

L 8 SB 2283/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SB 2657/14
Datum
02.06.2016

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2283/16
Datum
24.10.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 02.06.2016 abgeändert. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Die 1997 geborene Klägerin beantragte am 03.02.2014 erstmals beim Landratsamt S. H. (LRA) die Feststellung des GdB ab Antragstellung.

Das LRA nahm medizinische Befundberichte zu den Akten (insbesondere Entlassungsbericht Sportklinik S. vom 19.06.2011 und 15.09.2011, Diagnosen: Vordere Kreuzbandruptur rechts, ventrale Spondylolisthese L5/S1 mit beginnender Aktivierung; Entlassungsbericht Orthopädiezentrum Arabellapark München vom 18.02.2013 mit Operationsbericht vom 08.02.2013, Diagnosen: Progrediente zweit- bis drittgradige Spondylolisthese Vera L5/S1; Ärztlicher Entlassungsbericht Edelsteinklinik Bruchweiler vom 11.06.2013, Diagnosen: Spondylolisthese im Lumbosakralbereich, Gelenkkontrakturen Unterschenkel (Fibulare, Tibia, Kniegelenk); Befundbericht Dr. W. vom 20.01.2014, Diagnosen; Rezidivierende Parästhesien am Unterarm rechts, Spondylodese LWK4/5 bei Spondylolisthese). In der hierzu eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 12.02.2014 schlug Dr. L.-W. den Gesamt-GdB mit 30 vor.

Mit Bescheid vom 17.02.2014 stellte das LRA bei der Klägerin den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 03.02.2014 fest.

Hiergegen legte die Klägerin (durch ihre Prozessbevollmächtigte) am 20.02.2014 Widerspruch ein. Sie machte zur Begründung geltend, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sei mit einem Einzel-GdB von 30 nicht angemessen bewertet. Durch operative Spondylodese S1/L5 und L5/L4 habe die Symptomatik nicht behoben werden können. Es stelle sich die Frage, ob das Einfließen lassen des Wirbelgleitens und der Wirbelsäulenverformung in die Bewertung der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule durch die Spondylodese sachgerecht sei, oder ob hier eine Einzelbewertung zu erfolgen habe. Zudem seien die Schmerzen und Beeinträchtigungen insgesamt nicht allein auf der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule begründet. Auch die mit einem Einzel-GdB von 10 sowie die Parästhesien des Unterarmes berücksichtigte Gelenkkontraktur des Unterschenkels erschienen unterbewertet. Zu berücksichtigen sei, dass sie bis zum August 2012 aktiv Judo betrieben habe. Sie wünsche keine Berücksichtigung der psychischen Situation in der Ermittlung des Gesamtwertes des GdB, wolle jedoch die psychische Situation geschildert wissen. Die Schwerbehinderteneigenschaft liege vor. Die Klägerin legte den Befundbericht des Orthopädie Zentrums A. M. vom 06.02.2014 vor. In der weiteren gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 17.06.2014 schlug der Versorgungsarzt S. wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Wirbelgleiten, Wirbelsäulenverformung und Nervenwurzelreizerscheinungen (GdB 30), einer Gelenkkontraktur des Unterschenkels (GdB 10) sowie Parästhesien am Unterarm (GdB 10) den Gesamt-GdB weiterhin mit 30 vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.06.2014 wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 04.08.2014 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG), mit dem Ziel, einen GdB von mindestens 50 festzustellen. Sie führte zur Begründung aus, die Feststellung des Gesamt-GdB von 30 lasse in der summarischen Erfassung der zu Grunde liegenden gesundheitlichen Probleme wesentliche Krankheitsbilder und deren Auswirkungen völlig außer Acht, bzw. würden keiner angemessenen und damit der tatsächlichen Beeinträchtigung im Alltag entsprechenden Bewertung zugeführt. Nach der Versteifung der

Wirbelsäule seien ihr eine Vielzahl von ursprünglichen Alltäglichkeiten nicht mehr möglich. Eine zudem bestehende Problematik in der Halswirbelsäule sei bislang unbeachtet geblieben. Es bestehe ein deutliches, hörbares Knacken bei Bewegung. Vor dem Hintergrund, dass sie bis vor 2 Jahren Leistungssport betrieben habe und nunmehr durch die Vielzahl ihrer Erkrankungen gezwungen sei, ihre Kräfte einzuteilen und zu bündeln, erfahre auch die psychische Stimmungslage erhebliche Ausschläge. Ihre Psyche müsse den körperlichen Beeinträchtigungen im Alltag erheblichen Tribut zollen. Die Klägerin wiederholte und vertiefte im Übrigen ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Zwar seien die Behinderungen für sich allein noch nicht in Gänze schwergradig. In ihrem Zusammenwirken sei sie in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aber so erheblich beeinträchtigt, dass die Schwerbehinderteneigenschaft vorliege.

