

L 7 SB 111/08

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 SB 111/08
Datum
05.12.2008
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 111/08
Datum
28.04.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Herabsetzung GdB nach Heilungsbewährung
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Beklagte wegen einer Heilungsbewährung zu Recht die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 60 entzogen und den GdB auf 30 festgesetzt hat.

Auf Antrag der am ... 1949 geborenen Klägerin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 27. September 2001 wegen der Entfernung der rechten Brust nach einem Krebsbefund sowie einer danach erfolgten operativen Brustrekonstruktion durch ein Implantat einen GdB von 50 fest.

Am 22. Dezember 2004 stellte die Klägerin wegen eines aufgetretenen Lymphödems am Arm und am Körper, einer Schilddrüsenerkrankung, einer Arthrose an den Händen sowie einer Bewegungseinschränkung am rechten Arm und der rechten Hand einen Neufeststellungsantrag. Der Beklagte holte Befundberichte der Ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dipl.-Med. R., des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. R. sowie der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dipl.-Med. J. ein. Der Versorgungsarzt des Beklagten Obermedizinalrat Dr. J. wertete die Befunde aus und schätzte die Behinderungen wie folgt ein:

Verlust der rechten Brust im Stadium der Heilungsbewährung mit Wiederaufbau (Einzel-GdB 50) Funktionseinschränkung des rechten Arms bei Lymphstauung mit Einschränkung der Hand- und Fingerbeweglichkeit bei Arthrose (Einzel-GdB 20) Funktionsminderung der Halswirbelsäule mit Taubheit der Finger (Einzel-GdB 20)

Gesamt-GdB 60

Mit Bescheid vom 13. Juni 2005 hob der Beklagte den Bescheid vom 24. September 2001 auf und stellte ab dem 22. Dezember 2004 einen Gesamt-GdB von 60 fest.

Im Mai 2006 nahm der Beklagte eine Überprüfung des Gesundheitszustandes der Klägerin vor und holte einen Befundbericht von Dipl.-Med. J. vom 6. September 2006 ein. Hiernach habe die Klägerin über ständige Knochenschmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung im rechten Arm geklagt. Eine MRT-Untersuchung der Brust vom 16. Juni 2004 und vom 9. Mai 2005 sowie eine Mammographie und Sonographie vom 1. Juni 2006 (jeweils Martin-Luther-Universität, Klinik für Diagnostische Radiologie) blieben ohne Hinweis auf Metastasen. Nach einem beigefügten Arztbrief des Städtischen Klinikums D. vom 13. Januar 2006 hatten eine Schilddrüsenoperation und Lymphknotenentfernung am 12. Januar 2006 keinen Tumorbefund ergeben.

Der Versorgungsarzt des Beklagten – Obermedizinalrat Dr. J. – wertete diese Unterlagen aus und schlug die Feststellung der Behinderungen:

Brustrekonstruktion rechts mit Funktionsbehinderung des rechten Arms mit Lymphödem, Einschränkung der Hand- und Fingerbeweglichkeit bei Arthrose – Einzel-GdB von 20 Funktionsminderung der Halswirbelsäule mit Taubheit der Finger – Einzel-GdB 20

sowie einen Gesamt-GdB von 30 vor.

Daraufhin hörte der Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 31. Januar 2007 zu der beabsichtigten Herabsetzung des GdB von 60 auf 30 für die Zukunft an. Dagegen wandte sie sich mit Schreiben vom 23. Februar 2007 und machte geltend: Sie sei im Alltag durch ihre gesundheitlichen Störungen stark eingeschränkt. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen könne sie keiner Berufstätigkeit mehr nachgehen und erhalte eine Erwerbsminderungsrente. Mit Bescheid vom 25. Mai 2007 hob der Beklagte den Bescheid vom 13. Juni 2005 auf und stellte ab dem 1. Juni 2007 einen GdB von 30 fest. Hiergegen erhob die Klägerin am 20. Juni 2007 Widerspruch und gab an, ihr gesundheitlicher Zustand habe sich seit dem Bescheid vom 13. Juni 2005 eher verschlechtert.

Der Beklagte holte einen weiteren Befundbericht vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. ein. Dieser berichtete im Juli 2007: Die Erkrankungen und Beschwerden der Klägerin seien unverändert und tendenziell eher schlechter geworden. Sie leide unter dauerhaften Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, die in die Gliedmaßen ausstrahlen würden. Auch klage sie über eine Kraftlosigkeit in den oberen Extremitäten. Aufgrund der Operation sei bei ihr eine körperliche Verlagerung auf die linke Körperseite eingetreten. Die Finger könne sie nicht richtig schließen. Zwei Mal wöchentlich sei eine Lymphdrainage erforderlich, da sonst Schwellungen der Hände und Arme und am gesamten Körper auftreten würden. Unbehandelt würden diese Schwellungen zu einer Atemnot führen. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik und der fehlenden Besserung seien auch starke psychosomatische Beschwerden aufgetreten. Eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sei der Klägerin nicht mehr möglich. Der Behinderungsgrad habe sich daher nicht verändert und rechtfertige nach wie vor einen GdB von 60.

