagten vom 21.07.2014 nicht entgegen. Der im Zuge der vorläufigen Vollstreckbarkeit des SG-Urteils (§ 154 SGG) ergangene Ausführungsbescheid, der keinen eigenständigen Regelungscharakter hat, wird von der Berufung der Klägerin gegen das diesen Sachverhalt regelnde Urteil erfasst, ohne dass es hierzu einer Klage nach §§ 153 Abs. 1, 96 SGG bedürfte, über die der Senat gesondert zu befinden hätte (vgl. Leitherer in Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 96 Rn. 7 und 4b, jeweils m.w.N.). Zur Klarstellung wurde der Ausführungsbescheid zum Antrag der Klägerin deklaratorisch angeführt.

Der Senat hat den Berufungsantrag der Klägerin nach ihrem erkennbaren Begehren sinngemäß gefasst.

Die gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 27.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.08.2012 in der Fassung des Ausführungsbescheids vom 21.07.2014 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau seit dem 13.10.2011 lediglich einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertigen. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der Gesamt-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- bzw. Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 -, BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Einzel- bzw. Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

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

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur

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

Die Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin rechtfertigen entgegen ihrer Ansicht keinen Einzel-GdB von 40. Nach den VG Teil B 18.9 ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein 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 (Urteil des erkennenden Senats vom 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 -, veröffentlicht in juris und im Internet sozialgerichtsbarkeit.de). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z. B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Besonders schwere Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden liegen bei der Klägerin nicht deshalb vor, weil am 18.07.2011 eine ventrale Fusion bei Hard Disk der Halswirbelkörper 5 bis 7 erfolgt ist. Hierdurch liegt keine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule vor.

Nach der Befundbeschreibung der Wirbelsäule im ärztlichen Entlassungsbericht der S. -Klinik Z. vom 23.08.2011 bestand bei der Entlassung eine Beweglichkeit der Halswirbelsäule der Klägerin hinsichtlich der Rotation mit 45-0-70°, bei der Linksrotation mit Schmerzangabe, hinsichtlich der Kopfneigung mit 20-0-30°, rechts mit Schmerzangabe, und ein Kinn-Juglum-Abstand von 2/17 cm. Bei der Aufnahme war die Seitneigung der Lendenwirbelsäule beidseits mit drei Viertel möglich. Die Entfaltbarkeit der Wirbelsäule war eingeschränkt (Ott 30/30 cm, Schober 10/12 cm). Die Rotation war beidseits bis 25° möglich. Ein Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der LWS und BWS bestand nicht. Nach der Befundbeschreibung der Wirbelsäule im Bericht der A. Kliniken vom 12.07.2012 ist die Halswirbelsäule der Klägerin in sämtlichen Richtungen auf die Hälfte bis zwei Drittel der Norm bewegungseingeschränkt. Es besteht eine mittelgradige Einschränkung der Seitneigung und Rotation der Lendenwirbelsäule bei einem Finger-Boden-Abstand von 25 bis 30 cm, Bewegungsschmerz und paraverteprale Muskelverspannungen. Nach der Befundbeschreibung im Gutachten des Dr. P. vom 15.01.2014 ist die Wirbelsäule der Klägerin gerade aufgebaut. Schultern und Beckenkämmen stehen gleich hoch. Es bestehen symmetrische Taillendreiecke bei lotgerechter Stellung der Dornfortsätze. Ein Lendenwulst oder Rippenbuckel besteht nicht. Es besteht ein fortgesetzter Schmerz über die Dornfortsatzreihe, HWS, BWS, sowie deutlicher Klopfschmerz im Übergang zur LWS sowie des ISG bei fraglichen Andruckschmerz der Kreuzdarmbeingelenke. Die Valleix`schen Druckpunkte sind schmerzhaft. Die Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule ist wegen Schmerzklage der Klägerin bei der Überprüfung eingeschränkt. Es besteht eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ist in allen Richtungen (Vor-/Rückneigen 30-0-20°, Seitneigen 30-0-30° sowie Drehen 50-0-40°). Hinsichtlich der Brustwirbelsäule besteht eine vermehrte Kyphose. Die Entfaltbarkeit der Wirbelsäule ist vermindert (Ott 30/32 cm, Schober 10/13 cm). Die Lendenwirbelsäule ist in der Seitneigung leicht (30-0-30°) bewegungseingeschränkt bei normaler Drehbeweglichkeit im Sitzen (30-0-30°). Der Finger-Boden-Abstand beträgt über 50 cm. Hinweise auf ein sensomotorisches Defizit bestehen nicht; Laséque- und Bragard-Zeichen waren beidseits negativ. Nach der Befundbeschreibung der Wirbelsäule der Klägerin in dem vom Senat beigezogenen ärztlichen Entlassungsbericht der Z.-Klinik St. B. vom 21.07.2015 bestanden bei der Eingangsuntersuchung ein deutlicher Druckschmerz im Bereich des Trapezius, ein Klopfschmerz und Myogelosen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war - in allen Richtungen - bei einer Verdeutlichungstendenz eingeschränkt (Vor-/Rückneigen 30-0-30°, Seitneigen 30-0-30° sowie Drehen 60-0-60°). Es besteht weiter ein deutlicher Druckschmerz im Bereich des ISG sowie des M. piriformis bds. Die Entfaltbarkeit der Wirbelsäule ist eingeschränkt (Ott 30/32 cm, Schober 10/15 cm). Der Finger-Boden-Abstand beträgt 40 cm Es besteht wiederum eine Verdeutlichungstendenz. Die Lendenwirbelsäule ist endgradig bewegungseingeschränkt (Seitneigung 30-0-30° bei freier Drehung 30-0-30°). Bei Abschluss der Reha war die Beweglichkeit der Wirbeläsule verbessert, Einschränkung der HWS, BWS, LWS etwa um 1/3, keine radikuläre Symptomatik). Auch der Bericht der S. -Klinik vom 23.03.2016 berichtet über ein negatives Zeichen nach Laséque und nicht über neurologische Ausfälle. Ebenso konnte Dr. P. keine neurologischen Auffälligkeiten berichten.