Das SG hörte von der Klägerin benannte Ärzte - unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes S. vom 17.06.2014 - schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie PD Dr. L. teilte in seiner Aussage vom 15.10.2014 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit und erachtete hinsichtlich der Wirbelsäule einen GdB von 50 für gerechtfertigt. Der Facharzt für Neurologie Dr. W. teilte in seiner Aussage vom 08.11.2014 den Behandlungsverlauf, die Diagnosen und Befunde mit und stimmte den Feststellungen des Versorgungsarztes S. zu. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. I. teilte in seiner Aussage vom 17.10.2014 den Behandlungsverlauf, die Diagnosen und Befunde mit und stimmte den Feststellungen des Versorgungsarztes S. zu.

Anschließend holte das SG das orthopädisch-sozialmedizinische Gutachten des Dr. T. vom 26.05.2015 ein. Dr. T. diagnostizierte in seinem Gutachten eine Spondylodese L4-S1 2013 aufgrund einer Spondylolisthesis mit verbliebener mittelgradiger Funktionseinschränkung und verbliebenen Restbeschwerden ohne radikuläre Ausfallsymptomatik sowie eine vordere Kreuzbandersatzplastik des rechten Kniegelenkes 2011 ohne Funktionsbeeinträchtigung oder Reizsymptomatik. Hinsichtlich der Wirbelsäule schätzte Dr. T. den GdB auf 30 ein. Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen mit einem Teil-GdB von 10 ließen sich nicht begründen. Den Gesamt-GdB schätzte Dr. T. auf 30 seit Januar 2014 ein.

Gegen das Gutachten des Dr. T. erhob die Klägerin Einwendungen (Schriftsatz vom 03.07.2015). Sie legte außerdem das unfallchirurgische Fachgutachten des Dr. S. vom 06.02.2013 an die Mecklenburgische Versicherung (Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des rechten Beines nach operativ versorgter vordere Kreuzbandruptur des rechten Kniegelenks und verheilte Innenbandtearatur rechts 1/10) sowie weitere medizinische Befundunterlagen vor.

Zu den Einwendungen der Klägerin holte das SG die ergänzende Stellungnahme des Dr. T. vom 04.08.2015 ein in der sich Dr. T. zu den Einwendungen der Klägerin äußerte und an seiner Bewertung des Gesamt-GdB mit 30 fest hielt.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. F. vom 09.03.2015 und Dr. H. vom 31.08.2015 entgegen.

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) holte das SG das orthopädische Gutachten des Dr. C. (ohne Datum) ein, das dem SG am 17.11.2015 zugeht. Dr. C. diagnostizierte in seinem Gutachten ein gesichertes Facettensyndrom der LWS mit postoperativer überschießender Narbenbildung bei Zustand nach Spondylose LWK 5/SWK 1 mit dorsaler Instrumentierung und Stabilisierung zwischen LWK 5 und LWK4 bei erstgradiger Thorakolumbalskoliose und Wirbelgleiten Grad 1 nach Meyerding, ein Thorakalsyndrom bei Spondylose, ein Cervicococcipital Syndrom beidseits, ein C 8 Syndrom rechts, eine erstgradige Instabilität des rechten Kniegelenks medial und sagittal nach vorderer Kreuzbandplastik, einen Hallux valgus beidseits bei Knick-Senk-Spreizfuß und partieller Syndaktilie D II und III beidseits, eine Hufeisenniere, den Verdacht auf Diabetes insipidus/habituelle Polydypsie, einen Zustand nach Tonsillektomie beidseits sowie den Verdacht auf eine Störung der Embryogenese mit multiplen Fehlbildungen. Aufgrund der Behinderung und der Schmerzen neige die Klägerin zu autoaggressivem Verhalten (GdB 20). Im Bereich des Haltungs- und Bewegungsorgans seien außergewöhnliche Schmerzen zusätzlich zu berücksichtigen. Im Bereich der gesamten Wirbelsäule sei ein GdB von 50 gerechtfertigt. Die Lockerung des Kniebandapparates sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die Nierenfehlbildung mit habitueller Polydypsie werde mit einem GdB von 30 eingeschätzt. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfüllten insgesamt die Voraussetzungen für einen GdB von 50.

