

## L 8 SB 3076/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 11 SB 455/15

Datum

29.06.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 3076/15

Datum

24.10.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

für Recht erkannt: Tenor: Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.06.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin gegen den Beklagten einen Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 11.06.2014 hat.

Bei der 1952 geborenen Klägerin, bosnische Staatsangehörige, die seit dem 01.04.2015 Altersrente für Frauen (mit Abschlag) bezieht und gleichzeitig Altersrente für schwerbehinderte Menschen beantragt hatte, stellte das Landratsamt E. (LRA) auf den Antrag der Klägerin zunächst einen GdB von 20 seit 07.12.2010 fest (Bescheid vom 27.01.2011, Blatt 37/38 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Fingerpolyarthrose: Einzel-GdB 10; Sehinderung rechts: Einzel-GdB 10; Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung, Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks: Einzel-GdB 20). Auf den Änderungsantrag vom 14.04.2011 (Blatt 40/41 der Beklagtenakte) stellte das LRA einen GdB von 30 (Bescheid vom 08.06.2011, Blatt 55/56 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Fingerpolyarthrose: Einzel-GdB 10; Sehinderung rechts: Einzel-GdB 10; Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung: Einzel-GdB 20; Coxarthrose rechts, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei degenerativen Gelenkveränderungen: Einzel-GdB 20) und zuletzt mit Bescheid vom 05.09.2012 (Blatt 83/84 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.11.2012 (Blatt 101/103 der Beklagtenakte) einen GdB von 40 seit 14.04.2011 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen Fingerpolyarthrose: Einzel-GdB 10; Sehinderung rechts: Einzel-GdB 10; Degenerative Veränderung der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung: Einzel-GdB 20; Coxarthrose rechts, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei degenerativen Gelenkveränderungen: Einzel-GdB 20; Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen: Einzel-GdB 20). Nachfolgende weitere Neufeststellungsanträge blieben ohne Erfolg (Bescheid vom 19.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.04.2013, Blatt 112/113, 126/127 der Beklagtenakte; Bescheid vom 12.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2014, Blatt 136/137, 144/145 der Beklagtenakte).

Die Klägerin beantragte am 11.06.2014 (Blatt 146/148 der Beklagtenakte) erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB und legte eine Langzeitblutdruckmessung vom 02.06.2014/03.06.2014 vor.

Das LRA zog vom Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Akkupunktur und Klinische Geriatrie Dr. H. Befundberichte bei, woraus sich ergibt, dass die Klägerin lediglich einmal am 03.12.2013 wegen einer leichten depressiven Episode in seiner Behandlung gestanden hatte (Blatt 153 der Beklagtenakte). Nachdem der Versorgungsarzt Dr. Wö. (Stellungnahme vom 23.07.2014, Blatt 154/155 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 eingeschätzt hatte, lehnte das LRA die Höherbewertung des GdB ab (Bescheid vom 31.07.2014, Blatt 156/157 der Beklagtenakte). Auf den Widerspruch der Klägerin vom 18.08.2014 (Blatt 158, 161 der Beklagtenakte), mit dem diese eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie eine Schlafapnoe-Symptomatik geltend gemacht hatte (Blatt 166/167, 168 der Beklagtenakte), zog das LRA Auskünfte des Hausarztes Dr. R. (Blatt 171/175 der Beklagtenakte) sowie des Orthopäden und Sportmediziners Dr. P. (Blatt 178/179 der Beklagtenakte) bei.

In seiner Stellungnahme vom 09.01.2015 (Blatt 180/182 der Beklagtenakte) verblieb der Versorgungsarzt Dr. S. bei der Einschätzung des GdB mit 40. Daraufhin wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch der Klägerin

zurück (Widerspruchsbescheid vom 20.01.2015, Blatt 184/186 der Beklagtenakte).

