

L 7 SB 66/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 12 SB 123/03

Datum
28.09.2008

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 66/05

Datum
22.02.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Behinderungsgrades.

Die am ... 1959 geborene Klägerin beantragte am 20. März 2002 bei dem Beklagten die Feststellung von Behinderungen wegen einer ausgeprägten chronischen Lymphödemstörung am ganzen Körper, eines Bluthochdrucks, einer Schilddrüsenunterfunktion, chronischer Rückenbeschwerden und einem hohem Übergewicht sowie wegen Augenstörungen. Der Beklagte holte Befundberichte von der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. M. und dem Allgemeinarzt Dipl.-Med. K. ein. Mit Ablehnungsbescheid vom 17. September 2002 lehnte der Beklagte den Antrag ab. Auf den am 26. September 2002 erhobenen Widerspruch der Klägerin holte der Beklagte einen Befundbericht vom Facharzt für Innere Medizin Prof. Dr. M. vom 3. Januar 2003 ein. Dieser teilte als Diagnosen eine Überfunktion der Schilddrüse, massive Lymphödeme beidseits, eine alimentäre Adipositas (Größe: 155 cm, Gewicht: 113,9 kg), eine Fettleber mit Entzündungszeichen sowie ein Gallensteinleiden mit. Die Klägerin klagte über Herzjagen und über Luftnot unter körperlicher Belastung. Die Schwellungen beider Beine schränkte ihre Beweglichkeit und Kraft ein. In einem beigefügten Arztbrief vom 28. August 2002 berichtete Dr. K. über eine hypertensive Krise bei arterieller Hypertonie, die wegen eines Blutdruckes von 270/130 mmHg zu einem stationären Aufenthalt geführt habe.

Der Versorgungsarzt MR Dr. B. wertete diese Befunde aus und hielt in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 2. Februar 2003 wegen der extremen Schwellung beider Beine einen Einzelgrad der Behinderung (Einzel-GdB) von 20 bis 30 für gerechtfertigt. Die Fettleber, die Übergewichtigkeit sowie das Gallensteinleiden ließen dagegen keinen Einzel-GdB zu. Dies gelte auch für die Sehbehinderung und die Bluthochdruckerkrankung. Zusammenfassend sei von einem Gesamt-GdB von 30 auszugehen.

Mit Teilabhilfebefund vom 25. März 2003 stellte der Beklagte ab dem 8. März 2002 einen GdB von 30 fest. Die Klägerin hielt auf Nachfrage des Beklagten an ihrem weitergehenden Widerspruch fest und einen Gesamt-GdB von 50 für gegeben. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juli 2003 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 26. August 2003 Klage beim Sozialgericht Magdeburg (SG) erhoben und an ihrem bisherigen Begehren festgehalten. Besonders die Wirbelsäulenbeschwerden sowie die Schilddrüsenerkrankung seien bisher zu gering bewertet worden. Das Bluthochdruckleiden mit Werten von über 100 mmHg rechtfertige es, den Einzel-GdB für das Lymphödemleiden auf 40 zu erhöhen.

Das SG hat einen Befundbericht von Dipl.-Med. K. vom 28. März 2004 eingeholt. Dieser berichtete über Funktionsstörungen der Halswirbelsäule (HWS), Lymphstauungen und Gesichtsschwellungen. Gesundheitliche Veränderungen seien nicht eingetreten. Die Rotation der HWS betrage 60°/0°/60°. Der Finger-Boden-Abstand betrage 20 cm. Die Seitneigung der Wirbelsäule sei um 1/3 reduziert. Es bestehe ein Bluthochdruck mit Organbeteiligung (Herz, Niere). Die Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaßen sei mittelgradig beeinträchtigt. Die Versorgungsärztin Dr. K. hat nach Auswertung dieses Befundberichtes am 28. April 2004 folgende Einschätzung abgegeben: Es sei von einem chronischen Lymphödem auszugehen (Einzel-GdB 30). Die Funktionsstörung der Wirbelsäule sei gering und allenfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Der Bluthochdruck sei nach der krisenhaften Entgleisung medikamentös gut eingestellt (Einzel-GdB 10). Die

Schilddrüsenunterfunktion sei medikamentös ausgeglichen und bedinge keinen messbaren GdB. Zusammenfassend sei am bisherigen Gesamt-GdB von 30 festzuhalten.

