

L 8 SB 4410/15

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

8

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen
S 4 SB 119/14

Datum
07.10.2015

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen
L 8 SB 4410/15

Datum
11.08.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.10.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Klägerin trägt die Kosten des im Berufungsverfahren auf ihren Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens von Dr. H. vom 03.06.2017 sowie ihre baren Auslagen endgültig selbst.

Tatbestand:

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

Bei der 1957 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt L. - Versorgungsangelegenheiten (LRA) erstmals mit Bescheid vom 04.04.2007 (Bl. 25 der Verwaltungsakte) wegen einer Erkrankung der linken Brust (in Heilungsbewährung) einen Gesamt-GdB von 80 seit dem 26.01.2007 fest.

Im Februar 2012 leitete das LRA von Amts wegen ein Nachprüfungsverfahren ein und zog Befundberichte der behandelnden Ärzte bei (Bl. 28 ff. der Verwaltungsakte). Entsprechend der versorgungsmedizinischen Stellungnahme des Dr. V.-M. vom 19.12.2012 hob das LRA mit Bescheid vom 21.01.2013 (Bl. 61 der Verwaltungsakte) den Bescheid vom 04.04.2007 auf und stellte einen GdB von 30 ab dem 25.01.2013 fest. Folgende Funktionsbeeinträchtigungen lägen vor: ein Teilverlust der linken Brust, funktionelle Organbeschwerden (GdB 20), depressive Verstimmung, psychovegetative Störungen, Schwindel (GdB 20) und eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (GdB 10). Einen Widerspruch erhob die Klägerin hiergegen nicht.

Am 24.07.2013 stellte die Klägerin einen Antrag auf Erhöhung des GdB wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen bzw. neu aufgetretener Gesundheitsstörungen. Das LRA zog Befundberichte der behandelnden Ärzte bei und ließ diese versorgungsmedizinisch auswerten. Entsprechend der versorgungsmedizinischen Stellungnahme des Dr. W. vom 30.09.2013 stellte das LRA mit Bescheid vom 23.10.2013 (Bl. 85 der Verwaltungsakte) wegen eines Teilverlusts der linken Brust, funktionellen Organbeschwerden, einer Gebrauchseinschränkung des linken Arms, eines chronischen Schmerzsyndrom (GdB 30), einer depressiven Verstimmung, psychovegetativen Störungen, Schwindel (GdB 20) und einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (GdB 10) einen Gesamt-GdB von 40 seit dem 24.07.2013 fest.

Am 15.11.2013 (Bl. 86 der Verwaltungsakte) erhob die Klägerin hiergegen Widerspruch. Sie fühle sich so krank, dass sie nur noch halbtags arbeiten könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.12.2013 wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt den Widerspruch der Klägerin zurück (Bl. 91 der Verwaltungsakte). Die vorgenommene Erhöhung gebe das Ausmaß der tatsächlich eingetretenen Änderung des Gesundheitszustandes wieder.

Am 02.01.2014 erhob die Klägerin hiergegen Klage bei dem Sozialgericht Heilbronn (SG). Zur Begründung führte sie an, dass sie auch nach Reduzierung ihrer Arbeitszeit jeden Tag unter Schmerzen und Schwindel leide. Seit der Operation bestünden Schmerzen unterhalb der Achseln in der Nähe der Narbe. Seit Dezember 2013 leide sie zudem unter Schmerzen im Bereich des Nackens und der Schulter. Des

Weiteren trete ein Kribbeln im linken Arm auf. Sie müsse daher starke Schmerzmittel nehmen. Auch Massageanwendungen führten zu keiner Besserung. Daneben bestünden Schmerzen in beiden Waden. Sie leide unter erheblichen Angstzuständen und Panikattacken, in welchen sie weine und schreie. Um überhaupt schlafen zu können, müsse sie Medikamente einnehmen.

Zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts erhob das SG Beweis durch Befragung der behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen. Internist Dr. N. gab unter Übersendung weiterer Unterlagen an (Auskunft vom 13.06.2014, Bl. 36 ff. der SG-Akte), die Depression, die Gefühlsstörungen und der Schwindel hätten zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit geführt und müssten daher höher bewertet werden. Im Übrigen stimme er mit der versorgungsmedizinischen Beurteilung des Beklagten überein. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. O. teilte mit (Auskunft vom 30.06.2014, Bl. 52 der SG-Akte), die Klägerin leide unter einer kombinierten Spinalkanalstenose C 5 - 7, einer Lumboischialgie L4 rechts bei Instabilität L 3/4, Drehgleiten L4/5, einem myofaszialen Schmerzsyndrom und einer Trochanterterdinese rechts. Im Vordergrund stünden wechselnde Schmerzlokalisierungen, eine einheitliche Einschätzung der Auswirkungen sei daher nicht möglich. Nervenarzt Dr. M. gab an (Auskunft vom 07.07.2014, Bl. 53 ff. der SG-Akte), bei der Klägerin bestünde eine Angst und Depression gemischt, ein somatoformer Schwindel sowie eine Polyneuropathie. Bedingt durch die depressive Symptomatik könne die Klägerin schlecht ein- und durchschlafen. Die Depression und die psychosomatische Störung müsse mit einem GdB von 40 bewertet werden.