Die Klägerin hat am 10.02.2015 beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben und auf die Gesundheitsstörungen an den Knien, der Wirbelsäule, eine Arthrose, physische und psychische Erschöpfung, Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen sowie eine Sehminderung rechts verwiesen.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 18, 19/23 und 24/27 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. H. hat in seiner Aussage vom 14.04.2015 eine depressive Störung mit Schlafstörung und eine Polyarthrose mitgeteilt und den GdB auf seinem Fachgebiet mit 20 vorgeschlagen. Dr. P. hat in seiner Aussage vom 15.04.2015 der ihm überlassenen Einschätzung des Versorgungsarztes zugestimmt, jedoch ausgeführt, dass dieser die schweren röntgenologischen Veränderungen nicht berücksichtigt habe. Durch diese Veränderungen würden die schmerzfreie Gehstrecke und die Belastungsfähigkeit eingeschränkt. Den GdB schätzte er auf seinem Fachgebiet mit 40 ein. Dr. R. hat dem SG am 22.04.2015 geschrieben, dass die Polyarthrose der kleinen Fingergelenke und das Wirbelsäulenleiden sowie das Hüftleiden mittelgradig, die Gonarthrose schwergradig, die klinische Beeinträchtigung aber unter Vorbehalt der Bestätigung durch den Facharzt mittelgradig und die Beeinträchtigung durch die Hypertonie eher leichtgradig seien.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 29.06.2015 abgewiesen.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 06.07.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 23.07.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Sie sei nach wie vor der festen Überzeugung, dass bei ihr die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft vorlägen. Die Coxarthrose rechts und die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke seien mit dem GdB von 20 nicht ausreichend berücksichtigt. Zudem habe sie Bandscheibenvorfälle, weswegen auch der GdB von 20 für degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung nicht ausreichend sei. Die von Dr. P. und Dr. R. diesbezüglich mitgeteilten Befundangaben reichten für die Beurteilung der einzelnen GdB nicht aus. Unberücksichtigt sei im Übrigen die seelische Störung.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.06.2015 sowie den Bescheid vom 31.07.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.01.2015 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr auf den Antrag vom 11.06.2014 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die von Dr. H. vertretene Auffassung werde nicht durch entsprechende Angaben zum psychosozialen Umfeld untermauert. Die Stimmungslage werde als leichtgradig depressiv beschrieben, so dass ein GdB von 20 nicht zu begründen sei, andererseits auch nicht zur Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft führen würde.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet bei Dr. We. und auf nervenärztlichem Fachgebiet bei Dr. Schn ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 27/53 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. We. hat in seinem Gutachten vom 29.12.2015 (Untersuchung der Klägerin am 15.12.2015) die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke mit einem GdB von 40, die ausgeprägte Fingerpolyarthrose, einschließlich der Daumensattelgelenke, mit einem GdB von 20 und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem GdB von 10 bewertet; die geringe Coxarthrose rechts bedinge keinen GdB. Den Gesamt-GdB hat er auf 40 geschätzt. Dr. Schn. hat in seinem Gutachten vom 23.06.2016 (Untersuchung der Klägerin am 17.06.2016) eine depressive Verstimmungen geringen Ausmaßes, am ehesten im Sinne einer Dysthymie, differentialdiagnostisch eine Angst und depressive Störung, gemischt, ein Bluthochdruckleiden, medikamentös behandelt und ohne bekannte Folgeerkrankungen, eine Sehminderung rechts, eine Schwerhörigkeit beidseits (mit Hörgeräten korrigiert), angegebene Ohrgeräusche ohne psychovegetativen Begleiterscheinungen sowie ein leicht ausgeprägtes Krampfaderleiden beschrieben. Die seelische Störung hat er mit einem GdB von 10 bewertet. Die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin wiesen keine derartigen Wechselwirkungen/Summationseffekte auf, als dass ein Gesamt-GdB von mehr als 30 leistungsgerecht wäre.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 96, 97 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

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

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 31.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 20.01.2015 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn sie hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40 seit 11.06.2014. Der Senat konnte insoweit im Verhältnis zu dem zuvor maßgeblichen Bescheid des LRA vom 05.09.2012 eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht feststellen.