Des Weiteren hat die Klägerin einen Befundbericht der Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. v. K. vom 6. Oktober 2004 sowie einen Arztbrief des Radiologen Dr. B. vom 30. September 2004 vorgelegt. Dr. B. hat über eine mögliche beginnende Valgusarthrose im linken Kniegelenk und über geringe degenerative Veränderungen in der Lendenwirbelsäule (LWS) in Gestalt einer Osteochondrose und Spondylarthrose (L4/5 und L5/S1) berichtet. Dr. v. K. hat folgende Bewegungsmaße angegeben: HWS

Beugung/Streckung 2/12

Seitneigung R/L: 20°/0°/20°

Rotation R/L: 60°/0/70° BWS/LWS

Seitneige: 20°/0°/20°

Drehung R/L 20°/0°/20°

Ferner hat die Ärztin ausgeführt, es bestehe ein Druckschmerz im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Die Beweglichkeit des Kniegelenks betrage 0°/0°/120°. Dr. K. hat für den Beklagten auch diese Befunde ausgewertet und die Wirbelsäuleneinschränkung als geringgradig eingeschätzt, da keine wesentlichen degenerativen Veränderungen dokumentiert seien. Für dieses Leiden könne nur ein Einzel-GdB von 10 festgestellt werden. Das Lymphödem rechtfertige weiterhin einen Einzel-GdB von 30. Der bisherige Gesamt-GdB von 30 sei zutreffend festgestellt.

In der Sitzung vom 28. September 2005 hat die Klägerin angegeben: Sie habe die Lymphödeme am ganzen Körper und erhalte eine Ganzkörperdrainage. Die Beine seien nicht nur nachts zu wickeln. Eigentlich müsse sie auch die Arme wickeln, wovon sie aber absehe, damit sie tagsüber noch Arbeiten erledigen könne.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 28. September 2005 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Lymphödeme seien mit einem Einzel-GdB von 30 und der Bluthochdruck wegen der Organbeteiligung mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Für das Wirbelsäulenleiden sei ein Einzel-GdB von 10 zu vergeben. Bezüglich der Kniegelenke, der Schilddrüse und der Sehbehinderung lägen keine Behinderungen vor. Die Feststellung des Gesamt-GdB von 30 sei daher rechtmäßig.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 13. Oktober 2005 zugestellte Urteil rechtzeitig am Montag, den 14. November 2005 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Auf der Grundlage des Befundberichtes von Prof. Dr. M. sei es bei ihr zu einer erheblichen Bewegungseinschränkung infolge der beidseitigen Lymphödeme sowie zur Ausbildung einer exogenen induzierten Adipositas mit Steatosis hepatis gekommen. Ihre körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei erheblich eingeschränkt. Allein hierfür sei ein Einzel-GdB von 50 zu vergeben, da keine mittelgradige, sondern eine erhebliche Beeinträchtigung vorliege. Die Hypertonie rechtfertige einen Einzel-GdB von 30, da die Klägerin bereits bei geringen Alltagsbelastungen zu starken Blutdruckschwankungen neige.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 28. September 2005 sowie den Teilabhilfebescheid vom 25. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Juli 2003 abzuändern, den Bescheid vom 14. Juli 2009 aufzuheben, soweit er die Höhe des GdB betrifft und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab 20. März 2002 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält seine Bescheide und das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Befundberichte von der Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dipl.-Med. G., von Frau Dr. v. K., von dem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S., von Dipl.-Med. K., von Prof. Dr. M. sowie von der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. Q. eingeholt. Dipl.-Med. G. hat unter dem 12. Dezember 2006 über eine behinderte Nasenatmung und eine Operation der Nasenscheidewand berichtet. Nach einem beigefügten Arztbrief des A.klinikums H. vom 13. Mai 2006 habe sich die Klägerin dort vom 8. Mai 2006 bis 13. Mai 2006 in stationärer Behandlung befunden. Als Diagnosen wurden genannt:

Septumdeviation,

Muschelhyperplasie,

Schlafapnoe-Syndrom,

Chronische Tonsillitis.

Klinikerarzt L. führte aus, die Klägerin habe über zunehmende Nasenatmungsbeschwerden geklagt. Sie leide an einem Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlichen Atemaussetzern. Ihr sei eine C-PAP-Maske verordnet worden, wobei jedoch eine Maskenanpassung beidseits nicht möglich gewesen sei. Es liege eine ausgeprägte Septumdeviation nach links mit einem großen Sporn in Regio IV links vor. Zudem seien die Tonsillen beidseits vernarbt und stark zerklüftet. Am 9. Mai 2006 sei die Septum- und Muschelplastik beidseits erfolgreich implantiert worden. Dr. K. hat unter dem 14. Dezember 2006 berichtet, der Gesundheitszustand sei auf ihrem Fachgebiet weitgehend unverändert. Auf

die Umfangsmessungen vom 6. Oktober 2006 (Bl. 122 d. GA) wird Bezug genommen.