Am 02.03.2015 reichte der behandelnde Hausarzt Dr. N. einen Befundbericht des Klinikums S. - Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 05.02.2015 zu den Akten (Bl. 100 ff. der SG-Akte), wonach eine stationäre Behandlung beabsichtigt sei. In der Zeit vom 13.02.2015 bis 16.04.2015 wurde diese sodann durchgeführt (vgl. Entlassungsbericht vom 16.04.2015, Bl. 146 ff. der SG-Akte).

Zur weitere Aufklärung des medizinischen Sachverhalts erhob das SG das nervenärztliche Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 19.05.2015, der die Klägerin am 07.05.2015 persönlich untersuchte (Bl. 105 ff. der SG-Akte). Bei der Klägerin bestünde ein rezidivierender "Schwindel" (psychogener Schwindel im Sinne einer Panikstörung), eine somatoforme Schmerzstörung mit konversionsneurotischer Färbung in unscharfer Abgrenzung zu nicht der willentlichen Kontrolle entzogenen, auch aggravatorischen Darstellungsweisen, von jeher vorbestehende, sehr vielschichtige Persönlichkeitsakzentuierungen bei gleichzeitig nur sehr niedrigem Persönlichkeitsstrukturniveau einhergehend mit nur geringer Konfliktfähigkeit und geringer Frustrationstoleranz sowie auch testpsychologisch sich abbildender, deutlich vermehrter emotionaler Labilität, eine schmerzfreie Sensibilitätsminderung an der Innenseite des linken Oberarms zur Achselregion hin bei Zustand nach Mamma-CA-OP mit axillärer Lymphknotenentfernung sowie damals nachfolgender Chemotherapie 2006. Die psychischen Störungen seien mit einem GdB von 20 einzuschätzen.

Mit Gerichtsbescheid vom 07.10.2015 wies das SG die Klage ab (Bl. 162 ff. der SG-Akte). Ein Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40 bestehe nicht.

Gegen den ihrem (damaligen) Prozessbevollmächtigten am 12.10.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 21.10.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Zur Begründung führt sie an, sie sei seit 2014 arbeitsunfähig geschrieben, sie könne daher aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr am Arbeitsleben teilnehmen. Ebenso könne sie ihren Haushalt nur noch mit der Hilfe ihres Ehemannes führen, der insbesondere die Reinigungsarbeiten und die schweren Arbeiten erledige. Es hätten sich die Halswirbelsäulenbeschwerden sowie die Rückenbeschwerden insgesamt erheblich verbösert, so dass nunmehr eine Operation anstehe, welche sehr gefährlich sei. Das SG habe den Einzel-GdB jeweils zu niedrig bemessen. Der Teilverlust der rechten Brust und die Gebrauchseinschränkung des linken Armes sowie die starken Schmerzen seien mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten, die Depression und die Schwindelbeschwerden rechtfertigten einen Einzel-GdB von 30. Die Rückenbeschwerden bedingten einen Einzel-GdB von mindestens 30. Insgesamt sei ein GdB von 50 gerechtfertigt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.10.2015 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 23.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 03.12.2013 zu verurteilen, bei ihr einen GdB von 50 ab dem 24.07.2013 festzustellen

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung führt er an, die klägerische Berufungsschrift enthalte keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. Ein höherer GdB als 40 lasse sich nicht begründen.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts Befundberichte des Orthopäden Dr. O. beigezogen (Bl. 22 ff. der Senatsakte) und sodann das orthopädische Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. H. vom 08.04.2016 erhoben (Bl. 44 ff. der Senatsakte), welcher die Klägerin am 06.04.2016 persönlich untersucht hat. Die Wirbelsäulenveränderungen seien mit einem GdB von 10 zu berücksichtigen.

Der Senat befragte sodann den Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. Klaus K. sowie den Augenarzt Dr. Georg-Friedrich K. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Internist Dr. Klaus K. gab unter Vorlage eines Karteikartenauszeuges an (Auskunft vom 26.04.2016, Bl. 92 ff. der Senatsakte), er habe die Klägerin nur als Urlaubsvertreter behandelt und erinnere sich an diese nicht. Augenarzt Dr. Georg-Friedrich K. teilte mit (Auskunft vom 18.06.2016, Bl. 104 f. der Senatsakte), die Klägerin befinde sich seit 1998 in seiner Behandlung, 2012 sei ein Glaukom diagnostiziert worden. Im Juni 2015 sei die Klägerin rechts am Grauen Star operiert worden. Der Visus habe am 12.04.2016 postoperativ 0,8/0,8 betragen.