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

50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß § 69 Abs. 1 SGB IX im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) - wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) - auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach § 69 Abs. 3 SGB IX anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt GdB (dazu s. unten) erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE 62, 209, 213; BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26 und SozR 3 3879 § 4 Nr. 5 zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass in den bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen weder eine wesentliche Veränderung eingetreten ist noch diese in ihrer Gesamtschau einen höheren Gesamt-GdB als 40 rechtfertigen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, war ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen. Nach B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 - juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z.B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb)) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Vorliegend besteht bei der Klägerin ein degeneratives Cervicalsyndrom, ein Dorsalsyndrom und Lumbalsyndrom bei Osteochondrosen und Spondylarthrosen der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule. Dies konnte der Senat dem Gutachten von Dr. We. entnehmen. Bei der Untersuchung durch Dr. We. zeigen sich ein Beckenhorizontalstand und eine regelrechte Thoraxform. Die Wirbelsäule steht im Lot, Seitverbiegungen konnte Dr. We. in der Ansicht von hinten bei aufrechtem Stand nicht erkennen. Die Taillendreiecke waren seitengleich konfiguriert. Die Schulterkonturen zeigten sich symmetrisch, ebenso die Schulterblätter in Stellung und Form. In der Ansicht von der Seite zeigte sich eine regelrechte Schwingungsform der Wirbelsäule mit harmonischer Lendenlordose, Brustkyphose und Halslordose. An der Lendenwirbelsäule war der Tonus der paravertebralen Muskulatur beidseitig mäßig vermehrt, Myogelosen konnten nicht getastet werden, Druckschmerzen wurden von der Klägerin interspinal und über den Dornfortsätzen im Bereich der gesamten LWS-Dornfortsatzreihe angegeben. Die Kreuzdarmbeingelenke zeigten keine Funktionsstörungen und keine Druckempfindlichkeit. Das Menellsche Zeichen war negativ, ein Vorlaufphänomen oder eine variable Beinlängendifferenz lagen nicht vor. Bei Vorneigung fand sich eine harmonische regelrechte Entlordosierung. Die Fingerspitzen erreichten den Fußboden; auch Dr. P. hat in seinem Bericht vom 26.11.2014 (Blatt 22/23 der SG-Akte) lediglich endgradige Bewegungseinschränkungen der LWS angegeben. Die Seitneigung war beidseits harmonisch ohne Plateaubildung. Der Tonus der paravertebralen Muskulatur der Brustwirbelsäule war beidseits nicht erhöht, Myogelosen waren nicht tastbar. Über den Dornfortsätzen und den Costotransversalgelenken wurden entlang der gesamten Brustwirbelsäule Druckschmerzen bei Palpation angegeben. Die Brustkyphose war gut aufrichtbar, eine Fixierung lag nicht vor. Die Vorneigung ergab keine Seitverbiegungen und keine Torsionszeichen. Die Seitneigung ergab beidseits keine Plateaubildung und verlief harmonisch. An der Halswirbelsäule lag eine physiologische Lordose vor. Die Trapeziusmuskulatur sowie die paravertebrale Muskulatur zeigten schmerzhaft Verspannungen, aber keine Myogelosen. Die Muskelansätze am Hinterhaupt waren beidseits druckschmerzhaft. Die segmentale Untersuchung ergab keine wesentlichen Funktionsstörungen der Kopfgelenke oder der übrigen kleinen Wirbelgelenke. Es wurden Druckschmerzen bei Palpation der Wirbelgelenke beidseits angegeben. Dr. We. hat folgende Bewegungsausmaße gemessen:

Normalwerte in Grad Gutachten Dr. We. Halswirbelsäule Vorneigen/Rückneigen (35-45)-0-(35-45) 35-0-35 Rotation rechts/links (60-80)-0-(60-80) 0 70-0-60 Seitneigung rechts/links 45-0-45 20-0-20 Brust- und Lendenwirbelsäule Beckentiefstand keiner keiner DF-Reihe: BWS-LWS im Lot im Lot Seitprofil harmonisch harmonisch Vorneigen/Rückneigen 45-0-350 45-0-200 Finger-Boden-Abstand 0 cm 0 cm Finger-Fußspitzen-Abstand auf U-Liege 0 cm 0 cm Seitneigen rechts/links 35-0-35 30-0-30 Ott DF C7 - 30 cm kaudal 30/33 cm 30/33 cm Schober DF S 1 - 1 0 cm kranial 10/14 cm 10/14 cm Liege-Jugulum-Abstand 20 cm