Der Versorgungsarzt OMR Dr. J. wertete diese Unterlagen unter dem 1. September 2007 aus und gab an: Der Einschätzung des Hausarztes der Klägerin könne nicht gefolgt werden. Neue objektivierbare Funktionseinschränkungen seien nicht angegeben worden. Die psychische Belastungssituation der Klägerin habe nicht zu einer weitergehenden fachärztlichen Behandlung geführt. Auch werde der GdB nur aufgrund der zeitlich bedingt eingetretenen Heilungsbewährung reduziert. Der bisherige GdB sei vom Krankheitsbild einer schwerwiegenden und auch bösartigen Erkrankung und nicht von den objektiven Funktionseinschränkungen bestimmt worden. Nach dem zeitlichen Ablauf der Heilungsbewährung sei der GdB nur noch nach den funktionalen Einschränkungen zu bewerten. Mit Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2008 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 2. Juli 2008 Klage beim Sozialgericht Dessau-Roßlau erhoben und ergänzend vorgetragen: Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Neben der Grunderkrankung bestünden weitere erhebliche gesundheitliche Einschränkungen. Zu nennen sei eine Funktionsbehinderung des rechten Arms mit Lymphödem, eine arthrotische Einschränkung der Hand- und Fingerbeweglichkeit und eine Taubheit der Finger sowie eine Funktionsminderung der Halswirbelsäule.

Das Sozialgericht hat Befundberichte von Dipl.-Med. J. vom 26. September 2008 sowie von Dr. R. vom 16. September 2008 eingeholt. Dipl.-Med. J. hat als Beschwerden der Klägerin eine eingeschränkte Beweglichkeit angegeben sowie über Schmerzen und ein rezidivierendes Lymphödem berichtet. Es bestünden unverminderte Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich, Narbenschmerzen und ein Lymphödem am rechten Arm, die sich unter ständiger Physiotherapie zeitweise gebessert hätten. Dr. R. hat als Beschwerden psychische und physische Beeinträchtigungen, einen allgemein reduzierten Allgemeinzustand, Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, cervikalen Schwindel, beidseitige Gelenkschmerzen mit Funktionsstörungen der Gelenke, Schwellungen, Taubheitsgefühle sowie Brustschmerzen und lymphstatische Schwellungen angegeben. Er diagnostizierte:

Struma nodosa (Knotenkrankheit) Arthritis Psychosomatisches Syndrom Hyperthyreose (Unterfunktion der Schilddrüse) Autoimmunthyreopathie (Funktionsstörung der Schilddrüse) Hyperventilationsatmung (über den Bedarf hinausgehende Lungenbelüftung) Lymphödem Halswirbel- und Lendenwirbelsäulen-Syndrom muskuläre Dysbalancen.

Ferner gab er an: Der Gesundheitszustand der Klägerin habe sich verschlechtert. Eine Besserung der bestehenden Erkrankungen sei nicht eingetreten. Vielmehr habe lediglich der bisherige Zustand stabilisiert werden können. Dr. R. hat weitere Arztbriefe vorgelegt. Der Facharzt für Radiologische Diagnostik Dr. D. berichtete über eine Röntgenaufnahme beider Kniegelenke sowie der Patellagleitbahn der Klägerin vom 26. Januar 2007. Hiernach sei von einer Retropatellararthrose beidseits sowie von einer geringen Gonarthrose auszugehen. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. S. diagnostizierte unter dem 7. Dezember 2007 u.a. eine seronegative rheumatoide Arthritis sowie eine Polyarthrose der Fingergelenke. Unter der Gabe von Prednisolon hätten sich die Beschwerden zurückentwickelt. Eine Arthritis könne wegen einer fehlenden Entzündungsserologie noch nicht eindeutig bestätigt werden. Die Indikation für die sog. Basistherapie sei nicht gegeben. Der Internist R. berichtete unter dem 30. Juni 2008 über eine Behandlung der Klägerin vom gleichen Tag. Diese habe sich dabei in einem guten Allgemeinzustand (67 kg bei 160 cm) befunden. Er diagnostizierte eine Unterfunktion der Schilddrüse nach einer Operation im Jahr 2006.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. Dezember 2008 hat das Sozialgericht Dessau-Roßlau die Klage abgewiesen und im Wesentlichen zur Begründung ausgeführt: Nach Ablauf der Heilungsbewährung seien nur noch die tatsächlichen Funktionseinbußen zu berücksichtigen und daher allein die Funktionsbehinderung des rechten Arms, die Lymphödeme, die arthrotischen Einschränkungen der Finger und der Handbeweglichkeit zu bewerten. Die Funktionseinschränkungen der Halswirbelsäule mit Taubheit der Finger rechtfertigten einen Einzel-GdB von 20. Zusammenfassend sei von einem Gesamt-GdB von 30 auszugehen.