Die Sach- und Rechtslage war Gegenstand des Termins zur Erörterung des Sachverhalts am 28.10.2016. Auf den Inhalt der Niederschrift (Bl. 118 ff. der Senatsakte) wird Bezug genommen.

Zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hat der Senat die Fachärztin für Anästhesie, spezielle Schmerztherapie Dr. M. als sachverständige Zeugin schriftlich befragt. Diese hat mit Schreiben vom 22.12.2016 (Bl. 129 ff. der Senatsakte) angegeben, die Klägerin sei bislang zwei Mal bei ihr vorstellig geworden. In Anbetracht der komplexen chronischen Schmerzsituation, der deutlichen psychischen Beeinträchtigung, dem Z.n. Mamma Ca und den vorhandenen medikamentösen Unverträglichkeiten schätze sie den GdB auf 50.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat der Senat sodann gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das orthopädische Gutachten des Orthopäden Dr. H. vom 03.06.2017 erhoben, welcher die Klägerin am 08.05.2017 persönlich untersucht hat. Er gehe von einem Wirbelsäulenschaden mit mittelgradigen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten aus. Hierfür werde ein GdB von 30 vorgeschlagen. Für die linke Schulter sei unter Berücksichtigung der Schmerzen und des radiologischen Befundes ein GdB von 10 anzunehmen.

In der mündlichen Verhandlung am 11.08.2017 hat die Klägerin angegeben, sie sei am 09.08.2017 am linken Auge wegen eines Grauen Stars operiert worden. Sie hat zudem allgemeine Informationen zum Grauen Star, eine Checkliste zur Operation und postoperative Behandlungshinweise vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet.

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 23.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 03.12.2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Der Gerichtsbescheid des SG vom 07.10.2015 ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 sogenannten 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.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau seit dem 24.07.2013 jedenfalls keinen höheren Gesamt-GdB als 40 rechtfertigen. Maßgeblich ist insoweit, ob eine wesentliche Änderung ihres im letzten Feststellungsbescheid vom 21.01.2013 bestandskräftig berücksichtigten Behinderungszustandes eingetreten ist. Mit diesem Bescheid hatte der Beklagte nach rezidivfreiem Ablauf der Zeit der Heilungsbewährung den GdB von 80 auf 30 herabgesetzt. Widerspruch hatte die Klägerin hiergegen nicht erhoben, so dass der Bescheid bestandskräftig geworden ist.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche konnte der Senat einen Einzel-GdB von 20 feststellen.

Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten. Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) bedingen einen GdB von 30 bis 40. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheiten) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten sind mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten.

Die Klägerin leidet insoweit unter einem rezidivierenden "Schwindel" (psychogener Schwindel im Sinne einer Panikstörung), einer somatoforme Schmerzstörung mit konversionsneurotischer Färbung in unscharfer Abgrenzung zu nicht der willentlichen Kontrolle entzogenen, auch aggravatorischen Darstellungsweisen, von jeher vorbestehenden, sehr vielschichtigen Persönlichkeitsakzentuierungen bei gleichzeitig nur sehr niedrigem Persönlichkeitsstrukturniveau einhergehend mit nur geringer Konfliktfähigkeit und geringer Frustrationstoleranz sowie auch testpsychologisch sich abbildender, deutlich vermehrter emotionaler Labilität. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Gutachten des Dr. B. vom 19.05.2015.

Bei der Untersuchung durch Dr. B. war die Klägerin bewusstseinsklar, sicher in allen Qualitäten orientiert. Das Denken war formal geordnet. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren ungestört. Gleiches gilt für die Aufmerksamkeit. Es zeigten sich keinerlei

Hinweise für eine hirnorganische Leistungsstörung oder für anders begründete kognitive Störungen. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen, keine Ich-Störung und auch keine paranoiden Inhalte. Während der Exploration fand sich bis zuletzt eine ausgesprochen lebendige Antriebslage. Die Klägerin war durchaus selbstbewusst im Auftreten mit sehr lebhaften Ausdrucksverhalten. Auch bei der Schilderung eines ganz massiven Partnerschaftskonflikts war die Klägerin prompt und lebendig gleich wieder in anderes Thema auslenkbar. Während der 5 ½-stündigen Untersuchungsprozedur samt ergänzender apparativer Diagnostik und testpsychologischer Diagnostik wurde zu keinem Zeitpunkt irgendeine Schmerzbeeinträchtigung nach außen hin erkennbar.