Im Hinblick auf diese gutachterlich erhobenen Befunde konnte der Senat eine funktionsrelevante Wirbelsäulenverformung nicht festzustellen. Auch neurologische oder motorische Störungen konnte der Senat nicht feststellen. Im Übrigen konnte der Senat im Hinblick auf die Vorgaben von B Nr. 18.9 VG vorliegend lediglich einen Einzel-GdB von 10 annehmen. Denn es liegen nur Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen vor. Diese Bewertung entspricht derjenigen von Dr. We. und des Versorgungsarztes Dr. Re. (Blatt 56/57 der Senatsakte). Der vom Beklagten bisher angenommene Einzel-GdB von 20 beruht alleine auf ärztlichen Berichten, die kaum brauchbare Befunde mitteilen. So finden sich im Bericht von Dr. P. vom 01.12.2010 (Blatt 46 der Beklagtenakte) lediglich Hinweise auf eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS, sensible oder motorische Ausfälle sind nicht mitgeteilt. Insoweit hat der Beklagte ohne kritische Prüfung Funktionsbehinderungen alleine aus Diagnosen geschlossen, was jedoch nicht dem geltenden Recht entspricht. Vielmehr wäre es Sache des Beklagten und des für diesen tätig werdenden LRA gewesen, anhand der von Dr. P. und Dr. Ru. mitgeteilten Diagnosen und wenigen Befunden den Sachverhalt im Hinblick auf das Vorliegen von nach den früheren AHP bzw. den nunmehr geltenden VG relevante Funktionsbeeinträchtigungen weiter zu ermitteln (§ 20 SGB X) und erst dann über die Höhe des GdB zu entscheiden. Insoweit genügen alleine röntgenologische Befunde – die Dr. P. als Anhalt für einen höheren GdB anführt (vgl. dessen Angaben gegenüber dem SG) – und Diagnosen nicht. Daher hat die Klägerin zutreffend darauf hingewiesen, dass die im Verwaltungsverfahren vorliegenden Angaben von Dr. P. und Dr. R. nicht ausreichen, um eine zutreffende GdB-Bewertung vorzunehmen. Nachdem nun im Berufungsverfahren diese Sachverhaltsaufklärung vorgenommen wurde, konnte der Senat den wahren Ausprägungsgrad der Funktionsbeeinträchtigungen der auch von Dr. P. und Dr. R. angegebenen Gesundheitsstörungen feststellen und bewerten.

Im Funktionssystem der Arme, wozu auch die Hände gehören, ist bei der Klägerin eine beidseitige Fingerpolyarthrose mit Beteiligung der Daumen zu berücksichtigen. Dr. We. hat in seinem Gutachten insoweit eine ausgeprägte Fingerpolyarthrose praktisch aller Gelenke der Langfinger und der Daumensattelgelenke beidseits im Stadium Kellgren IV dargestellt. Diese führt zu einer Beeinträchtigung der Beweglichkeit der teils vollständig destruierten Gelenke in erheblichem Maße. So ist an beiden Händen zwar der Faustschluss nicht mehr vollständig möglich, Spitz- und Schlüsselgriffe sind an beiden Händen dagegen kraftvoll ausführbar, die Feinmotorik ist aufgrund der arthrotischen Veränderungen mit häufig rezidivierenden Aktivierungszuständen dagegen erheblich behindert. Im Hinblick auf die Vorgaben in B Nr. 18.13 VG, nach denen der Verlust des Daumenendgliedes mit 0 Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes mit 10 Verlust eines Daumens mit 25 Verlust beider Daumen mit 40 Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen mit 30 Verlust des Zeigefingers, Mittelfingers, Ringfingers oder Kleinfingers, auch mit Teilen des dazugehörigen Mittelhandknochens mit 10 Verlust von zwei Fingern mit Einschluss des Daumens mit 30 II+III, II+IV mit 30 sonst mit 25 Verlust von drei Fingern mit Einschluss des Daumens mit 40 II+III+IV mit 40 sonst mit 30 Verlust von vier Fingern mit Einschluss des Daumens mit 50 sonst mit 40 Verlust der Finger II bis V an beiden Händen mit 80 Verlust aller fünf Finger einer Hand mit 50 Verlust aller zehn Finger mit 100 bewertet wird, vorliegend die Finger beider Hände vorhanden, nicht versteift und sowohl bezüglich Beweglichkeit als auch einer Halte- bzw. Stützfunktion grds. einsetzbar sind, kann der Senat der Bewertung durch Dr. We. beitreten. Dieser hatte den GdB insoweit für beide Hände zusammen auf 20 eingeschätzt. Nachdem der Senat die Klägerin als nicht vergleichbar ansieht mit einem behinderten Menschen, dem ein Daumen oder zwei Finger komplett fehlen, weil die Gebrauchsfähigkeit der Hände der Klägerin im Vergleich zu diesem Menschen deutlich besser ist, konnte der Senat einen Einzel-GdB von mehr als 20 nicht annehmen.