Nach diesen Befundbeschreibungen lassen sich entgegen der Ansicht von Dr. P. in seinem Gutachten vom 15.01.2014 schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in wenigstens zwei Wirbelsäulenabschnitten, die einen Einzel-GdB von 40 rechtfertigen, nicht feststellen. Dies gilt auch hinsichtlich der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen des Dr. R. vom 25.01.2013 und Prof. Dr. Du. vom 07.02.2013, die ebenfalls von einem GdB von unter 40 ausgehen (GdB 30), und der Fachärztin für Allgemeinmedizin S. vom 07.02.2013 sowie der sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen. Es ist vielmehr von dauerhaften mittelgradigen mittelgradigen funktionellen Auswirkungen im Bereich der Halswirbelsäule und unter mittelgradigen Auswirkungen im Bereich der Brust- sowie der Lendenwirbelsäule auszugehen (was z. B. die zuletzt auch die noch um 1/3 eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule zeigt), die maximal einen Einzel-GdB von 30 rechtfertigen, der allerdings nicht voll ausgefüllt ist. Dabei sind bestehende Schmerzen mit berücksichtigt.

Das Vorliegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms, das nach den VG Teil A Nr. 2j einen höheren Einzel-GdB rechtfertigen würde, liegt bei der Klägerin nicht vor. Eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, die eine ärztliche Behandlung erfordern würde, ist nach den eingeholten Gutachten, den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage sowie den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht nachgewiesen. Zwar befand sich die Klägerin in schmerztherapeutischer Behandlung, die