Der Senat konnte sich unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht davon überzeugen, dass bei der Klägerin eine psychische Beeinträchtigung in der Form einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in allen Lebensbereichen vorliegt. Zwar ist aufgrund der somatoformen Schmerzstörung sowie des psychogenen Schwindels im Sinne einer Panikstörung von leichten Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag (Haushaltsführung, Freizeitgestaltung) auszugehen, die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ist jedoch überwiegend erhalten. Nach den Schilderungen der Klägerin bei Dr. B. bestehen außerfamiliäre Kontakte. Alle zwei Wochen treffe sie sich gemeinsam mit ihrem Ehemann mit Freunden, mit welchen sie zusammen Essen gingen, gemeinsam zum Wandern in den Schwarzwald führen, grillten oder picknickten. Ohne ihren Ehemann gehe sie auch mit einer Freundin ins Kino. An den Wochenenden bummle sie alleine oder mit Freundinnen durch die Stadt und gehe mit diesen Kaffee trinken. Die Klägerin pflegt multiple Hobbys auch körperlicher Art (Spazieren gehen, Schwimmen, lesen, kochen, Musik hören). Bei der Untersuchung durch Dr. B. gab sie zudem an, in den letzten sechs Monaten einen Pullover gestrickt zu haben. Den Haushalt führt sie gemeinsam mit ihrem Ehemann, was sie auch bei der Begutachtung durch Dr. H. am 08.05.2017 noch einmal bestätigt hat, auch wenn sie dort einschränkend angab, die Wohnungsreinigung ihrem Mann zu überlassen. Bei Dr. H. gab sie zudem an, in der Regel einmal wöchentlich zur ambulanten Physiotherapie und zum Reha-Sport zu gehen, wobei sie den etwa 2 km langen Weg dorthin oft (zumindest in eine Richtung) zu Fuß bewältige. Arzttermine in einem Umkreis von 20 - 30 km erledige sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Zuletzt war die Klägerin im November 2016 anlässlich der Beerdigung ihrer Mutter mit dem Flugzeug in der Türkei, wobei sie die Reise alleine unternahm. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung berichtete sie ebenfalls von einer Reise in die Türkei gemeinsam mit ihrem Ehemann, aus welcher sie wenige Tage vor dem Verhandlungstermin in Begleitung einer Freundin zurückgekehrt war.

Die Klägerin ist mithin in der Lage, ihren Alltag und ihr Sozialleben zu gestalten und daran auch emotional und geistig teilzuhaben. Störungen der Kommunikationsfähigkeit, der Mobilität sowie der täglichen Routine bestehen nicht. Nach alledem sind die Funktionsbeeinträchtigungen bei der Klägerin nicht derart ausgeprägt, dass für das seelische Leiden in der Längsschnittbetrachtung ein Teil-GdB von 30 anzunehmen wäre.

Diese Beurteilung wird auch gestützt durch die Angaben im Entlassbericht des Klinikums S. vom 16.04.2015, wo sich die Klägerin vom 13.02.2015 bis 16.04.2015 in stationärer Behandlung befand. Die Klägerin konnte gut vom stationären Aufenthalt profitieren. Die Schwindelsymptomatik besserte sich, genauso wie die Abgeschlagenheitsgefühle, die deutlich seltener auftraten. Die depressive Symptomatik war ebenfalls rückläufig (insbesondere Stimmung und Antrieb), so dass die Klägerin in stabilem Zustand entlassen wurde und nach einer kurzen Krankschreibungsphase an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren konnte. Ausweislich der eigenen Angaben der Klägerin gegenüber Dr. H. arbeitet sie seit September 2016 wieder. Für eine weitere Stabilisierung spricht auch, dass die Klägerin derzeit - entsprechend ihrer eigenen Angaben - versucht, die Arbeitszeit auf vier Tage pro Woche zu erhöhen.

An der Beurteilung ändert auch weder die zeugenschaftliche Auskunft des Dr. N. vom 13.06.2014 noch die des Dr. M. vom 07.07.2014 oder die der Dr. M. vom 22.12.2016 etwas. Diesen Auskünften lässt sich mangels Darstellung der Alltagsbewältigung und des psychosozialen Umfelds nicht entnehmen, dass eine entsprechende Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bei der Klägerin vorliegt. Soweit Dr. N. darauf abstellt, die Klägerin könne nicht mehr Autofahren, stehen zudem die eigenen Angaben der Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. B. entgegen, wonach sie durchschnittlich einmal in der Woche Auto fahre. Dr. M. stellte zwar die Diagnose einer Depression und Angst gemischt sowie eines somatoformen Schwindels. Entscheidend für die GdB-Bewertung sind jedoch nicht die Diagnosen, sondern die vorliegenden Funktionseinbußen sowie die konkreten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Angaben hierzu finden sich in der Auskunft nicht. Gleiches gilt für die Auskunft der Dr. M. ...