Lungenfacharzt S. hat über eine Adipositas (Gewicht: 105 kg; BMI: 43,7) sowie eine kombinierte mittelschwere Ventilationsstörung berichtet, die sich aus der Spiroergometrie ergeben habe. Daneben leide die Klägerin an einer Allergie und einem leichtgradigen Schlaf-Apnoe-Syndrom. Nach der Nasenoperation hätten sich in einem Test vom 27. November 2006 keine Sauerstoffsättigungen durch Aussetzer mehr feststellen lassen. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom sei nachts nicht mehr festzustellen, so dass die Operation eine deutliche Besserung erbracht habe. Auch die Störung der Lungenfunktion sei seit November 2006 besser geworden. Nach beigefügten Arztbriefen der Lungenklinik B. vom 5. September 2005 sowie 13. Oktober 2005 sei die Klägerin wegen einer obstruktiven Schlafapnoe behandelt worden. Dipl.-Med. K. hat angegeben: Die Klägerin leide neben den bekannten Diagnosen an einem cervikalen Schmerzsyndrom. Die gesundheitliche Situation habe sich nicht verändert. Dipl.-Med. Q. hat berichtet: Die Klägerin habe über Schlafstörungen, Interessen- und Antriebslosigkeit sowie Depressionen und Ängste in der Öffentlichkeit geklagt. Sie habe eine gedrückte Stimmungslage, sei affektlabil, antriebsgemindert, im Verhalten gehemmt sowie unsicher und weise leichte mnestiche Störungen auf. Diagnostisch bestünden eine Angst- und depressive Störung. Die psychische Erkrankung habe sich unter Medikation seit ... 2006 gebessert. Prof. Dr. M. hat mitgeteilt, die Klägerin habe ihr Gewicht von 2002 bis 2006 (6. Oktober 2006) von 113 kg auf 102,6 kg reduzieren können. Der BMI betrage 42,2 und der Blutdruck 124/81 mmHg.

Auf dieser Befundgrundlage hat sich der Beklagte am 24. April 2007 bereit erklärt, ab Oktober 2005 einen Gesamt-GdB von 40 festzustellen. Die Klägerin hat diesen Vergleichsvorschlag abgelehnt und an ihrem bisherigen Begehren festgehalten. Der Senat hat nach einem Berichterstatterwechsel aktualisierte Befundberichte von Dipl.-Med. K., der Fachärztin für Orthopädie und Sportmedizin Dr. H., Dr. v. K., Dipl.-Med. Q. sowie Dipl.-Med. G. eingeholt. Dipl.-Med. K. hat unter dem 29. August 2009 einen pickelförmigen Ausschlag der Schulter beschrieben und diesem die Diagnose herpes zoster zugeordnet. Der im Wesentlichen unveränderte gesundheitliche Zustand habe sich stabilisiert. In einem beigefügten Arztbrief des Medizinischen Zentrums H. hat der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie Dipl.-Med. G. unter dem 28. Oktober 2008 berichtet, es habe sich kein Hinweis für eine rheumatoide Arthritis ergeben. Die Beschwerden im Bereich der LWS stünden mit einem Pseudoradikulärsyndrom bei S 1 in Zusammenhang. Die Beschwerden der Fingermittelgelenke seien nicht mit Gelenkschwellungen verbunden. Die Schmerzen im Bereich der Sehnenansätze beruhten auf einer Enthesiopathie (Erkrankung des Sehnen- und Muskelansatzes am Knochen). Dr. H. hat unter dem 7. September 2009 berichtet, die Klägerin könne sich oft nicht bewegen. Es bestehe ein Taubheitsgefühl mit Ausstrahlung in den linken Fuß. Sie habe sich zwischen 1999 bis 2002 einmal bei ihr behandeln lassen und erst wieder ab Februar 2009 die Sprechstunde aufgesucht. Im Juni 2009 habe sie Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine angegeben; im August 2009 habe sie über Schmerzen in beiden Kniegelenken geklagt. Diagnostisch bestünden ein chronisches Pseudoradikulärsyndrom beidseits bei Osteochondrose und Funktionsstörungen sowie eine Gonarthrose beidseits. Die Beweglichkeit der Kniegelenke habe 0°/0°/130° betragen. Neben Partellarreiben und Krepitation habe eine Kapselschwellung bestanden. Der Bandapparat sei fest und das Meniskuszeichen negativ. Ein Röntgenbefund vom 10. August 2009 sei im Sinne einer mittelgradigen medialen Gelenkspaltverschmälerung beider Kniegelenke zu interpretieren. Dr. v. K. hat unter dem 17. September 2009 nochmals die Umfangsmaße angegeben. Auf die Untersuchungsergebnisse vom 23. April 2009 (Bl. 236 d. GA) wird Bezug genommen. Ferner hat sie angegeben, die Klägerin erhalte laufend eine manuelle Lymphdrainage mit Übungsbehandlung. Der gesundheitliche Zustand sei durch die regelmäßige Therapie unverändert. Dipl.-Med. Q. hat am 20. September 2009 angegeben: Die Klägerin versorge den Haushalt allein und nehme in der Öffentlichkeit bei unbekanntem Wegen meist eine Begleitperson mit. Ihr Tagesablauf sei strukturiert. Sie habe einen guten Kontakt zu ihrer Tochter. Seit Behandlungsbeginn habe sich der Befund gebessert. So könne sie sich nun in bekannten Objekten allein in der Öffentlichkeit bewegen. Dipl.-Med. G. äußerte den Verdacht auf eine Autoimmunthyreopathie.