jedoch nicht auf Wirbelsäulenschmerzen beschränkt war, sondern sich auf eine Schmerzgeneralisierung in sämtlichen Körperregionen im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung bezog (Berichte A. Kliniken vom 12.06.2012 und 03.09.2012). Zudem erfolgte bei der Klägerin eine medikamentöse Schmerztherapie der Stufe 1 entsprechend der Einteilung der WHO, was nach den Ausführungen im Gutachten der Fachärztin O. vom 09.09.2013 einer leichten bis allenfalls mittelgradigen Schmerzsymptomatik entspricht. Auch Dr. P. hat in seinem Gutachten vom 15.01.2014 hinsichtlich der Wirbelsäule der Klägerin ein zusätzlich zu berücksichtigendes außergewöhnliches Schmerzsyndrom nicht angenommen, sondern ist von einem chronischen Schmerzsyndrom mit Ganzkörperbetroffenheit ausgegangen. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom kann danach bei der Klägerin nicht festgestellt werden. Weiter rechtfertigen nach den VG Teil B 18.1 allein mit Bild gebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass bei der Klägerin eine Operation an der Halswirbelsäule durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Auf orthopädischem Fachgebiet besteht des Weiteren bei der Klägerin nach dem Gutachten von Dr. P. vom 15.01.2014 eine Funktionsbehinderung der Kniegelenke, die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten ist. Dr. P. diagnostiziert eine Chondropathia patellae. Hierdurch wird die Beweglichkeit der Kniegelenke beidseits jedoch nicht eingeschränkt (Streckung/Beugung rechts 5-0-150°, links 5-0-130°; Norm: 5-0-130°). Die Klägerin klagt ein Unsicherheitsgefühl in beiden Kniegelenken. Klinisch bestand eine vermehrte Spannung der Quadrizepsmuskulatur, ein Andruckschmerz im Bereich des Ligamentum patellare sowie ein diskretes retropatellares Reiben. Meniskuszeichen fanden sich nicht. Eine bedeutsame Instabilität besteht nicht. Bei der Klägerin kann danach keine Funktionsbehinderungen der Kniegelenke festgestellt werden, die nach den rechtlichen GdB-Bewertungsvorgaben der VG Teil B 18.14 einen GdB von über 10 rechtfertigen.

Sonstige Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet, die einen Einzel-GdB von wenigstens 10 rechtfertigen, sind bei der Klägerin nicht festzustellen. Soweit im Bericht der S. Kliniken R. vom 23.03.2016 die Angabe der Klägerin beschrieben ist, seit einer Fraktur des linken Fußes im letzten Sommer könne sie kaum noch laufen, treffen diese Angaben der Klägerin nach der weiteren Befundbeschreibung, wonach Stand, Gang sowie Blindgang der Klägerin sicher bei möglichem Zehen-/Fersengang sind, nicht zu. Dass eine Fraktur des linken Fußes der Klägerin bleibende Funktionsbehinderungen hinterlassen hat, die mit einem Einzel-GdB von wenigstens 10 zu bewerten sind, kann danach nicht festgestellt werden und wird auch von der Klägerin - im Verlauf des Berufungsverfahrens - nicht substantiiert dargetan. Soweit sich die Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigte mit Schriftsatz vom 17.06.2016 auf eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes beruft, kann derzeit von einer dauerhaften Funktionsbehinderung, die einer Bewertung des GdB zugänglich ist, noch nicht ausgegangen werden. Nach dem hierzu vorgelegten Bericht des Dr. C. vom 11.04.2016 ist insbesondere die Abduktion des linken Schultergelenkes bis 90° schmerzhaft eingeschränkt. Nach dem Bericht wurde eine Therapie eingeleitet, weshalb eine dauerhafte GdB-relevante Einschränkung der Beweglichkeit des linken Schultergelenkes nicht feststeht. Zudem setzt nach den VG Teil A 2f der GdB eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dieser Zeitraum ist noch nicht abgelaufen. Der Senat sieht sich deshalb auch nicht veranlasst, wie von der Klägerin angeregt, einen aktuellen Befundbericht bei Dr. C. einzuholen. Vielmehr ist die Klägerin gegebenenfalls auf die Stellung eines Neufeststellungsantrages beim Beklagten zu verweisen. Für die Zeit zuvor konnte der Senat eine funktionelle Behinderung der Schultern nicht feststellen; dem Bericht der S. -Klinik vom 23.03.2016 lassen sich außer Schmerzen keine Bewegungsbeeinträchtigungen an der Schulter entnehmen bei der Untersuchung durch Dr. P. bestand eine Beweglichkeit im Normbereich.