Die Klägerin hat gegen das am 8. Dezember 2008 zugestellte Urteil am 29. Dezember 2008 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Der Berichterstatter hat mit Schreiben vom 2. April 2009 die Beteiligten darauf hingewiesen, dass es wegen der isolierten Anfechtungsklage nur auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Klägerin zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (Juni 2008) ankomme.

Die Klägerin hat nach gerichtlicher Aufforderung ergänzend vorgetragen: Sie mache sich die Einschätzung von Dr. R. zu Eigen. Hiernach liege eine anhaltende und außergewöhnliche psychoreaktive Störung vor, die eine Psychotherapie erforderlich mache. Aufgrund der von Dr. D. diagnostizierten beidseitigen Retropatellararthrose sei ein GdB von 50 gerechtfertigt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 2. Dezember 2008 und den Bescheid des Beklagten vom 25. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juni 2008 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält seine Bescheide und die Entscheidung der Vorinstanz für zutreffend.

Der Berichterstatter hat Befundberichte über den Zeitraum 2007 bis Juni 2008 von der Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dipl.-Med. R., dem Allgemeinmediziner Dr. R. sowie den Internisten Dr. S. und R. eingeholt. Dipl.-Med. R. hat unter dem 9. Oktober 2009 angegeben: Bei der Klägerin seien durch intensive Physiotherapien keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes eingetreten. Diese Therapien hätten lediglich den Chronifizierungsprozess verlangsamt. Aktuell (9. Oktober 2009) bestünden kräftige Myogelosen. Derzeit ergäben sich folgende Bewegungsmaße: Die HWS-Rotation betrage 70/0/70 Grad. Das rechte Handgelenk sei in der Beweglichkeit eingeschränkt. Sensibilität und Motorik seien intakt. Dipl.-Med. R. hat einen Arztbrief der Radiologischen Gemeinschaftspraxis K. (Frau R.) vorgelegt. Hiernach habe eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule vom 17. Juni 2005 u.a. eine Spondylosis deformans (degenerative Erkrankung der Wirbelkörper), eine leichte Chondrosis (Knorpelveränderung) im Bereich LWK 5/SWK 1 sowie eine diskrete Osteochondrosis (degenerativer Knorpelabbauprozess) im Bereich LWK 3/4 ergeben. Hinweise auf eine Gefügestörung bestünden nicht. In einem beigefügten Arztbrief des Städtischen Klinikums D. (Neurologische Klinik) berichtete Dr. S. unter dem 3. November 2006: Elektroneurografisch sei im Vergleich zur Voruntersuchung vom 14. August 2006 eine Besserung eingetreten. Der CTS-Befund habe sich normalisiert. Durch das Tragen einer Schiene hätten sich die nächtlichen Missempfindungen in der Hand gebessert. Dr. R. hat unter dem 27. Oktober 2009 auf die konkrete Frage nach einem von ihm behaupteten reduzierten Allgemeinzustand und psychischen Beschwerden angegeben: Die Klägerin sei in ihren Handlungen verlangsamt und benötige gelegentlich Hilfe. Vom Stimmungsbild her wirke sie abgeschlagen, wobei ihm eine fachpsychiatrische Behandlung nicht bekannt sei. Der Internist R. hat unter dem 14. Dezember 2009 das Gewicht der Klägerin mit 68 kg bzw. mit 69 kg (14. Dezember 2009) angegeben. Die Klägerin erhalte eine Jodtherapie. Dr. S. hat unter dem 15. Dezember 2009 über die letzte Untersuchung der Klägerin am 19. November 2007 berichtet: Die Befunde seien bis Oktober 2007 im Wesentlichen unverändert geblieben. Bei leicht eingeschränkter Beweglichkeit der Hände sei das linke Handgelenk angeschwollen gewesen. Das rechte Kniegelenk habe keinen krankhaften Befund gezeigt. Die Beweglichkeit des angeschwollenen linken Kniegelenks habe 0/0/110 Grad betragen. Die Schulter- und Ellenbogengelenke seien wie die Hüftgelenke ohne krankhaften Befund gewesen.