Der Beklagte ist dem Gutachten des Dr. C. entgegengetreten (Schriftsatz vom 22.02.2016) und hat hierzu die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 18.02.2016 vorgelegt, der wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung, Versteifung von Wirbelsäulen-Abschnitten und Nervenwurzelreizerscheinungen weiterhin ein Gesamt-GdB von 30 für angemessen erachtete. Die Klägerin verteidigte das Gutachten des Dr. C. (Schriftsatz vom 31.03.2016).

Mit Gerichtsbescheid vom 02.06.2016 verurteilte das SG den Beklagten, bei der Klägerin den GdB mit 40 ab dem 03.02.2014 festzustellen, im Übrigen wies das SG die Klage ab. Das SG führte zur Begründung seiner Entscheidung aus, hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens sei von einem Teil-GdB von 40 auszugehen. Die Beschwerden des rechten Kniegelenks seien mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Hinsichtlich der Gelenkkontrakturen des Unterschenkels und der Parästhesien am Unterarm lasse sich eine GdB-relevante Funktionsbeeinträchtigung nicht nachweisen. Eine Erhöhung des Gesamt-GdB durch eine stärker behindernde Störung auf psychiatrischem Fachgebiet lasse sich nicht begründen. Die von Dr. C. - fachfremd - vorgenommene Bewertung einer Nierenfehlbildung mit einem GdB von 30 könne nicht nachvollzogen werden. Zur Einholung eines Gutachtens bezüglich des Nierenleidens bestehe keine Veranlassung. Bei der Klägerin sei der Gesamt-GdB mit 40 zutreffend bewertet.

Gegen den dem Beklagten am 10.06.2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Beklagte am 21.06.2016 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 15.06.2016 vorgetragen, der Bewertung des SG für das Wirbelsäulenleidens mit einem Teil-GdB von 40 könne nicht beigetreten werden. Die vom SG unterstellte GdB-Höhe entspreche mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die anhand der objektiven Befunddaten nicht nachvollzogen werden könne. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom lasse sich nicht begründen. Ein höherer Teil-GdB als 30 komme nicht in Betracht.

Der Beklagte beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 02.06.2016 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin hat zur Begründung vorgetragen, das SG gehe im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend von der Feststellung eines GdB von 40 aus. Die Argumentation des Beklagten gehe fehl. Ausweislich der Begutachtungen durch Dr. T. und Dr. C. ließen sich mittelgradige schwere funktionelle Funktionsbeeinträchtigungen der Lenden- und Brustwirbelsäule und damit in zwei Wirbelsäulenabschnitten nachweisen. Zudem leide sie unter erheblichen Schmerzen. Sie greife nur dann zu Tabletten, wenn die Schmerzen unerträglich würden. Sie leide unter häufigen, mehrmals im Monat auftretenden starken Schmerzen und Schmerzattacken, die zu Bewegungseinschränkungen führten. Die Voraussetzungen für einen GdB von 40 lägen vor, der sich auf schwere funktionelle Beschwerden in zwei Wirbelsäulenabschnitten begründe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Beklagten, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und begründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 17.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2014 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung des GdB von über 30. Dem davon abweichenden Gerichtsbescheid des SG vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

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).

Ganz im Vordergrund der Behinderung der Klägerin steht ein Wirbelsäulenleiden. Dieses rechtfertigt nach den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG keinen GdB von über 30. Der Bewertung des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid (GdB 40) folgt der Senat nicht.

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). Bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) ist eine GdB von 50 bis 70, bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Nach diesen Grundsätzen konnte der Senat allenfalls mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in zwei bzw. unterstellt in drei Wirbelsäulenabschnitten feststellen, was einen Einzel-GdB 30 für die Wirbelsäule rechtfertigt.

Nach den von Dr. T. in seinem Gutachten vom 26.05.2015 (mit ergänzender Stellungnahme vom 04.08.2015) sowie von Dr. C. in seinem Gutachten beschriebenen Wirbelsäulenbefunden sowie den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen sind bei der Klägerin besonders schwere Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden dagegen nicht festzustellen. Die Versteifung der Lendenwirbelkörper L4 bis S1 mit nur zwei Wirbelkörpersegmenten (L 4/5 und L 5/S1) stellt noch keine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule dar. Eine schwere Skoliose liegt bei der Klägerin nach dem Gutachten von Dr. C. nicht vor. Danach beträgt über BWK 6 der Skoliosewinkel nach Cobb 20° und LWK 3

der Skoliosewinkel 16°. Ein Skoliosewinkel von 70° nach Cobb kann danach nicht festgestellt werden. Auch sonst sind bei der Klägerin besonders schweren Auswirkungen nicht ersichtlich.