Die auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Gesundheitsstörungen der Klägerin sind mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen 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. Das bei der Klägerin diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom geht in den bei der psychischen Erkrankung berücksichtigten Behinderungen auf. Eine zusätzliche Berücksichtigung des Fibromyalgiesyndroms ist nicht gerechtfertigt. Die Auswirkungen einer Fibromyalgie bzw. einer somatoformen Schmerzstörung sind nach der Rechtsprechung des Senats entsprechend den Maßstäben der VG für psychovegetative oder psychische Störungen zu bewerten (z.B. Senatsurteile vom 27.01.2012 - L 8 SB 768/11 - und vom 22.03.2013 - L 8 SB 4625/11 -). Gründe, hiervon abzuweichen, sind nicht ersichtlich.

Nach dem im Gutachten der Fachärztin O. vom 09.09.2013 beschriebenen psychischen Status ist die Klägerin gepflegt. Sie ist wach, orientiert mit ungestörter Aufmerksamkeit und Konzentration sowie ungestörter Auffassungsgabe. Die Mnestik ist regelgerecht. Es besteht eine durchschnittliche Intelligenz. Formale oder inhaltliche Denkstörungen bestehen nicht. Die Wahrnehmung und das Ich-Bewusstsein sind ungestört. In der Motorik zeigt sich ein etwas angespanntes, sonst jedoch ein lebhaftes Bild. Affektiv ist die Klägerin ausgesprochen klagsam. Es besteht ein Verdeutlichungsverhalten. Sonst hat sich ein lebhaftes, freundlich zugewandtes Bild mit guter Schwingungsfähigkeit bei dysthymen Zügen verbunden mit einem Somatisierungserleben gezeigt. Für eine Suizidalität gibt es keinen Anhalt. Dem entsprechen im Wesentlichen auch die von PD Dr. Sche. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 27.02.2015 beschriebenen psychischen Befunde. Danach ist die Klägerin bewusstseinsklar, allseitig orientiert und in den genetischen Funktionen trotz subjektiver Klagen nicht gestört. Wahrnehmungsstörungen und Ich-Störungen bestehen nicht. Der formale Gedankengang war umständlich, verlangsamt und inhaltlich eingeengt auf eine verstärkte Beobachtung des Körpers mit der Neigung zum Grübeln. Es bestehen Zukunftsängste und Selbstwertzweifel. Die Stimmung der Klägerin ist deutlich deprimiert mit Antriebsminderung und erhöhter affektive Labilität mit Somatisierung und Vitalstörungen. Den Schweregrad einer rezidivierenden depressiven Störung der Klägerin beschreibt Dr. Sche. mit leicht. Nach der Beschreibung des psychischen Befundes von Dr. B. in seinem Gutachten vom 07.12.2015 ist die Klägerin bewusstseinsklar, zu Zeit, Ort und Situation und eigenen Person gut orientiert. Die Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung ist adäquat. Allerdings werden vorgetragene Beschwerden nur zum Teil spontan und unvollständig geäußert. Vor allem bei der körperlichen Untersuchung ihrer Beschwerden ist die Klägerin verdeutlichtend. Es besteht kein Anhalt für Halluzinationen. Das Denken ist formal geordnet, inhaltlich jedoch auf ihre depressive Erlebniswelt mit Grübelzwängen, die um die Themen Vereinsamung, Hoffnungs- und Zukunftsfähigkeit, die Verarmung, eine Bedrohung durch den Ehemann und vor allem auf ihre Schmerzwahrnehmungen kreisen, eingeschränkt. Die Klägerin klagt eher am Rande über eine Fülle depressiver Beschwerden. Dabei wirkte die Klägerin vital traurig resigniert, lust- und freudlos, erschöpft und müde, innerlich angespannt und unruhig mit klagen über schmerzbedingte Schlafstörungen. Die Stimmung ist deutlich zum depressiven Pol verschoben und der Gesichtsausdruck gequält und verspannt. Ich-Störungen bestehen nicht. Die Intelligenz