In der mündlichen Verhandlung vom 28. April 2010 hat die Klägerin in einer undatierten, schriftlichen Erklärung ihren Sachvortrag ergänzt: Aufgrund ihrer Folgeerkrankungen könne sie den Haushalt nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigen. Einfache Handbewegungen, wie das Öffnen einer Konserve, seien nur erschwert und zeitweise überhaupt nicht mehr möglich. Sie könne nur noch kurze Strecken Fahrrad fahren oder Auto fahren. Längeres Sitzen führe bei ihr zu schmerzhaften Wasseransammlungen im rechten Arm. Weiter hat sie eine Stellungnahme von Dipl.-Med. R. vom 1. Februar 2010 und Dr. R. vom 15. Februar 2010 vorgelegt. Dipl.-Med. R. hat berichtet: Bei der Klägerin habe sich ein chronisches Schmerzsyndrom gebildet. Neben den körperlichen Beschwerden beeinträchtige sie die seelische Belastung im alltäglichen Leben erheblich. Dr. R. hat als Spätfolge der Krebserkrankung eine therapieresistente Erkrankung des neuro-muskulo-skelettalen Systems beschrieben. Die psychischen Alterationen, schwere und schwerste Schmerzzustände sowie die reduzierte Beweglichkeit dauerten seit 10 Jahren an.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaft und nach [§ 141 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist aber nicht begründet, denn der Beklagte hat zu Recht den Bescheid vom 13. Juni 2005 aufgehoben und einen Grad der Behinderung von 30 mit Wirkung ab 1. Juni 2007 festgestellt. Die angefochtenen Bescheide sowie der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 2. Dezember 2008 verletzen die Klägerin daher nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist eine isolierte Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) gegen einen belastenden Verwaltungsakt. Bei der hier erhobenen Anfechtungsklage bezieht sich die Prüfung der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Widerspruchsbescheids am 3. Juni 2008 (vgl. BSG – Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 6/02 R](#) mit weiteren Hinweisen zur Rechtsprechung). Damit kommt es für die Entscheidung nicht darauf an, ob sich der Gesundheitszustand der Klägerin nach Erlass des Widerspruchsbescheides verschlechtert hat. Dies ist nicht Streitgegenstand des Verfahrens und bedarf daher auch keiner weiteren Sachaufklärung des Senats.

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere ist die nach [§ 24](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) erforderliche Anhörung zu einer beabsichtigten Herabsetzung des Grads der Behinderung auf 30 mit Schreiben vom 31. Januar 2007 erfolgt.

Ihre materielle Ermächtigungsgrundlage finden die von der Klägerin angefochtenen Bescheide in [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Als wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes gilt, wobei dies sowohl hinsichtlich der Besserung als auch Verschlechterung anzunehmen ist, jedenfalls eine Veränderung, die es erforderlich macht, den Gesamtgrad der Behinderung um mindestens 10 anzuheben oder abzusenken.

Auf der Grundlage von [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) hat der Beklagte wirksam den Bescheid vom 27. September 2001 mit seinem Folgebescheid

vom 13. Juni 2005 aufgehoben und zunächst ab dem 22. Dezember 2004 einen GdB von 60 statt 50 festgestellt. In der Zeit zwischen Erlass des Erstbescheides vom 27. September 2001 und des Neufeststellungsbescheides vom 13. Juni 2005 und des Widerspruchsbescheides vom 3. Juni 2008 ist eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen durch den Ablauf einer Heilungsbewährung eingetreten. Dies rechtfertigt es, nicht mehr von einem Gesamt-GdB von 50 (Bescheid vom 27. September 2001) bzw. 60 (Bescheid vom 13. Juni 2005) auszugehen, sondern ab 1. Juni 2007 nur noch einen GdB von 30 festzustellen. Der Ablauf der Heilungsbewährung im Jahre 2006 – die Entfernung der rechten Brust erfolgte am 23. Juni 2001 – stellt eine tatsächliche Änderung im Sinne von [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) dar. Die Zeitdauer der Heilungsbewährung bei malignen Erkrankungen basiert auf Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft über die Gefahr des Auftretens einer Rezidivkrankung in den ersten fünf Jahren nach der Erstbehandlung sowie der regelmäßig vorhandenen subjektiven Furcht vor einem Rezidiv. Die Heilungsbewährung erfasst darüber hinaus auch die vielfältigen Auswirkungen, die mit der Feststellung, der Beseitigung und der Nachbehandlung eines Tumors in allen Lebensbereichen verbunden sind. Dies rechtfertigt es nach der sozialmedizinischen Erfahrung, bei Krebserkrankungen zunächst nicht nur den Organverlust zu bewerten. Vielmehr ist hier zunächst für einen gewissen Zeitraum unterschiedslos vom Schwerbehindertenstatus auszugehen. Die pauschale, umfassende Berücksichtigung körperlicher und seelischer Auswirkungen der Erkrankung kann jedoch nicht auf Dauer Bestand haben. Da nach der medizinischen Erfahrung nach rückfallfreiem Ablauf von fünf Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit die Krebserkrankung überwunden ist und außerdem neben der unmittelbaren Lebensbedrohung auch die vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die gesamte Lebensführung entfallen sind, ist der Grad der Behinderung dann nur noch anhand der noch verbliebenen Funktionseinschränkungen zu bewerten (BSG – Urteil vom 9. August 1995 – [9 RVs 14/94](#) – zitiert nach juris).