Im Funktionssystem der Beine besteht bei der Klägerin eine Gonarthrose rechts im Stadium Kellgren IV und eine Gonarthrose links im Stadium Kellgren III bis IV. Dies konnte der Senat dem Gutachten von Dr. We. entnehmen. Beide Knie zeigen erhebliche Konturverplumpungen. Ergüsse oder dauerhafte Reizzustände liegen ebenso wenig vor wie eine Instabilität der Bänder. Dr. We. hat eine Beweglichkeit der Kniegelenke von 120-5-0 rechts und 130-0-0 links gemessen. Dr. We. hat insoweit eine einseitig beginnende Streckhemmung und eine im Übrigen gute Beugefähigkeit beschrieben. Damit überschreiten die funktionellen Beeinträchtigungen der Beweglichkeit die nach B Nr. 18.14 VG vorgesehene Schwelle von 0-0-90 für einen GdB von mehr als 10 nicht. Lediglich im Hinblick auf die von Dr. We. bestätigte Einschränkung der Wegefähigkeit auf einige hundert Meter, was auch Dr. P. gegenüber dem SG bestätigt hat, konnte der Senat daher einen höheren GdB annehmen. Da aber gerade anhaltende Reizerscheinungen, bedeutsame Beugeeinschränkungen auch Bandinstabilitäten oder Versteifungen nicht vorliegen konnte der Senat lediglich mit dem Versorgungsarzt Dr. Re. (Stellungnahme vom 03.03.2016, Blatt 56/57 der Senatsakte) einen Teil-GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen beider Kniegelenke annehmen.

Die sich im Bereich der Hüftgelenke findenden anlagebedingt beidseits tiefen Pfannen mit einer dadurch erklärbaren Bewegungseinschränkung insbesondere für Rotation und Abspreizung (vgl. Gutachten Dr. We. ) bedingen keinen eigenständigen Teil-GdB. Röntgenologisch findet sich zwar an der rechten Hüfte im zentralen Gelenkanteil eine beginnende Gelenkspaltverschmälerung, die jedoch keine funktionellen Defizite bedingt. Bewegungseinschränkungen oder Versteifungen liegen nicht vor. Auch das Krampfaderleiden der Klägerin (vgl. Gutachten von Dr. Schn. ), das gering bis allenfalls leicht ausgeprägt ist, hat keine funktionsbeeinträchtigende Auswirkung und ist daher ohne sozialmedizinische Relevanz, sodass ein weiterer Teil-GdB im Funktionssystem der Beine nicht anzunehmen ist. Der vom Beklagten angenommene Einzel-GdB im Funktionssystem der Beine ist damit mit 20 nicht zu gering angesetzt.

Die Schwerhörigkeit der Klägerin mit Ohrgeräuschen im Funktionssystem der Ohren ist an sich mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Angesichts der vorliegenden Befunde (Blatt 78/80 der Beklagtenakte), zu denen eine Verschlechterung nicht vorgetragen worden war, ist im Hinblick auf die Vorgaben von B Nr. 5.2 VG und unter Berücksichtigung der Ohrgeräusche, die nicht mit nennenswerten psychischen Begleiterscheinungen verbunden sind, der vom Beklagten angesetzte Einzel-GdB von 20 jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig.

Die Sehinderung rechts ist im Funktionssystem der Augen zu bewerten. Dr. P. hat in seinem Attest vom 12.03.2007 einen Visus von 0,3 rechts und 1,0 links beschrieben sowie eine Glaskörpertrübung rechts, eine Konjunktivitis sicca, eine Myopie, einen Astigmatismus, eine Presbyopie sowie eine Amblyopie rechts. Gesichtsfeldausfälle oder Doppelbildsehen liegen nicht vor. Damit ist der Einzel-GdB mit 10 zutreffend festgestellt (B Nr. 4.3 VG).