ist durchschnittlich. Nach der Befundbeschreibung im Bericht der S. Kliniken R. vom 23.03.2016 ist die Klägerin wach, allseits orientiert und im Kontakt offen. Aufmerksamkeit und Gedächtnis erscheinen ungestört. Der formale Gedankengang ist flüssig. Inhaltlich sind kein Wahn oder Zwänge erkennbar. Hinweise auf Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen bestehen nicht. Die Stimmung ist gedrückt bei jedoch guter Fassade. Schwingungsfähigkeit ist gegeben. Der Antrieb ist reduziert. Es besteht sozialer Rückzug. Eine akute Suizidalität besteht nicht. Den Tagesablauf beschreibt die Fachärztin O. in ihrem Gutachten als weitgehend geordnet bei sozialem Rückzug. Dr. B. beschreibt in seinem Gutachten einen eingeschränkten, nicht strukturierten Tagesablauf mit sozialem Rückzug. Dabei ist der Kontakt zum Ehemann, der Tochter und den Enkel trennungsbedingt abgerissen, der Kontakt zum Sohn wegen dessen Aufenthalt in Berlin gering, war jeweils nicht krankhaften Ursprungs ist.

Damit kann nicht festgestellt werden, dass bei der Klägerin schwere - psychische - Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten bestehen, die einen GdB von 50 oder höher rechtfertigen. Vielmehr ist bei der Klägerin von stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) auszugehen, die einen GdB von 30 bis 40 rechtfertigen. Dabei hält es der Senat nicht für gerechtfertigt, den GdB-Rahmen nach oben auszuschöpfen. Der davon abweichenden Ansicht von Dr. G. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.06.2016 schließt sich der Senat nicht an. Den Schweregrad der depressiven Störung bewertet Dr. Sche. mit leicht. Bedeutsame kognitive oder mnestische Funktionsstörungen sind bei der Klägerin nicht festzustellen. Im Vordergrund der psychischen Störung der Klägerin stehen vielmehr nach dem Gutachten der Fachärztin O. ein Somatisierungserleben. Auch Dr. B. beschreibt in seinem Gutachten eine verstärkte Beobachtung des Körpers mit im Vordergrund stehender Schmerzthematik mit eher am Rande geklagten depressiven Beschwerden. Danach erachtet der Senat ein Einzel-GdB von 30 für ausreichend und angemessen. Hiervon geht auch die Fachärztin Dr. O. in ihrem Gutachten vom 09.09.2013 aus.