Der Beklagte hat nach Auswertung der Befunde an seiner bisherigen Ansicht festgehalten. Die Klägerin hat demgegenüber einen verschlechterten Gesundheitszustand geltend gemacht. Die Lymphödeme am ganzen Körper rechtfertigten einen höheren Einzel-GdB als 30. So müsse sie im Quartal 20 bis 30 Behandlungen in Anspruch nehmen, wobei eine Behandlungseinheit eine Stunde benötige.

Am 19. März 2009 hat die Klägerin einen Neufeststellungsantrag gestellt und neben einem höheren GdB die Merkmale "G" (Erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr) und "H" (hilflos) beantragt. Dies lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 14. Juli 2009 ab. Mit Schreiben vom 20. August 2009 regte der Beklagte an, dass Neufeststellungsverfahren ruhend zu stellen und abzuwarten, was aus dem Berufungsverfahren werde, da ein Gesamt-GdB von 50 notwendig wäre, um Merkmale zu erlangen. Dem stimmte die Klägerin zu.

In der nicht öffentlichen Sitzung vom 26. März 2010 hat die Klägerin erklärt, sie sei insbesondere durch die Lymphabflussstörungen und durch die schwere Adipositas in ihren Bewegungen stark eingeschränkt. So könne sie den Haushalt nicht mehr allein bewältigen und müsse sich von ihrer Tochter beim Fenster putzen und Staub saugen helfen lassen. Sie hat einen radiologischen Befund des A. Klinikums H. vom 16. Februar 2010 vorgelegt (Dr. R.). Hiernach sei auf der Höhe L5/S1 ein deutlicher Bandscheibenvorfall mit relativ glatter Oberfläche zu erkennen. Die abgehenden Nervenwurzeln würden erreicht und eine Irritation von S 1 beidseits sei möglich. Bildtechnisch sei von einer mittelgradig ausgeprägten Spondylarthrose, einer Hypertrophie Ligg. Flava und einer beginnenden relativen Spinalkanalstenose auszugehen.

Der Senat hat nochmals einen Befundbericht von Dr. H. vom 12. April 2010 eingeholt. Nach deren Ansicht sei der aktuelle Bandscheibenvorfall als reiner MRT-Befund zu werten und von einer unveränderten klinischen Symptomatik auszugehen. Neben den bereits mitgeteilten Diagnosen bestehe auch ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom beidseits. Nach einem beigefügten Arztbrief vom 10. März 2009 der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. bestehe ein Karpaltunnelsyndrom ohne Nervenstörung.

Der Senat hat die Rentenakte der Klägerin beigezogen. Nach dem rechtskräftigen Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 27. Oktober 2003 wurde der Klägerin ab dem 17. März 1999 eine Berufsunfähigkeitsrente zuerkannt.

Der Senat hat ein Sachverständigengutachten von der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin sowie Betriebsmedizin Dr. H. vom 15. Oktober 2010 (Untersuchung vom 20. Juli 2010) eingeholt. Die Sachverständige hat zur Krankheitsvorgeschichte und den aktuellen Beschwerden angegeben: Die Ödeme habe die Klägerin seit ca. 15 Jahren. Diese würden zweimal in der Woche mittels einer Lymphdrainage therapiert. Sie trage Kompressionsstrümpfe der Klasse 2. Auch die Arme und Hände müssten gewickelt werden. Dies mache sie, wie bei den Beinen, aber nur zur Nacht. Sie habe regelmäßig Schmerzen an den Beinen, den Armen und den Händen. Wegen einer Taubheit der Hände

könne sie nicht richtig zufassen. Der Bluthochdruck bestehe seit 2002 und verursache manchmal Schwindel. Sie werde regelmäßig deswegen kontrolliert und nehme dagegen Medikamente. Sie habe immer Schmerzen am ganzen Rücken bis zum Gesäß sowie auf der Beintrückenseite und den Füßen. Die Taubheit im linken Fuß komme von einem Bandscheibenvorfall. Auch im Schulter-Nackengebiet habe sie bei Drehungen des Kopfes Schmerzen. Die linke Schulter sei in der Beweglichkeit eingeschränkt. Sie befinde sich auch in psychiatrischer Behandlung und führe alle acht Wochen Gespräche. Die Klägerin sei erheblich übergewichtig und weise bei einer Körpergröße von 154 cm ein Körpergewicht von 108 kg auf, was einem BMI von 45 entspreche. Eine Luftnot oder Lymphknotenvergrößerungen bestünden nicht. Der Blutdruck im Sitzen habe 130/90 mmHg betragen. Die Umfangmessung habe fast durchgehend keine Differenzen ergeben. Das Aufstehen aus dem Sitzen sei zügig und ohne Anlaufprobleme erfolgt. Notwendige Körperpositionswechsel und Umkleiden seien ihr ohne Bewegungsbehinderungen möglich. Die Wirbelsäule weise eine Hohlrückenrundstatik durch eine Bauch- und Rumpfmuskulinsuffizienz auf. Das Betasten der Wirbelsäule sei ohne Druck- und Klopfschmerz. Muskuläre Verhärtungen bestünden nicht. Der Muskeltonus sei normal. Die Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule sei frei und ohne Schmerzangabe. Der Finger-Boden-Abstand betrage 15 cm. Der Lendenschober betrage 10/15 cm und das Zeichen nach Ott 30/32 cm. Die Beweglichkeitsprüfung der oberen Gelenke sei ohne Befund. Das Gangbild auf ebener Erde sei unauffällig und die Beweglichkeit der unteren Extremitäten unauffällig. Die Gang- und Standarten habe die Klägerin uneingeschränkt demonstrieren können. Auch der Seiltänzerengang werde sicher vorgeführt. Es gebe keinen Anhalt für ein psychiatrisches Krankheitsbild. Die Klägerin sei bei ausgeglichener Stimmungslage gut schwingungsfähig. Im 6-Minuten-Gehtest habe sie in zügigem Tempo 400 Meter ohne Pausen bewältigt. Die Blutgasanalyse habe eine normale kardiopulmonale Belastungsreaktion gezeigt. Das Ruhe-EKG sei unauffällig geblieben. Auf internistischem Gebiet benannte die Sachverständige folgende Diagnosen:

Lip- und Lymphödeme der Extremitäten bei Übergewichtigkeit Grad III,

Kompensierte arterielle Hypertonie ohne Linksherzbeteiligung,

Schilddrüsenvergrößerung ohne Funktionsstörung.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestehe ein haltungs-, muskulär- und degenerativ bedingtes Wirbelsäulenschmerzsyndrom ohne nennenswerte Funktionsstörungen; psychiatrisch sei von einer sozialen Phobie auszugehen, die mit Furcht vor prüfender Betrachtung und Vermeidung sozialer Situationen verbunden sei. Die Lip- und Lymphödeme behinderten weder die Gehfähigkeit noch die Beweglichkeit der Extremitäten. Auch die Haltefunktion der Hände sowie Griffformen seien nicht beeinträchtigt. Feinmotorische Fähigkeiten seien wegen der Schwellungen am Handrücken und den Fingern nur eingeschränkt möglich. Dies zeige sich am krakeligen Schriftbild. Etwas zeitraubend sei neben der Lymphtherapie auch die Kompressionstherapie, wobei die nächtliche Anwendung von Verbänden überflüssig sei. Die beklagten Schmerzen im Bereich der Ödeme seien bei der Untersuchung nicht auslösbar gewesen und bedürften keiner Schmerzmedikation. Die Ausdauer beim Gehen werde durch das Übergewicht nicht beeinträchtigt. Die soziale Phobie beeinträchtige die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht maßgeblich. So gestalte die Klägerin den Tagesablauf selbst und benötige keine Hilfe bei Einkäufen, Arztbesuchen, Behördengängen usw. ... Die Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule sei erstaunlicherweise nicht eingeschränkt. Das Aufstehen nach längerem Sitzen sei problemlos möglich. Auch das Umkleiden sowie die Körperpositionswechsel bei den Untersuchungen seien ohne Bewegungsbehinderungen gelungen. Die bewegungsabhängigen Schmerzen seien aus der Fehlstatik und der Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskeln sowie der mäßigen degenerativen Veränderungen erklärbar. Sensomotorische Ausfälle seien klinisch nicht nachweisbar. Die Linksbetonung des Bandscheibenschadens im MRT vom 24. September 2010 könne Ausdruck einer sensiblen Wurzelreizung sein und die zeitweise Taubheitssymptomatik im linken Bein erklären. Die Schulter-Nackenschmerzen beruhten auf einer Fehlstatik.

Die Lip- und Lymphödeme seien maximal mit einem GdB von 30 zu bewerten. Arme und Beine wiesen eine Umfangmehrung auf. Eine Seitendifferenz sei jedoch nicht festzustellen. Die Funktionsbeeinträchtigung sei gering. Das erhebliche Übergewicht sei nicht gesondert berücksichtigungsfähig. Der Blutdruck neige unter Alltagsbedingungen nicht zur Dekompensation. Kardiopulmonale Insuffizienzzeichen habe die Untersuchung nicht ergeben. Hierfür sei ein GdB von 10 angemessen. Das Wirbelsäulenschmerzsyndrom ohne wesentliche funktionelle Auswirkungen auf die Beweglichkeit sei mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Ob eine zervikale Myelopathie oder ein zervikales Wurzelreizsyndrom zusätzliche Einschränkungen hervorruft, sei nicht festzustellen und dürfte sich aus der neurologischen Untersuchung der Klägerin im Klinikum H. im September 2010 ermitteln lassen. Die Schilddrüsen substitutionstherapie sei nicht berücksichtigungsfähig. Dies gelte auch für die soziale Phobie sowie die Adipositas. Ein Gesamt-GdB von 40 dürfte sich im oberen Ermessensspielraum ergeben, wobei sich das Lip- und Lymphödem sowie das Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit möglicher sensibler Wurzelreizung ungünstig beeinflussten. Diese Einschätzung treffe auf den gesamten Zeitraum seit 8. März 2002 zu.