Bei der Klägerin kann auch nicht von schweren funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden ausgegangen werden, die nach den dargestellten Bewertungsvorgaben der VG und der Rechtsprechung des Senats einen GdB von 40 rechtfertigen.

Nach dem Gutachten des Dr. T. hat sich bei der Tastuntersuchung eine leichte Druckschmerzhaftigkeit entlang der paravertebralen Muskulatur im unteren Halswirbelsäulenbereich gezeigt. Ein erhöhter Muskelhartspann oder Myogelosen haben sich nicht nachweisen lassen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war nicht eingeschränkt (Kinn-Brustbein-Abstand: Beugung 0 cm/Streckung 21 cm, Seitneigung des Kopfes: 45-0-45°, Drehung des Kopfes: 70-0-70°). Hinsichtlich der Brust- / Lendenwirbelsäule hat sich in der Seitansicht eine leichte vermehrte Hohlrundrückenbildung gezeigt. Die paravertebrale Rückenmuskulatur war physiologisch normal auftrainiert. Bewegung und das Aufrichten aus der Rumpfbeuge hat die Klägerin unter leichter Schmerzangabe im Bereich der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Die Seitneigung des Rumpfes (40-0-40°) sowie die Drehung des Rumpfes (40-0-40°) ist altersgerecht und nicht eingeschränkt. Hinsichtlich der Dehnungsfähigkeit der Wirbelsäule (Entfaltbarkeit) hat Dr. T. eine mittelgradige Einschränkung festgestellt (Zeichen nach Ott 30/31 cm sowie nach Schober 10/13 cm), bei einem Finger-Boden-Abstand von 23 cm. Die Tastuntersuchung im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule hat eine leichte Druckschmerzhaftigkeit entlang der paravertebralen Muskulatur im unteren Lendenwirbelsäulenbereich gezeigt. Ein erhöhter Hartspann oder Myogelosen haben sich nicht nachweisen lassen. Ebenso hat sich ein Stauchungs- oder Durchfederungsschmerz im Bereich der Dornfortsätze der Lendenwirbelsäule oder ein Druckschmerz der Kreuz-Darmbeingelenke bei der klinischen Untersuchung nicht gezeigt. Der neurologische Status wird von Dr. T., mit Ausnahme von einer von der Klägerin angegebenen Hyposensibilität von 50 % an der ulnaren Hälfte beider Unterarme sowie von 70 % am medialen Unterschenkel auf der rechten Seite, als unauffällig beschrieben. Nach diesen Befunden können schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden (in wenigstens zwei Wirbelsäulenabschnitten) nicht festgestellt werden. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule der Klägerin ist, abgesehen von einer mittelgradigen Einschränkung der Entfaltbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule, vielmehr im Wesentlichen frei. Eine schwere Instabilität der Wirbelsäule bzw. Verformung der Wirbelsäule beschreibt Dr. T. nicht.