Nach alledem ist ein höherer Einzel-GdB als 20 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche nicht festzustellen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen.

Nach Teil 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 Teil-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 Teil-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 Teil-GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein Teil-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](#), juris).

Die Klägerin leidet insoweit an einem Zervikalsyndrom, muskulären Verspannungen, degenerativen Veränderungen C3 bis C7, einer rezidivierenden Dorsalgie, einem chronischen Lumbalsyndrom und degenerativen Veränderungen sowie Bandscheibenprotrusionen L 2 bis L 5. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. H. vom 08.04.2016.

Bei der Untersuchung durch Dr. H. am 06.04.2016 stand die Wirbelsäule im Lot bei Schulter- und Beckengradstand. Im Bereich des lumbosakralen Überganges fanden sich Muskelverhärtungen im Bereich der Rückenstrecker, ansonsten fand sich ein unauffälliger normaler Muskeltonus. Beim Vorwärtsbeugen des Rumpfes mit gestreckten Kniegelenken wurde unter Angabe tieflumbaler Schmerzen ein Finger-

Boden-Abstand von 17 cm erreicht. Die Entfaltung der Dornfortsatzreihe war bei der Inklination und der Reklination nicht eingeschränkt. Die Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule war nicht eingeschränkt. Die Rechtsneigung betrug 30 Grad, die Linksneigung ebenfalls 30 Grad. Die Rumpfdrehung betrug rechts und links jeweils 25 Grad. Der Dreiphasentest war beidseits negativ. Das Ott'sche Zeichen betrug 28,5/30/33 cm, das Schober'sche Zeichen der Lendenwirbelsäule 8,5/10/15,0 cm. Im Bereich der Halswirbelsäule gelang die Beugung-Streckung mit 40-0-60°, die Seitneigung re/li mit 30-0-30° und die Drehung re/li mit 70-0-70°. Der Kinn-Sternum-Abstand betrug maximal 21 cm und minimal 1,0 cm. Im Bereich der Wirbelsäule wurden paravertebral Druckbeschwerden im Bereich der Nackenstrecker, des cervico-thorakalen Überganges, im Bereich des Kyphosescheitels und den caudalen Etagen der Lendenwirbelsäule angegeben. Bei der Rotation der Halswirbelsäule nach beiden Seiten und bei der Reklination wurden Schmerzen im Bereich der Paravertebralmuskulatur angegeben. Beim lumbalen Seitneigen sowie bei der Rotationsbewegung wurden endgradige tieflumbale Schmerzen angegeben.

Damit finden sich weder Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule (Kinn-Sternum-Abstand 21 - 1 cm, normal 21 - 0 cm), noch im Bereich der Brustwirbelsäule (Ott'sches Zeichen 30/33 cm, normal 30/33 cm) oder der Lendenwirbelsäule (Schober'sches Zeichen 10/15 cm - normal 10/15 cm). Im Bereich der Halswirbelsäule ist lediglich die Rotation schmerzbedingt eingeschränkt. Neurologische Defizite oder Wurzelreizerscheinungen ließen sich weder im Bereich der Hals- noch der Lendenwirbelsäule objektivieren und sind auch in den vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert. Ein höherer Einzel-GdB als 10 lässt sich mithin nicht feststellen.

Bestehende Schmerzen sind nach den überzeugenden Angaben des Dr. H. nicht zusätzlich Teil-GdB-erhöhend zu berücksichtigen. 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). Soweit bei der Klägerin eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, betreffen die Auswirkungen jedoch das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, so dass sie für das Funktionssystem Rumpf nicht den Einzel-GdB erhöhen (vgl. Urteil des Senats vom 19.12.2008 - [L 8 SB 3720/07](#), sozialgerichtsbarkeit.de).

Auch soweit sich bei der Klägerin radiologisch nachweisbare Veränderungen, die das altersentsprechende Ausmaß überschreiten, im Bereich der Hals- und der Lendenwirbelsäule finden, ändert dies an der Beurteilung nichts. Nach den VG (Teil B 18.1) kommt allein dem Vorliegen degenerativer Veränderungen der Haltungs- und Bewegungsorgane für die Bewertung des Teil-GdB nicht die ausschlaggebende Bedeutung zu, sondern der dadurch hervorgerufenen Funktionsbehinderung. Mit Bild gebende Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB.