Der Beklagte ist der Einschätzung der Sachverständigen in Bezug auf den Gesamt-GdB entgegengetreten. Ein nur mögliches sensibles Wurzelreizsyndrom rechtfertige noch keinen Einzel-GdB von 20, da es an den dafür notwendigen klinisch erkennbaren Funktionseinschränkungen fehle. Es müsse daher bei einem Einzel-GdB von 10 für die Wirbelsäule verbleiben. Die Sachverständige hat zu dieser Kritik unter dem 1. November 2010 ausgeführt: Das von der Klägerin beklagte Taubheitsgefühl sei mit den morphologischen Wirbelsäulenbefunden nicht vereinbar. Hierfür hätte ein Bandscheibenvorfall im Halswirbelsäulensegment C 5/6 bzw. C 6/7 vorliegen müssen. Die Begutachtung habe keine typische Reflexsituation ergeben. Im Segment C 6/7 habe nur eine Vorwölbung bestanden, die jedoch rechtsbetont gewesen sei. Ein organisches Korrelat für die vorgetragene Halbseitensymptomatik ergäbe sich nicht.

Darüber hinaus hat der Senat einen Befundbericht vom Facharzt für Innere Medizin Dr. h ... R. (A. Klinikum H.) vom 3. November 2010 (Untersuchung vom 16. September 2010) eingeholt. Hiernach habe die Klägerin über Taubheitsgefühle der linken Körperhälfte seit vier Tagen und ein Schwächegefühl geklagt. Eine Seh- und Sprachstörung sei nicht aufgetreten. Daneben habe sie über häufigen Schwindel und Kopfschmerzen berichtet. Der Befund des Lymphödems habe sich nicht verschlechtert. Die Extremitäten seien frei beweglich. Vorläufig sei ein Zervikalsyndrom links mit muskulären Dysbalancen zu diagnostizieren. Eine sichere Verlagerung der Nervenwurzeln könne noch nicht sicher festgestellt werden.

Die Klägerin hat abschließend geltend gemacht: Der von Dr. H. bewertete Gesamt-GdB von 40 sei zu gering. Am 14. September 2010 habe sie einen körperlichen Zusammenbruch gehabt, der zu einer Krankenhauseinweisung ihres Hausarztes am 16. September 2010 geführt habe. Der Verdacht auf einen Schlaganfall habe sich nicht bestätigt. Nach Mitteilung von Dr. v. K. habe sie an der HWS zwei Bandscheibenvorfälle, die zu neurologischen Ausfällen führten. Deswegen habe sie sich beim Neurochirurgen Dr. M. am 20. Januar 2011 zur

Behandlung angemeldet. Entgegen der Ansicht von Frau Dr. H. sei es bisher übereinstimmende Auffassung der sie behandelnden Ärzte gewesen, die Arme und Beine zu wickeln. Frau Dr. H. habe ihren Gesundheitszustand geschönt wiedergegeben. So benötige sie im Haushalt, beim Einkaufen und den Arztterminen die Unterstützung ihrer Tochter. Sie habe einen Termin beim Neurochirurgen Dr. M. Anfang 2011 und beantrage einen Befundbericht einzuholen.

Der Senat hat einen Befundbericht von Dr. M. vom 3. Februar 2011 eingeholt. Hiernach sei am 20. Januar 2011 eine Einweisung zur Operation im Bereich C 5/C6 empfohlen worden. Die Klägerin habe sich für den operativen Eingriff jedoch Bedenkzeit erbeten. Am 3. Januar 2011 hat sich folgender Untersuchungsbefund ergeben: Die Beweglichkeit der HWS sei diskret eingeschränkt. Die LWS sei nicht bewegungsbehindert. Eine Ausrichtung aus der Beuge sei prompt gelungen. Die großen Gelenke seien frei aktiv und passiv beweglich. Das Gangbild sei leicht ataktisch. Die Standprüfung sei sicher. Es bestünden isolierte Sensibilitätsstörungen. Funktionale Paresen oder Blasen- bzw. Darmstörungen lägen nicht vor.

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 form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Die Klage gegen den Teilhabhilfebescheid vom 25. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2003 sowie gegen den Bescheid vom 14. Juli 2009, soweit dieser die Höhe des GdB regelt und daher gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden ist, ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Die Klage ist aber unbegründet, denn die Gesundheitsstörungen der Klägerin rechtfertigen nur einen Grad der Behinderung von 30.

Bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG v. 12. April 2000 – [B 9 SB 3/99 R](#) = [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#), S. 22).). Danach liegt bei der Klägerin seit der Antragstellung am 20. März 2003 bis zum heutigen Zeitpunkt ein GdB von 30 vor.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Der hier anzuwendende [§ 69 SGB IX](#) ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) und vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzählung zitiert.

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 Vorschrift knüpft materiellrechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten 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. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den Grad der Behinderung die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003 – [B 9 SB 3/02 R](#) – [SozR 4-3800 § 1 Nr. 3](#) Rdnr. 12, m.w.N.). Die in den Anhaltspunkten (letzte Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des Grades der Behinderung bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in den Fassungen von 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden. Im Folgenden werden daher nur die Vorschriften der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zitiert.