Auch nach den Befundbeschreibungen der Wirbelsäule in dem beim SG am 17.11.2015 eingegangenen Gutachten des Dr. C. sind schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden (in wenigstens zwei Wirbelsäulenabschnitten) nicht festzustellen. Nach dem Gutachten des Dr. C. zeigt sich eine leichte Seitenausbiegung der Wirbelsäule (im Bereich der LWS rechtskonvex, im Bereich der BWS linkskonvex). Die Michaelisrauten sind leicht asymmetrisch. Im seitlichen Aspekt zeigten sich Wirbelsäulenkrümmungen im Sinne einer physiologischen BWS-Kyphose und reduzierter HWS-Lordose bei teilweise aufgehobener LWS-Lordose mit dem Bild eines Flachrückens. Die Bauch- und Rückenstrecker-muskulatur war symmetrisch kräftig ausgeprägt bei leicht hypertroph wirkender paravertebraler Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Palpation über den Dornfortsätzen wie auch den Facettengelenken der HWS und BWS war leicht schmerzhaft bei mäßigen Druckschmerz über den Dornfortsätzen LWK 4 bis SWK 1. Nach der Beschreibung von Dr. C. waren deutliche Myogelosen und Verspannung im Bereich der HWS, BWS und LWS wahrzunehmen. Nach den von Dr. C. beschriebenen Bewegungsmaßen der Wirbelsäule nach der Neutral-Null-Methode ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule beim Vorneigung/Rückneigung des Kopfes (30-0-30°) endgradig sowie bei der Seitneigung des Kopfes (30-0-30°) zu einem Drittel eingeschränkt und die Rotation (60-0-60°) ist endgradig frei. Hinsichtlich der Brust- und Lendenwirbelsäule ist die Seitneigung (40-0-40°) sowie die Drehung (30-0-30°) nicht eingeschränkt. Die Entfaltbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule ist mittelgradig eingeschränkt (Zeichen nach Ott 30/31 cm und nach Schober 10/12 cm) bei einem Finger-Boden-Abstand von 25 cm. Schwere Bewegungseinschränkungen von Wirbelsäulenabschnitten beschreibt Dr. C. damit nicht. Weiter beschreibt Dr. C. in seinem Gutachten hinsichtlich der Lendenwirbelsäule (LWK 3 bis SWK 1) lediglich ein Wirbelgleiten Grad 1 nach Meyerding. Auch Dr. C. beschreibt in seinem Gutachten, mit Ausnahme einer angegebenen Hyposensibilität an der ulnaren Hälfte des rechten Unterarms und am medialen Unterschenkel rechts, einen unauffälligen neurologischen Status. Eine schwere Verformung der Wirbelsäule liegt bei der Klägerin nach dem Gutachten von Dr. C. nicht vor. Danach zeigte sich bei der Klägerin bei der Untersuchung der BWS und LWS eine Thorakolumbalskoliose Grad 1 nach Meyerding - bei einer deutlichen Keloidbildung im Bereich der LWS -. Weiter besteht nach dem Gutachten des Dr. C. eine Steilstellung der HWS mit deutlichem kyphotischem Knick. Auch nach diesen Befundbeschreibungen des Dr. C. in seinem Gutachten lassen sich damit schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden (in wenigstens zwei Wirbelsäulenabschnitten) nicht feststellen. Allein die von Dr. C. beschriebenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB (vgl. VG Teil B 18.1). Entsprechendes gilt für den Umstand, dass sich die Klägerin einer Wirbelsäulenoperation hat unterziehen müssen.

Die von der Klägerin geklagten Schmerzen können nicht gesondert GdB-erhöhend berücksichtigt werden. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Nur wenn nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen ist, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden (vgl. VG Teil A 2j; Teil B 18.1). Eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit, die bei der Klägerin eine ärztliche Behandlung erfordert, lässt sich den vorliegenden Gutachten und den zu den Akten gelangten sonstigen medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Insbesondere beschreibt Dr. C. in seinem Gutachten keine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit, die eine ärztliche Behandlung erfordert. Entsprechendes gilt für das Gutachten des Dr. T. ... Die Ansicht von Dr. C., im Bereich des Haltung- und Bewegungsorganen seien außergewöhnliche Schmerzen zusätzlich zu berücksichtigen, ist nach den von ihm im Gutachten beschriebenen Befunden nicht nachvollziehbar und überzeugt deshalb nicht. Gegen ein außerordentliches, zusätzlich zu berücksichtigendes Schmerzsyndrom spricht, dass die Klägerin nach den von Dr. T. und Dr. C. in ihren Gutachten übereinstimmend beschriebenen Angaben der Klägerin nur bei Bedarf Schmerzmittel nimmt (Ibuprofen 600mg ca. 6 Tabletten pro Monat), worauf Dr. W. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.06.2016 überzeugend hinweist, die der Senat als sachverständiges Parteivorbringen verwertet. Der Stellungnahme von Dr. W. schließt sich der Senat an.

Auch anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z. B. Atemfunktionsstörungen), die nach den VG zusätzlich zu berücksichtigen sind, sind bei der Klägerin nicht festzustellen. Die in den Gutachten von Dr. T. und Dr. C. übereinstimmend beschriebene, von der Klägerin angegebene Hyposensibilität an der ulnaren Hälfte des rechten Unterarms und am medialen Unterschenkel rechts führt nach den in den Gutachten von Dr. T. und Dr. C. im Wesentlichen übereinstimmend beschriebenen Befunden hinsichtlich der oberen und unteren Extremität zu keiner funktionellen Einschränkung, die zusätzlich zu berücksichtigen wäre. Insbesondere beschreiben Dr.

T. und Dr. C. übereinstimmend in ihren Gutachten ein unauffälliges Gangbild und eine nicht eingeschränkte Funktion der Handgelenke und der Finger.