An dieser Beurteilung ändert auch das auf Antrag der Klägerin erhobene Gutachten des Orthopäden Dr. H. vom 03.06.2017 nichts. Soweit Dr. H. im Bereich der Wirbelsäule einen Einzel-GdB von 30 annimmt, tragen dies die von ihm mitgeteilten Befunde nicht. So waren bei der Untersuchung durch Dr. H. die Halswirbelsäule und die Kopfgelenke in alle Richtungen frei beweglich. Bei fixiertem Becken war die Seitneigung beidseits bis etwa 30° möglich, endgradig wurden Schmerzen lumbal angegeben. Das Vornüberneigen erfolgte etwas zögerlich, es verblieb ein Finger-Boden-Abstand von 10 cm. Die Wirbelsäule entfaltete sich dabei vollständig. Das Ott'sche Zeichen betrug 30/32 cm, das Schober'sche Zeichen 10/15 cm. Eine bedeutsame Einschränkung der globalen Wirbelsäulenbeweglichkeit bzw. eine Fixierung fiel bei der Beobachtung von Komplexbewegungen wie z.B. beim Hinsetzen oder Aufstehen aus dem Sitzen sowie beim Auskleiden nicht auf. Im Bereich der Halswirbelsäule gelang die Vorneigung/Rückneigung des Kopfes mit 30-0-20°, die Seitneigung re/li mit 25-0-25°, die Drehung des Kopfes mit 60-0-60°. Damit ist der Bewegungsumfang der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte nicht altersuntypisch eingeschränkt. Mittelgradige Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten bzw. schwere Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, welche Voraussetzung für den von Dr. H. angenommenen Einzel-GdB von 30 wären, lassen sich unter Berücksichtigung der dargestellten Bewegungsmaße nicht feststellen. Dies räumt auch Dr. H. selbst ein. Soweit er unter Berücksichtigung der von der Klägerin geschilderten Schmerzen dennoch einen Einzel-GdB von 30 annimmt, überzeugt die Einschätzung nicht. Bei der Untersuchung durch Dr. H. wurden lediglich endgradige Bewegungen im Bereich der Lendenwirbelsäule als schmerzhaft angegeben. Die untere Lendenregion war etwas druck- und klopfempfindlich. Besonders schmerzhaft Zustände, die - wie bereits ausgeführt - zu einer höheren Bewertung führen könnten, lassen sich damit nicht feststellen. Im Übrigen gibt auch Dr. H. an, dass ein psychosomatischer Hintergrund nahe liege. Entsprechende Auswirkungen betreffen jedoch - wie ebenfalls schon dargelegt - das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche.

Ein höherer Einzel-GdB als 10 lässt sich mithin im Funktionssystem des Rumpfes nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Arme konnte der Senat auch unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter und des linken Handgelenks keinen Einzel-GdB feststellen.

Nach Teil B Nr. 18.13 VG sind Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich des Schultergürtels) mit einem GdB von 10 zu bewerten, wenn die Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit gelingt. Ist eine Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit möglich, ist ein GdB von 20 anzunehmen.

Bei der Klägerin besteht insoweit zunächst eine Teilrissbildung der Rotatorenmanschette. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. H. ... Bei der Untersuchung durch Dr. H. waren die Schultergelenkskonturen im Seitenvergleich ohne Befund. Es bestand kein Druckschmerz im Bereich des Oberarmkopfes beidseits und auch kein Druckschmerz im Bereich des SC-Gelenkes und des AC-Gelenkes beidseits. Die Beugung/Streckung gelang beidseits mit 170-0-40°, das Abspreizen/Heranführen beidseits mit 170-0-40°, das Auswärts/einwärts drehen mit anliegenden Oberarm gelang mit 40-0-70°, bei 90°-Abduktion des Oberarmes mit 70-0-70°. GdB-relevante Bewegungseinschränkungen finden sich damit nicht. Komplexbewegungen, wie z.B. Nackengriff und Schürzengriff waren beidseits vollständig möglich ohne Schmerzangaben. Soweit Dr. H. dennoch einen Teil-GdB von 10 für die linke Schulter annimmt, stützen die von ihm mitgeteilten Befunde diese Bewertung nicht, was auch Dr. H. selbst einräumt. Die Annahme einen Teil-GdB von 10 unter Berücksichtigung der kernspintomographisch nachgewiesenen Teilrissbildung der Rotatorenmanschette überzeugt nicht. Wie bereits dargelegt, kommt allein dem Vorliegen degenerativer Veränderungen der Haltungs- und Bewegungsorgane für die Bewertung des Teil-GdB nicht die ausschlaggebende Bedeutung zu, sondern der dadurch hervorgerufenen Funktionsbehinderung. Solche lassen sich hier jedoch nicht feststellen.

Auch im Bereich der Hände ist kein Teil-GdB festzustellen.