Der hier streitigen Bemessung des Grads der Behinderung ist die GdS (Grad der Schädigung)-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 8 ff.) sind die dort genannten GdS-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. 2 e (Teil A, S. 8) 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 (Teil B, Nr. 1 a, Seite 18).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen der Klägerin ein Grad der Behinderung von höchstens 30 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen, die zahlreichen Befundberichte nebst Anlagen sowie insbesondere auf das Sachverständigengutachten von Dr. H ...

a) Das Hauptleiden der Klägerin wird durch das Lymphödemleiden mit Schwellneigungen und Notwendigkeit einer ständigen Drainagetherapie wesentlich geprägt. Es betrifft das Funktionssystem Herz- und Kreislauf. Hierfür hält der Senat einen Einzel-GdB von 30 für den Zeitraum von Antragstellung bis zur Entscheidung des Senats für angemessen und folgt damit der Einschätzung der gerichtlichen Sachverständigen Dr. H ...

Nach Nr. 9.2.3. (S. 67) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ergibt sich für Lymphödemleiden folgender Bewertungsrahmen:

Lymphödem

an einer Gliedmaße

ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer

Kompressionsbandage ...0 - 10

mit stärkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 cm) je nach

Funktionseinschränkung ...20 - 40

mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der

betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß ...50 - 70

Dr. H. hat bei der Klägerin zwar eine Umfangsvermehrung, jedoch keine nennenswerte Seitendifferenzen feststellen können. Die Funktionseinschränkungen sind nach Angaben der gerichtlichen Sachverständigen gering. So gelangen der Klägerin beispielsweise bei der Untersuchung sämtliche Standproben und sie zeigte auch ein unauffälliges Gangbild. Dies entspricht auch dem aktuellen Befundbericht des A. Klinikums H. vom 3. November 2010, in dem frei bewegliche Extremitäten geschildert werden. Erschwerend sind allerdings die von Dr. H. berichteten feinmotorischen Bewegungseinschränkungen im Handbereich zu würdigen, die sich z.B. auf das Schriftbild auswirken. Auch die regelmäßig belastende Drainage- und Kompressionstherapie muss trotz der geringen funktionellen Einschränkungen als beeinträchtigend berücksichtigt werden. Wäre nur die infolge des Lymphödems gering eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der Klägerin zu bewerten, müsste der Bewertungsrahmen von 0 bis 10 herangezogen werden. Die deutliche Schwellneigung unter Belastung, die Einschränkungen in der Feinmotorik sowie die Notwendigkeit dauerhafter Drainagebehandlung rechtfertigen es jedoch, den Bewertungsrahmen auszuschöpfen und den Einzel-GdB auf 30 zu erhöhen. Für eine noch höhere Bewertung bleibt aber wegen der verhältnismäßig guten Beweglichkeit der Extremitäten kein Raum.

Im gleichen Funktionssystem ist als weitere Erkrankung ein Bluthochdruck festzustellen, den der Senat - wie auch die gerichtliche Sachverständige Dr. H. - mit einem Einzel-GdB von 10 einschätzt.

Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen ergibt sich für den Bluthochdruck folgender Bewertungsrahmen.

Hypertonie (Bluthochdruck)

leichte Form

keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens

leichte Augenhintergrundveränderungen) ... 0 - 10

mittelschwere Form

mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades

(Augenhintergrundveränderungen - Fundus

hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens

und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach

über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung ... 20 - 40

Nach den Feststellungen von Frau Dr. H. ist der Bluthochdruck medikamentös gut eingestellt und neigt unter Alltagsbedingungen nicht zur Dekompensation. Eine Organbeteiligung war nicht festzustellen. Die gegenteilige Einschätzung von Dipl.-Med. K. vom 28. März 2004 hat sich damit nicht bestätigt. Die Klägerin konnte einen 6-Minuten-Gehtest problemlos absolvieren. Auch das EKG bleibt völlig unauffällig. Eine Linksherzbeteiligung konnte von der Sachverständigen ebenfalls ausgeschlossen werden. Die einmalige stationäre Behandlung wegen eines stark erhöhten Bluthochdrucks genügt nicht für die Annahme eines auf Dauer höheren GdB als 10.

b) Im Funktionssystem Atmung litt die Klägerin unter einem Schlaf-Apnoe-Syndrom gelitten. Der Senat hält hierfür die Feststellung einer Behinderung nicht mehr für möglich, da diese Erkrankung nicht länger als sechs Monate angedauert hat. Nach den vorliegenden Befundberichten ist das Schlaf-Apnoe-Syndrom erstmals bei einer stationären Untersuchung im Mai 2006 festgestellt worden. Die anschließend zeitnah durchgeführte Operation hat offenbar eine deutliche Besserung gebracht, da das Syndrom in einem Folgetest vom 27. November 2006 nicht mehr festgestellt wurde. Diese Erkrankung hat damit nicht länger als sechs Monate angedauert und rechtfertigt schon deshalb nicht die Feststellung einer Behinderung.