Die bei der Klägerin nach Ablauf der Heilungsbewährung zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides vorliegenden Funktionseinschränkungen rechtfertigen nach diesem Maßstab nur noch einen GdB von 30.

Für die Feststellung des Grads der Behinderung zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2008) ist das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) maßgebend, das als Artikel 1 des gleichnamigen Gesetzes vom 19. Juli 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)) nach dessen Artikel 68 am 1. Juli des Jahres in Kraft getreten ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Diese Regelung knüpft materiellrechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) geregelten Begriff der Behinderung an. 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. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) (in der Satzählung der alten Fassung) gelten die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft (bzw. Funktionsbeeinträchtigungen) vorliegen, wird nach [§ 69 Absatz 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung festgestellt.

Als Grundlage für die Beurteilung der nach diesen Bestimmungen erheblichen medizinischen Sachverhalte dienten der Praxis zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids am 3. Juni 2008 die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) in der Ausgabe des Jahres 2008. Diese sind ab dem 1. Januar 2009 von der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), die im vorliegenden Anfechtungsfall jedoch nicht zur Anwendung kommen kann, abgelöst worden. Die Anhaltspunkte hatten zwar keine Normqualität, waren aber nach ständiger Rechtsprechung des für das Versorgungs- und Schwerbehindertenrecht zuständigen Senats des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirkten, deshalb normähnliche Auswirkungen hatten und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung in ihrer jeweiligen Fassung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden waren (vgl. Urteil vom 18. September 2003, [a.a.O.](#) S.10 ff.; v. 9. April 1997 – [9 RVs 4/95](#) = [SozR 3-3870 § 4 Nr.19](#), S.77, jeweils m.w.N.; zitiert nach juris).

Soweit der streitigen Bemessung des Grads der Behinderung die GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte (Nr. 26) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle in Nr. 26.1 (Ausgabe 2008, S. 37) sind die dort genannten GdB/MdE-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 18 Abs. 4 genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Nr. 26 Abschnitt 1).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen der Klägerin kein höherer Grad der Behinderung als 30 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die versorgungsmedizinischen Bewertungen sowie die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen. Einer weiteren Sachaufklärung bezogen auf den aktuellen Gesundheitszustand der Klägerin bedurfte es nicht, da der Sachverhalt ausreichend aufgeklärt ist und es rechtlich nur auf die Gesundheitsstörungen der Klägerin zum Zeitpunkt des Widerspruchsbescheides ankommt.

a) Das Hauptleiden der Klägerin betrifft das Funktionssystem der weiblichen Geschlechtsorgane und ist durch den Verlust der rechten Brust mit anschließender Brustimplantatversorgung wesentlich bestimmt. Hierfür hält der Senat – im Gegensatz zum Beklagten – einen Einzel-GdB von 30 für angemessen.

Nach Ziffer 26.14 der Anhaltspunkte 2008, S. 94 f ergibt sich bei einem derartigen Gesundheitsbefund folgender Bewertungsrahmen, an dem sich der Senat zu orientieren hat:

Verlust der Brust (Mastektomie) einseitig ... 30 beidseitig ... 40 Segment- oder Quadrantenresektion der Brust ... 0 – 20

Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sowie außergewöhnliche psychoreaktive Störungen (siehe Nummer 18 Absatz 8) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je nach Ergebnis (z. B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie) nach Mastektomie einseitig ... 0 – 30 beidseitig ... 20 – 40 nach subkutaner Mastektomie einseitig ... 10 – 20 beidseitig ... 20 – 30