Nach Teil B Nr. 18.13 VG bedingen Bewegungseinschränkungen des Handgelenks geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40°) einen GdB von 0 bis 10, solche stärkeren Grades einen GdB von 20 bis 30.

Bei der Klägerin besteht insoweit ein radiopalmare Handgelenksganglion links sowie eine ganz initiale Rhizarthrose links. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. H. ... Bei der Untersuchung durch Dr. H. fand sich im Bereich des linken Handgelenks über dem radiopalmaren Anteil eine subkutane Schwellung, ansonsten waren beide Handgelenke inspektorisch und palpatorisch unauffällig, bei der Palpation wurden keine Druckschmerzen über dem Gelenkspalt angegeben. Beidseits ließen sich bei Druck auf das Retinaculum und beim Beklopfen des Karpaltunnels keine Schmerzen auslösen. Die Ulnaköpfchen standen beiderseits in normaler Position. An beiden Handgelenken bestand keine Ergussbildung. Bei der aktiven und passiven Bewegungsprüfung wurden beidseits keine Schmerzen angegeben. Die Beugung/Streckung gelang beidseits mit 60-0-60°, die Abspreizung ellen-/speichenwärts mit 15-0-15°. Relevante Einschränkungen lassen sich damit nicht feststellen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den durch Dr. H. erhobenen Befunden.

Etwas anderes ergibt sich nicht aus dem Ambulanzbrief der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie vom 23.01.2016 (Bl. 102 der Senatsakte). Auch bei der Untersuchung dort war die Beweglichkeit in Extension/Flexion mit 60-0-60° regelhaft und lediglich endgradig schmerzhaft. GdB-relevante Einschränkungen ergeben sich hieraus ebenfalls nicht.

Im Funktionssystem der Augen konnte der Senat für die Zeit vom 17.02.2014 bis 29.06.2015 einen Einzel-GdB von 5 feststellen, im Übrigen konnte er keinen Einzel-GdB feststellen.

Nach Teil B Nr. 4.3 VG bedingt eine Sehschärfe von 0,8 beidseits keinen GdB, bei einer Sehschärfe von 1,0 links und 0,4 rechts beträgt der GdB 5.

Nach der zeugenschaftlichen Auskunft des Dr. Georg-Friedrich K. vom 18.06.2016 trat bei der Klägerin am 17.02.2014 eine Visusreduktion infolge eines Cataracts aufgetreten, wonach sich eine Visusreduktion von 0,4/1,0 entwickelte. Am 29.06.2015 wurde das rechte Auge operiert. Postoperativ betrug der Visus 0,8/0,8. Damit ergibt sich für die Zeit vom 17.02.2014 bis 29.06.2015 ein Einzel-GdB von 5, für die übrige Zeit ergibt sich kein Einzel-GdB.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Vortrag der Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung. Soweit die Klägerin am 09.08.2017 am linken Auge operiert wurde, ist für die Feststellung des GdB der weitere Verlauf abzuwarten. Derzeit kann hinsichtlich des tatsächlichen Ausmaßes der bestehenden Behinderungen der Klägerin noch nicht von einem Dauerzustand ausgegangen werden, der Grundlage der Bewertung des Einzel-GdB sein kann. Nach Teil A Nr. 2 lit. f setzt der GdB eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dieser Zeitraum ist hinsichtlich der von der Klägerin nach ihrem Vorbringen erst am 09.08.2017 durchgeführten Operation noch nicht abgelaufen. Befundberichte hat die Klägerin nicht vorgelegt und waren auch von Amts wegen nicht beizuziehen. Der Verlauf der Behandlung ist damit zunächst abzuwarten, zumal mit einer Operation grundsätzlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angestrebt wird.

Gleiches gilt auch für den Zeitraum vor Durchführung der Operation. Die Klägerin, bei der zuletzt am 12.04.2016 ein Visus von 0,8/0,8 festgestellt wurde, hat insoweit angegeben, dass in den letzten sechs bis acht Monaten eine kontinuierliche Verschlechterung eingetreten sei. Schon nach dem eigenen Vorbringen der Klägerin ist danach nicht festzustellen, dass ein GdB-relevanter Dauerzustand bestand.

Im Funktionssystem der Geschlechtsorgane ist ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen.

Nach Teil B Nr. 14.1 VG bedingt eine Segment- oder Quadrantenresektion der Brust einen GdB von 0 bis 20. Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehllhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei der Klägerin besteht ein Zustand nach Segmentresektion links 03/2006. Dies entnimmt der Senat dem Befundbericht des Dr. Schmidt vom 05.03.2012 (Bl. 51 der SG-Akte).