Damit ist bei der Klägerin hinsichtlich der Wirbelsäule allenfalls ein GdB von 30 festzustellen. Hiervon gehen auch Dr. T. in seinem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme, Dr. W. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 08.11.2014 und Dr. I. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 17.10.2014, der die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten geteilt hat, aus. Der abweichenden Bewertungen des Dr. C. in seinem Gutachten sowie von PD Dr. L. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 15.10.2014, die hinsichtlich der Wirbelsäule von einem GdB von 50 ausgehen, kann nicht gefolgt werden. Einen (vergleichbaren) Zustand besonders schwerer funktioneller Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden, die erst einen GdB von 50 rechtfertigen, beschreibt Dr. C. in seinem Gutachten nicht. Die Bewertung des Dr. C. entspricht nicht den dargestellten rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG, weshalb die Bewertung des GdB von 50 für das Wirbelsäulenleiden der Klägerin nicht überzeugt. Entsprechendes gilt für die Bewertung durch PD Dr. L. ... Er stuft den Schweregrad der LWS-Beschwerden als mittelgradig ein, was nach dem oben Ausgeführten noch keinen GdB von 50 gerechtfertigt, und beschreibt auch keine Wirbelsäulenbefunde, die seine Bewertung plausibel machen.

Die von Dr. C. diagnostizierte Lockerung des rechten Kniebandapparates rechtfertigt entgegen der Ansicht des Dr. C. keinen GdB von 20, sondern einen GdB von 10, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend begründet hat. Entsprechendes gilt auch für die von Dr. C. (fachfremd) vorgenommenen Bewertungen des GdB mit 30 für eine Nierenfehlbildung bei habitueller Polydisie sowie eines GdB von 20 wegen einer Neigung der Klägerin zu autoaggressivem Fehlverhalten aufgrund der Behinderung und der Schmerzen, die die Erhöhung des Gesamt-GdB nicht rechtfertigen, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid weiter zutreffend begründet hat. Der Senat gelangt nach eigener Prüfung zum selben Ergebnis und nimmt zur Begründung seiner Entscheidung auf die betreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Gesichtspunkte, die eine der Klägerin günstigere Bewertung rechtfertigen, sind im Berufungsverfahren nicht vorgetragen worden und auch sonst nicht ersichtlich. Insbesondere kann bei der Klägerin nicht davon ausgegangen werden, dass bei ihr eine seelische Störung vorliegt, die einen Einzel-GdB von 20 rechtfertigt. Im Widerspruchsverfahren hat die Klägerin die Berücksichtigung der psychischen Situation ausdrücklich nicht gewünscht (Schreiben vom 13.03.2014). Dementsprechend hat die Klägerin den nur vom Beklagten mit der Berufung angegriffenen Gerichtsbescheid nicht damit verteidigt, dass eine psychische Behinderung zu berücksichtigen sei, die jedenfalls den ausgerichteten GdB zusammen mit der Wirbelsäulenschädigung begründe. Damit hat die Klägerin weder krankheitswertige belangvolle psychische Befunde behauptet noch nachgewiesen, weshalb der Senat sich auch im Berufungsverfahren nicht zu Ermittlungen über die psychische Gesundheit der Klägerin veranlasst gesehen hat. Darüber hinaus haben sich aus den Akten keine diesbezüglichen Ermittlungsansätze für eine psychiatrisch zu beurteilende Erkrankung ergeben. Dr. C. hat in seinem Gutachten die Psyche der Klägerin als freundlich und aufgeschlossen mit geordneten formalen Gedankengängen beschrieben. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Dr. T. vom 04.08.2015 hat die Klägerin außerdem in einem ihr übersandten Fragebogen angegeben, dass bei ihr keine Erkrankung des Nervensystems vorliege. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die Klägerin wegen einer seelischen Störung eine medikamentöse oder eine ambulante psychotherapeutische Therapie durchgeführt hat, worauf Dr. T. in seiner ergänzenden Stellungnahme zutreffend hinweist. Die Berücksichtigung eines Einzel-GdB von 20 für eine psychische Störung der Klägerin ist danach nicht festzustellen und wird auch nicht durch die sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen gerechtfertigt.

Damit ist bei der Bildung des Gesamt-GdB das Wirbelsäulenleiden der Klägerin mit einem Einzel-GdB von allenfalls 30 zu berücksichtigen. Sonstige Behinderungen, die den Gesamt-GdB von 30 erhöhen, liegen bei der Klägerin nicht vor.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die vom SG durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermittelt dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen.

Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG war daher abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-04