Soweit Dr. B. in seinem Gutachten beschreibt, die Klägerin "wirke" vital traurig resigniert, lust- und freudlos, erschöpft und müde, innerlich angespannt und unruhig, sie habe einen gequälten und verspannten Gesichtsausdruck, kann dieser Befundbeschreibung für die Bewertung des GdB keine maßgebliche Bedeutung zukommen. Entsprechendes gilt für den von ihm im Vergleich zum Gutachten der Fachärztin O. beschriebenen eingeschränkten Tagesablauf der Klägerin, wonach die Klägerin um 10 oder 11:00 Uhr aufstehe, den ganzen Tag nichts mache, herum hänge, in der Nähe einkaufen gehe, nicht koche, sondern sich nur Fertigessen herrichte und nur gelegentlich durch eine Arbeitskollegin Besuch habe, ohne selbst jemanden zu besuchen. Es ist davon auszugehen, dass die genannte Befundbeschreibung des Dr. B. auf von der Klägerin gezeigtem Verhalten ("wirkt", sichtbare Erschöpfung, von Resignation geprägte Mimik, Seite 12 des Gutachtens) und deren Angaben beruht. Bei der Klägerin besteht eine Verdeutlichungstendenz. Hierauf weisen insbesondere die Fachärztin O. wie auch Dr. B. in ihren Gutachten übereinstimmend hin. Die genannten Befundbeschreibungen, wie auch der von Dr. B. beschriebene Tagesablauf, können durch diese Verdeutlichungstendenz der Klägerin geprägt seien, weshalb sich der Senat nicht davon überzeugen kann, dass die Klägerin in dem von Dr. B. angenommenen Ausmaß erschöpft und resigniert (vital traurig resigniert, lust- und freudlos, erschöpft und müde, innerlich angespannt und unruhig) bzw. der Tagesablauf wie von der Klägerin geschildert krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Hierfür spricht, dass im Bericht der S. Kliniken R. vom 23.03.2016 (den der Senat auf Anregung der Klägerin beigezogen hat) vergleichbare Befunde nicht beschrieben werden, sondern lediglich insbesondere eine gedrückte Stimmung bei jedoch guter Fassade. Dass bei der Klägerin Verdeutlichungstendenzen lediglich auf die körperliche Untersuchung beschränkt sind, wovon Dr. B. ausgeht, kann gerade nach dem Gutachten des Dr. B. nicht festgestellt werden. Danach hatte die Klägerin "vor allem", also nicht nur, bei der körperlichen Untersuchung verdeutlicht. Nachvollziehbare und plausible Ausführungen, die eine solche Differenzierung erlauben, sind dem Gutachten des Dr. B. mit ergänzender Stellungnahme nicht zu entnehmen und auch sonst nicht ersichtlich. Soweit Dr. B. in seinem Gutachten mitgeteilt, er habe Verdeutlichungstendenzen "vor allem" (Seite 6 des Gutachtens) bei der körperlichen Untersuchung beobachtet, wo sich die Klägerin wirklich krank fühle, weist dies auf Verdeutlichungstendenzen auch bei der psychischen Befunderhebung hin. Soweit er im Übrigen darauf hinweist, dass Verdeutlichungstendenzen so verbreitet seien, dass sie zur Alltagspsychopathologie gehörten, hätte Anlass bestanden, der Frage von Verdeutlichungstendenzen auch bei der psychischen Befunderhebung besonders nachzugehen. Dass dies durch Dr. B. erfolgt ist, lässt sich dem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme nicht nehmen. Die genannte Befundbeschreibung wird auch nicht durch die weiteren Ausführungen des Dr. B. in seinem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme plausibel belegt. Die von ihm beschriebenen Folgen von Schlafstörungen, der Einengung der Bewusstseinsinhalte auf Schmerzen, Ängste und resignative Grundeinstellungen sowie der Hinweis auf die geringe Körpergröße der Klägerin, die im Übrigen nach den VG Teil B 18.7 keinen Einzel-GdB von wenigstens 10 rechtfertigt, sind für die Feststellung bestehender Behinderungen der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet theoretisch und lassen keine verlässlichen Rückschlüsse auf die tatsächlich bestehenden psychischen Beeinträchtigungen zu, die allein Grundlage der GdB-Bewertung sind. Entsprechendes gilt für die von ihm beschriebenen Ergebnisse durchgeführter Studien sowie die Annahme einer gescheiterten Migration als hinreichender Grund, schwer depressiv zu werden.

Die Diabeteserkrankung der Klägerin rechtfertigt keinen Einzel-GdB von wenigstens 10. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage der Fachärztin für Allgemeinmedizin S. vom 07.02.2013 ist die diabetische Stoffwechselstörung diätisch mit Besserung (Ärztlicher Entlassungsbericht der Z.-Klinik St. B. vom 21.07.2015) eingestellt und rechtfertigt damit nach den VG Teil B 15.1 keinen GdB. Darauf, dass die Diabeteserkrankung zusätzlich zu berücksichtigen sei, hat sich die Klägerin im Übrigen im Verlaufe des Rechtsstreites auch nicht berufen.

Sonstige mit einem Einzel-GdB von wenigstens 10 zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen der Klägerin sind nicht ersichtlich und werden im Übrigen von der Klägerin auch nicht substantiiert geltend gemacht. Dies gilt auch insbesondere hinsichtlich einer Darmerkrankung der Klägerin.

Hiervon ausgehend ist der Gesamt-GdB mit 40 seit dem 13.10.2011 zu bilden. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu

werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP bzw. der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE 62, 209, 213; BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26 und SozR 3-3879 § 4 Nr. 5 zu den AHP). 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.