Nach der Wiederherstellung der rechten Brust der Klägerin durch ein Implantat hält der Senat unter Beachtung der Gesamtumstände eine Ausschöpfung des Bewertungsrahmens mit einem Einzel-GdB von 30 für angemessen und auch für gerechtfertigt. Als erschwerende Faktoren müssen bei der Klägerin die ständigen lymphostatischen Schwellungen berücksichtigt werden, die nach dem Befundbericht von Dr. R. vom Sommer 2007 zwei Mal wöchentlich eine Lymphdrainage erforderten. Auch die von der Klägerin zum Prüfungszeitraum Juni 2008 angegebenen und auch nachvollziehbaren Beschwerden des rechten Arms durch Wasseransammlungen sind glaubhaft und rechtfertigen die Ausschöpfung des vollen Bewertungsrahmens für diese Behinderung.

b) Als weiteres Leiden im Funktionsbereich "Rumpf" besteht eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule, jedoch offenbar ohne Gefügestörung und ohne Nervenaustritte und ohne erhebliche Bewegungsstörungen. Diese schätzt der Senat mit einem Einzel-GdB von höchstens 20 ein, wobei die vom Prüfarzt Dr. J. vorgenommene Bewertung bereits als wohlwollend bewertet werden muss. Insbesondere die Verknüpfung der Halswirbelsäulenschädigung mit der Taubheit der Finger als einheitliche Erkrankung hält der Senat für nicht überzeugend. Nach den Radiologischen Befunden der Halswirbelsäule werden keine Nervenirritationen oder Gefügestörungen beschrieben. Die Verbindung von Wirbelsäulenerkrankung und Taubheit der Finger vermischt die Wirbelsäulenerkrankung mit der Diagnose einer Polyarthrose der Hand. Aufgrund der unterschiedlichen Funktionsbereiche zwischen "Rumpf" und "Arm" sind beide Erkrankungen jedoch zu trennen und es ist jeweils ein gesonderter Einzel-GdB zu ermitteln.

Nach Ziffer 26.18 der AHP 2008, S. 111 ff. ist bei Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane die Bewertung des GdB -Grades entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Ein lediglich radiologisch gesicherter Befund rechtfertigt dabei noch nicht die Vergabe eines GdB-Grades. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Nach den AHP 2008 (Ziffer 26.18, S. 115 f) ergibt sich bei Wirbelsäulenschäden folgender Bewertungsmaßstab:

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität ... 0

mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ...10

mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ... 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) ... 30

mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ... 30 – 40

Bezüglich der degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule kann bei der Klägerin allenfalls von geringen funktionellen Auswirkungen ausgegangen werden. So hat der Rheumatologe Dr. S. in seinem Befundbericht vom 15. Dezember 2009 (Untersuchung vom 19. November 2007) über keinerlei Wirbelsäulenbeschwerden berichtet. Es fehlen auch darauf bezogene Bewegungsmaße der Wirbelsäule und Hinweise auf anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten. Schwerpunkt des Beschwerdebildes der Klägerin zum Prüfungszeitraum waren vielmehr die Bewegungsprüfungen der Handgelenke sowie der Schulter-, Ellenbogen-, Knie- und Hüftgelenke. Hieraus lässt sich schließen, dass die Halswirbelsäulenbeschwerden zum Untersuchungszeitpunkt offenbar als nicht erheblich eingeschätzt worden sind. Die von Dipl.-Med. R. im Befund vom 9. Oktober 2009 angegebenen Bewegungsmaße können schon aus zeitlichen Gründen nicht herangezogen werden, da diese im Oktober 2009 und nicht zum maßgeblichen Zeitpunkt im Juni 2008 ermittelt worden sind. Angaben zu Bewegungsmaßen der Wirbelsäule bis zum Juni 2008 sind vom behandelnden Hausarzt der Klägerin nicht mitgeteilt worden. Auch die diagnostizierte rheumatoide Arthritis führt zu keiner höheren Bewertung in diesem Funktionsbereich. Nach dem Arztbrief von Dr. S. vom 7. Dezember 2007 ist diese Diagnose als nicht bestätigt anzusehen. Wegen der fehlenden Entzündungszeichen und der offenbar erfolgreichen Medikation, die zu einer Rückbildung der Symptomatik geführt hatte, wurde bei der Klägerin keine rheumatologische Basistherapie begonnen. Für die Besserung des Beschwerdebildes im Bereich der Arthritis spricht auch die Tatsache, dass die Klägerin die Behandlung bei Dr. S. seit November 2007 nicht mehr fortgesetzt hat.

c) Als weitere Erkrankung liegen bei der Klägerin eine Retropatellararthrose (Arthrose im Bereich der Kniescheibe) sowie eine Gonarthrose (degenerative Erkrankung des Kniegelenks) vor, die jeweils das Funktionssystem "Bein" betreffen. Der Senat hält hierfür einen Einzel-GdB von 10 für angemessen.