Bei der Untersuchung durch Dr. B. wurde im Bereich der Oberarm-Innenseite links zur Achselregion hin eine (unscharf begrenzte) Hypästhesie angegeben (hingegen keine Hyperpathie). Ansonsten zeigte sich einschließlich eines distalen Vibrationsempfinden, distaler Kalt-/Warmdiskrimination, Spitz-/Stumpfdiskrimination sowie zervikaler bzw. lumbaler Dermatome in allen Qualitäten ein allseits unauffälliger Untersuchungsbefund. Eine polyneuropathische Störung ließ sich klinisch wie elektrophysiologisch nicht objektivieren. Parästhesien wurden von der Klägerin nicht angegeben. Ein höherer Einzel-GdB als 10 lässt sich danach jedenfalls nicht feststellen.

Weitere Gesundheitsstörungen, die einen Teil-GdB von 10 bedingen, sind weder vorgetragen noch konnte der Senat solche feststellen. Zwar fanden sich bei der Untersuchung durch Dr. H. im Bereich der Hüfte Reizzustände der Schleimbeutel über den großen Rollhügeln. Eine Einschränkung der Funktion lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Im Bereich der Füße besteht eine mäßig ausgeprägte Fehlstatik im Rahmen einer beidseitigen Senk- und Spreizfußbildung. Funktionelle Beeinträchtigungen ergeben sich jedoch auch hieraus nicht. Die von Dr. M. in seiner zeugenschaftlichen Auskunft vom 07.07.2014 angegebene Polyneuropathie ließ sich bei der Untersuchung durch Dr. B. nicht objektivieren.

Der Sachverhalt ist mithin 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 festgestellte medizinische 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.

Damit ist bei der Klägerin ein höherer Gesamt-GdB als 40 jedenfalls nicht festzustellen. 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. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. 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. Teil 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. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft – gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB – 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 – oder ein anderer Wert – fest vorgegeben ist ([BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen in Beziehung zu setzen sind – z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris) beeinträchtigen. Dies ist – wie dargestellt – anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von

• 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche • 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes • 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Geschlechtsorgane • 5 für das Funktionssystem der Augen in der Zeit vom 17.02.2014 bis 29.06.2015

wobei sich Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend auswirken (Teil A Nr. 3 lit. d, ee VG). Die Feststellung eines höheren GdB als 40, wie von dem Beklagten angenommen, kommt derzeit damit jedenfalls nicht in Betracht.

Vorliegend spricht gegen die Annahme einer Schwerbehinderung auch ein wertungsmäßiger Vergleich mit anderen Erkrankungsgruppen, für die ein Einzel-GdB von 50 festgestellt werden kann. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach vergleichender Betrachtung so schwer beeinträchtigt wie etwa schwere Störungen (z.B. Zwangskrankheiten) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (bei der Klägerin bestehen leichtere psychischen Störungen) oder die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule (bei der Klägerin bestehen leichtgradige Bewegungseinschränkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt). Auch in ihrer Zusammenschau liegen bei der Klägerin derartig schwere Funktionsstörungen nicht vor, weshalb ein GdB von 50 vorliegend nicht gerechtfertigt ist. Eine rechtlich wesentliche Änderung ist damit nicht eingetreten.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kosten des gemäß [§ 109 SGG](#) im Berufungsverfahren eingeholten Gutachtens des Dr. H. vom 03.06.2017 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 auch im Urteil entscheiden kann (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 16.08.2006 - [L 1 U 3854/06 KO-B](#), juris; 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).

Diese Voraussetzungen liegen für das Gutachten von Dr. H. vom 03.06.2017 nicht vor.

Das Gutachten hat weder zusätzliche für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht noch die Sachaufklärung maßgeblich gefördert. Außerdem war es auch für die Erledigung des Rechtsstreits nicht von wesentlicher Bedeutung. Dr. H. hat Befunde beschrieben, die weitgehend mit bereits aktenkundigen Vorbefunden übereinstimmen. Geringfügige Abweichungen von diesen Vorbefunden waren funktionell und damit auch für die streitige GdB-Bewertung nicht bedeutsam. Soweit Dr. H. dennoch einen GdB von 30 für das

Funktionssystem des Rumpfes angenommen hat, haben die von ihm mitgeteilten Befunde diese Bewertung nicht getragen. Gleiches gilt, soweit Dr. H. im Funktionssystem der Arme einen Einzel-GdB von 10 empfohlen hat.

Das Gutachten hat damit den Ausgang des Rechtsstreites nicht wesentlich beeinflusst, weshalb es vorliegend nicht gerechtfertigt ist, die Kosten des Gutachtens von Dr. H. sowie die dabei angefallenen baren Auslagen der Klägerin auf die Staatskasse zu übernehmen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-08-29