Hiervon ausgehend ist bei der Bildung des Gesamt-GdB die seelische Störung der Klägerin mit einem Einzel-GdB von 30 zu berücksichtigen. Der Gesamt-GdB ist durch die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule auf 40 zu erhöhen. Im Hinblick darauf, dass die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 30 nicht voll ausgefüllt ist und dass weiter deutliche Überschneidungen der somatischen Befunde und der bei der seelischen Störung zu berücksichtigenden Schmerzsymptomatik bestehen, wie die Fachärztin O. in ihrem Gutachten vom 09.09.2013 nachvollziehbar und überzeugend dargelegt hat, ist durch die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule die Erhöhung des GdB auf 50 nicht gerechtfertigt. Die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewertende Funktionsbehinderung der Kniegelenke erhöht den Gesamt-GdB nicht. Der Bewertung des Gesamt-GdB mit 40 entspricht auch das Gutachten der Fachärztin O. vom 09.09.2013. Der davon abweichenden Bewertung des Dr. P. in seinem Gutachten vom 15.01.2014, der den Gesamt-GdB mit 50 bewertet, kann nicht gefolgt werden. Dr. P. legt seiner Bewertung des Gesamt-GdB den nicht zutreffenden Einzel-GdB von 40 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule zu Grunde, und geht damit von einem unzutreffenden Einzel-GdB-Ansatz aus. Entsprechendes gilt für die abweichende Bewertung des Gesamt-GdB des Dr. B. in seinem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme, der ebenfalls einen Gesamt-GdB von 50 jedenfalls ab 01.12.2013 annimmt. Dr. B. geht bei seiner Bewertung des Gesamt-GdB davon aus, dass für ein chronisches Schmerzsyndrom ein Teil-GdB von 30 sowie für eine chronifizierte schwere depressive Störung ein Teil-GdB von 40 anzunehmen sei, was nach dem oben Ausgeführten nicht gerechtfertigt ist. Auch Dr. B. legt damit seiner Bewertung des Gesamt-GdB nicht zutreffende GdB-Ansätze zu Grunde.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die vom SG sowie vom Senat durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermitteln dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, bestehen nicht. Insbesondere sieht sich der Senat nicht gedrängt, einen aktuellen Befundbericht bei Dr. C. einzuholen, wie bereits oben ausgeführt wurde. Anlass, den Gutachter Dr. P. zu im erstinstanzlichen Verfahren erhobenen Einwendungen des Beklagten (versorgungsärztliche Stellungnahme Dr. H. vom 22.03.2014) gegen sein Gutachten zu hören, besteht ebenfalls nicht. Die Einwendungen des Beklagten beziehen sich auf die Bewertung des GdB auf der Grundlage der von Dr. P. in seinem Gutachten beschriebenen Wirbelsäulenbefunde und wirft keine medizinische Frage auf, die durch eine ergänzende Anhörung des Dr. P. zu klären wäre. Eine klärungsbedürftige medizinische Frage hat die Klägerin nicht aufgezeigt. Die Bewertung des GdB betrifft vielmehr, wie bereits ausgeführt, eine reine Rechtsfrage, über die vom Gericht (Senat) unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung zu entscheiden und die nicht der Bewertung des medizinischen Sachverständigen vorbehalten ist, auch nicht im Rahmen des § 109 SGG.

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Die Kosten des gemäß § 109 SGG im Berufungsverfahren eingeholten Gutachtens von Dr. B. vom 07.12.2015 mit ergänzender Stellungnahme vom 14.03.2016 sowie die baren Auslagen der Klägerin, über die als Gerichtskosten der Senat in Ausübung des ihm nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGG zustehenden Ermessens von Amts wegen entscheiden kann (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.08.2006 - L 1 U 3854/06 KO-B, juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de; Urteil des Senats vom 23.11.2012 - L 8 U 3868/11, unveröffentlicht), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Die Klägerin hat diese daher endgültig selbst zu tragen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach § 109 SGG eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Es muss sich, gemessen an dem Prozessziel des Klägers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach § 109 SGG vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage, § 109 RdNr. 11).

Hiervon ausgehend ist es nicht gerechtfertigt, die Kosten der Begutachtung durch Dr. B. auf die Staatskasse zu übernehmen. Der Senat ist der gutachterlichen Beurteilung von Dr. B. nicht gefolgt. Das Gutachten von Dr. B. hat keinen wesentlichen Beitrag zur Sachaufklärung erbracht und gemessen am Prozessziel der Klägerin den Rechtstreit auch nicht gefördert, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergibt.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-10-12