Nach Ziffer 26.18 der Anhaltspunkte 2008 (S. 125 ff.) ist hierbei von folgendem Bewertungsrahmen auszugehen:

Kniescheibenbruch nicht knöchern verheilt ohne Funktionseinschränkung des Streckapparates ... 10 nicht knöchern verheilt mit Funktionseinschränkung des Streckapparates ... 20 – 40 Habituelle Kniescheibenverrenkung seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr) ...0 – 10 häufiger ... 20 Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90) einseitig ... 0 – 10 beidseitig ... 10 – 20

In dem Befundbericht von Dr. S. vom 15. Dezember 2009 (letzte Untersuchung vom 19. November 2007) wird für das rechte Kniegelenk

kein krankhafter Befund angegeben. Die Beweglichkeit des angeschwollenen linken Kniegelenks wies einen Bewegungsgrad von 0/0/110 auf und rechtfertigt einen Einzel-GdB von höchstens 10. Weitere Bewegungsmaße oder Hinweise, die für eine höhere Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Kniegelenks sprechen könnten, liegen nicht vor. Die bildtechnisch gesicherte Diagnose einer Knieerkrankung rechtfertigt ohne weitere Belege einer konkreten funktionellen Auswirkung keine höhere Feststellung eines GdB.

d) Als weitere Erkrankung der Klägerin liegt bei ihr eine Polyarthrose der Fingergelenke im Bereich des Funktionssystems "Arm" vor. Diese Erkrankung bewertet der Senat ebenfalls mit einem Einzel-GdB von 10.

Nach den Anhaltspunkten Ziffer 26.18, 2008 (S. 120 ff) ergibt sich für Funktionseinschränkungen im Bereich des Handgelenks und der Finger folgender Bewertungsrahmen.

Versteifung des Handgelenks in günstiger Stellung (leichte Dorsalextension) ... 20 in ungünstiger Stellung ... 30 Bewegungseinschränkung des Handgelenks geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 30-0-40) ... 0 - 10 stärkeren Grades ... 20 - 30 () Versteifung eines Fingers in günstiger Stellung (mittlere Gebrauchsstellung) ... 0 - 10

Nach den Untersuchungsergebnissen von Dr. S. vom 19. November 2007 ergaben sich Einschränkungen der Beweglichkeit der Hände in der Handrückenwärtsbewegung mit 30/0/30 Grad und in der Speichenwärtsbewegung von 20/0/20 Grad. Diese Bewegungseinschränkungen sind allenfalls als geringfügig anzusehen und eröffnen nach den Anhaltspunkten lediglich den Bewertungsrahmen eines Einzel-GdB von 0-10. Konkrete und stärkere Bewegungseinschränkungen haben auch Dipl.-Med. R. und Dr. R. nicht angegeben. Die von der Klägerin angegebenen stärkeren Einschränkungen in der Handbeweglichkeit sind daher nach den vorliegenden Befunden nicht bestätigt.

e) Die bei der Klägerin festgestellte und auch operierte Schilddrüsenerkrankung betrifft den Funktionsbereich "Stoffwechsel". Hierfür ist kein gesonderter Einzel-GdB festzustellen. Nach Ziffer 26.15, Anhaltspunkte 2008 (S. 98), führen bloße Normabweichungen der Laborwerte noch nicht zur Feststellung eines GdB. Maßgeblich sind vielmehr die konkreten Auswirkungen von Stoffwechselstörungen. Nach Einschätzung des Internisten R. erhält die Klägerin eine Jodtherapie mit einer sich im Behandlungszeitraum steigernden Dosierung. Hinweise auf besondere Komplikationen im Bereich der Schilddrüse liegen nicht vor.

f) Eine Behinderung der Klägerin im Funktionsbereich "Psyche" kann der Senat nicht feststellen und hierfür deshalb auch keinen Einzel-GdB festlegen.