Im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs ist bei der Klägerin der Bluthochdruck zu berücksichtigen. Dieser ist nach Angaben von Dr. R. eher leicht ausgeprägt; er ist niedrigdosiert mit einem Betablocker als Monotherapie behandelt. Bei der Untersuchung durch Dr. Schn. war der Blutdruckwert normwertig mit 130 / 80 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 88 Schlägen pro Minute. Kardiopulmonale Dekompensationszeichen bestanden klinisch nicht. Bluthochdruckfolgekrankheiten sind nicht bekannt. Damit war der Bluthochdruck bei der Klägerin nach den Vorgaben von B Nr. 9.3 VG nicht mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche konnte der Senat eine depressive Verstimmungen geringen Ausmaßes, am ehesten im Sinne einer Dysthymie (ICD 10: F 34.1), differentialdiagnostisch eine Angst und depressive Störung, gemischt, feststellen. Dies konnte Dr. Schn. für den Senat überzeugend darlegen. Damit entspricht er auch den Angaben von Dr. H. , der zunächst eine leichte depressive Episode und gegenüber dem SG dann eine depressive Störung mit Schlafstörung angegeben hatte. Der Ausprägungsgrad der seelischen Symptomatik ist als geringfügig einzustufen. Dieses ergibt sich primär auch aus dem aktuellen psycho-pathologischen Befund des Gutachtens von Dr. Schn. ... So konnte der Gutachter bei seiner Untersuchung der Klägerin keine Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung und der Konzentration feststellen. Ebenso ließen sich Gedächtnisstörungen nicht nachweisen ebenso wenig eine Antriebsminderung oder eine psychomotorische Hemmung. In der Grundstimmung war die Klägerin allenfalls leicht niedergeschlagen bzw. subdepressiv. Die affektive Resonanzfähigkeit war nicht eingeschränkt. So konnte die Klägerin durchaus spontan und authentisch lächeln und kurzzeitig lachen. Das formale Denken war nicht verlangsamt, es war folgerichtig. Inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen und dissoziative Störungen konnten nicht festgestellt werden. Berichtet hat die Klägerin dagegen von Schlafstörungen. Der von der Klägerin bei Dr. Schn. mitgeteilte Tagesablauf und die Hobbies zeigen dass die Klägerin in der Lage ist, den Alltag mit ihrem Ehemann, den Haushalt, die Kontakte mit ihren fünf Enkeln und zu gestalten und zu erleben. So hat sie angegeben, sich sehr gerne mit den Enkelkindern zu beschäftigen. Auch gehe sie gerne auf den Flohmarkt, bei schönem Wetter gehe man eine Runde spazieren, man besuche Feste, treffe Kollegen und trinke gemeinsam Kaffee. Dieses Alltagsverhalten zeigt, dass die Klägerin nicht im Durchschnitt der Tage durch die seelische Symptomatik wesentlich eingeschränkt ist. Auch die angegebene Schlafproblematik, die durch Mittagsschlaf bzw. Mittagsruhe ausgeglichen wird, beeinträchtigt insoweit den Alltag der Klägerin nicht wesentlich.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat mit Blick auf die Vorgaben von B Nr. 3.7 VG lediglich eine leichtere psychovegetative oder psychische Störung annehmen, die den GdB-Rahmen von 0 bis 20 eröffnet. Eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit konnte der Senat dagegen nicht feststellen. Innerhalb des GdB-Rahmens von 0 bis 20 konnte der Senat den GdB nicht am oberen Rand des Bewertungsrahmens annehmen, denn Anhaltspunkte für eine auch nur geringe Einschränkung im alltäglichen Leben, eine Kontaktschwäche oder Vitalitätseinbußen liegen nicht vor. Damit konnte der Einzel-GdB allenfalls zugunsten der Klägerin mit 10 angenommen werden.

Ein Schlafapnoe-Syndrom konnte von den behandelnden Ärzten nicht mitgeteilt und vom Senat nicht festgestellt werden; Dr. Schn. hat die Schlafprobleme der Klägerin psychisch begründet. Auch weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Arme (Fingerpolyarthrose), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine (Gonarthrose beidseits), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Ohren, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Augen und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Nachdem bei der Klägerin vorliegend nur von zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 20 auszugehen ist und kein Einzel-GdB von 30, der nach der Senatsrechtsprechung Voraussetzung für die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 50 ist, und auch kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von erhöhend wirken, konnte der Senat keinen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i.H.v. feststellen, der über dem insoweit vom Beklagten festgestellten GdB 40 liegt; eine wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist nicht eingetreten. Denn unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei der Klägerin insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG die Schwerbehinderteneigenschaft, mithin einen GdB von 50, vorsehen andererseits, konnte der Senat die Klägerin nicht als einem Schwerbehinderten vergleichbar schwer funktionell beeinträchtigt ansehen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-12