Nach den Anhaltspunkten 2008 ist bei einer psychischen Störung unter Ziffer 26.3 (S. 48) von folgendem Bewertungsrahmen auszugehen:

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ... 0 - 20 Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ... 30 - 40

Nach den Ermittlungen des Senats finden sich bei der Klägerin keine objektivierbaren Diagnosen auf psychiatrischem Gebiet. So hat der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. R. keine fachpsychiatrischen Behandlungen auf diesem Gebiet bestätigt und offenbar auch nicht auf eine entsprechende Therapie hingewirkt. Seine allgemeinen Hinweise auf starke psychosomatische Beschwerden oder psychische Beschwerden sind nicht durch Befunde untermauert und können eine aussagefähige fachärztliche Diagnostik auf psychiatrischem Gebiet nicht ersetzen. Gegen eine nennenswerte psychische Störung spricht auch, dass die Klägerin sich offenbar nie wegen entsprechender Beschwerden einer fachärztlichen Behandlung unterzogen hat und offenbar selbst auf diesem Gebiet keinen besonderen Behandlungsbedarf gesehen hat. Auch ihre persönlichen Angaben zum Alltagserleben lassen keinen Rückschluss auf soziale Rückzugstendenzen oder deutliche psychische Auffälligkeiten erkennen. Dies bestätigen auch die Bewertungen der weiteren Fachärzte (Dipl.-Med. J., Dr. S. und R.) nach denen psychische Leiden jeweils nicht im Vordergrund gestanden haben. Hinweise auf besondere psychische Auffälligkeiten sind den zahlreichen Befundberichten nicht zu entnehmen. Die von Dr. R. geschilderten verlangsamten Handlungen der Klägerin bei gelegentlichem Hilfebedarf sowie eine Abgeschlagenheit genügen daher nicht, um eine psychische Störung mit konkretem Krankheitswert festzustellen. Seine behauptete Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bleibt wiederum inhaltlich wenig ergiebig und genügt ebenfalls nicht, um hierauf eine psychische Erkrankung von erheblichem Gewicht zu stützen. Auch der von ihm behauptete reduzierte Allgemeinzustand der Klägerin wird von anderen Ärzten nicht bestätigt. So berichtete der Internist R. in einem Arztbrief vom 30. Juni 2008 über einen guten Allgemeinzustand der Klägerin (67,0 kg bei 160 cm Körpergröße).

f) Auch die weiteren Erkrankungen der Klägerin rechtfertigen nicht die Vergabe eines Einzel-GdB. Nach dem aussagefähigen Befundbericht von Dr. S. haben Funktionsprüfungen der Schulter- und Ellenbogengelenke sowie der Hüftgelenke keinen pathologischen Befund ergeben. Auch neurologische Ausfälle der Klägerin im Armbereich konnten durch die Neurologische Klinik des Städtischen Klinikums D. nicht bestätigt werden (Arztbrief vom 3. November 2006). Der von Dr. R. angegebene zervikale Schwindel hat offenbar keine fachärztliche Diagnostik nach sich gezogen.

g) Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren Grad der Behinderung vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtheinderung zu ermitteln. Dafür sind wiederum die Grundsätze nach Nr. 19 der Anhaltspunkte (Seite 26) anzuwenden. Nach Abschnitt 3 ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach kann kein höherer Grad der Behinderung als 30 festgestellt werden. Das Hauptleiden der Klägerin betrifft wegen der Brustamputation mit Brustimplantat sowie den damit verbundenen Begleitbeschwerden das Funktionssystem der weiblichen Geschlechtsorgane. Diese Behinderung ist aus den oben genannten Gründen mit einem Grad der Behinderung von 30 zu bewerten. Für das Funktionssystem "Rumpf" besteht ein Behinderungsgrad von höchstens 20. Der Senat hält eine Erhöhung des Gesamtgrads wegen dieser Behinderung für nicht geboten. Insoweit ist zu beachten, dass eine Einzelbehinderung von 20 nach den Anhaltspunkten Nr. 19 Abs. 4 (S. 26) noch als leichte Funktionsstörung angesehen wird, bei der es regelmäßig nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des

Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Dies gilt gerade auch im konkreten Fall, weil der Einzel-GdB von 20 für die Wirbelsäulenerkrankung im Funktionssystem "Rumpf" allenfalls knapp erreicht wird und auch ein Einzel-GdB von 10 vertretbar gewesen wäre. Die weiteren Erkrankungen in den anderen Funktionsbereichen, die jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet werden, führen nicht zu einer Erhöhung des höchsten Einzel-GdB von 30. Nach den Anhaltspunkten Nr. 19 Abs. 4 (S. 26) führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Behinderungsgrad von 10 bedingen, von hier fern liegenden Ausnahmen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Die Feststellung eines Behinderungsgrads von 30 durch den Beklagten ist daher im Ergebnis zutreffend und gerechtfertigt.

Letztlich widerspräche die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 50 auch dem nach den Anhaltspunkten zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen feste Werte angegeben sind, ist bei der Klägerin ein höherer Gesamtgrad als 30 nicht zu rechtfertigen. Die Gesamtauswirkung ihrer verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insbesondere nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-06-16