c) Im Funktionsbereich der Psyche liegt bei der Klägerin eine Störung vor, die allenfalls einen Grad der Behinderung von 10 rechtfertigt. Dipl.-Med. Q. hat eine depressive Störung bzw. Angststörung diagnostiziert. Dagegen hält die gerichtliche Sachverständige Dr. H. eine Sozialphobie für gegeben, die sich in einer Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen und eine Vermeidung vor sozialen Situationen äußert. Der Senat hält die fachärztliche Diagnose von Dipl.-Med. Q. für überzeugender, was sich jedoch auf die Bewertung des psychischen Leidens im Gesamtbild nicht auswirkt.

Nach Nr. 3.7. der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 27) ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 bis 20 vorgesehen. Stärkere behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) sind mit einem Einzelgrad von 30 bis 40 zu bewerten.

Die psychische Gesundheitsstörung der Klägerin ist unabhängig von der genauen Diagnose allenfalls als leichtere psychische Störung einzuordnen, denn Dipl.-Med. Q. hat von deutlichen Besserungen unter medikamentöser Behandlung berichtet. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ist bei der Klägerin nicht erkennbar. Der von ihr gegenüber Dr. H. geschilderte Tagesablauf und der klinische Untersuchungsbefund ergeben keinen Anhalt für ein stärker einschränkendes psychiatrisches Krankheitsbild.

d) Die Klägerin leidet außerdem unter Gesundheitsstörungen aus dem Funktionssystem Rumpf. Nach dem Befundbericht der A. Klinik H. vom 3. November 2010 ist von einem Zervikalsyndrom links mit muskulären Dysbalancen bzw. einer diagnostisch gesicherten mittelgradig ausgeprägten Spondylarthrose auszugehen. Bildtechnisch blieb ein MRT der Hals- und Brustwirbelsäule vom 24. September 2010 unauffällig. Demgegenüber konnte ein MRT der LWS vom gleichen Tage einen deutlichen Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 sowie eine Bandscheibenvorwölbung im Segment L4/L5 bestätigen. Hierfür hält der Senat einen Grad der Behinderung von 10 für angemessen.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil B Nr. 18.9 (S. 89 ff.) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vorgegeben. Danach folgt der Grad der Behinderung bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grads, rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Funktionsstörungen geringeren Grads bedingen allenfalls einen Einzelgrad von 10. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 30, mittelgradige bis schwere in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen Grad der Behinderung von 30 bis 40. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach diesem Maßstab rechtfertigen die Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen einen Grad der Behinderung von 10. Es liegen bei der Klägerin allenfalls geringgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, vor. Die von der A. Klinik bildtechnisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen bedingen noch keinen Behinderungsgrad (Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil B, Nr. 18.1, S. 86). Maßgeblich sind vielmehr die daraus folgenden Funktionseinschränkungen, die sich nach den vorliegenden Unterlagen aber noch als leichtgradig darstellen und allenfalls einen Grad der Behinderung von 10 rechtfertigen. So hat Dr. H. die Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule der Klägerin als nicht eingeschränkt beschrieben und sogar als erstaunlich gut bezeichnet. Der Klägerin gelang das Aufstehen nach längerem Sitzen, das Umkleiden sowie Körperpositionswechsel jeweils ohne erkennbare Bewegungsbehinderungen. Auch die Bewegungsprüfungen der Wirbelsäule und Gelenke (Finger-Boden-Abstand; Schober-Zeichen; Ott-Zeichen) erbrachten keinerlei Einschränkungen. Eine mögliche Wurzelreizung und das von der Klägerin geltend gemachte Taubheitsgefühl vermochte weder Dr. H. noch der Befundbericht vom 3. November 2010 zu bestätigen. Von einer dauerhaften Wurzelreizung mit funktionalen Einschränkungen kann auf der aktuellen Befundgrundlage daher noch nicht ausgegangen werden. Selbst nach dem aktuellen Befundbericht von Dr. M. vom 3. Februar 2011 ist nicht auf eine starke Bewegungseinschränkung zu schließen. Vielmehr beschreibt Dr. M. lediglich Sensibilitätsstörungen. Die von der Klägerin angegebenen Lähmungserscheinungen werden hiernach nicht bestätigt. Die Bewegungsprüfung blieb auch in dieser weitren Untersuchung mit Ausnahme einer diskreten Einschränkung im Bereich der HWS unauffällig. Insbesondere vermochte sich die Klägerin aus der Hocke prompt aufrichten. Die Indikation für eine Operation rechtfertigt für sich auch keinen höheren GdB, da es entscheidend auf die jeweiligen Funktionseinschränkungen ankommt.

e) Weitere Gesundheitsstörungen, die einem anderen Funktionssystem zuzuordnen und zumindest mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar. Zwar sind in den eingeholten medizinischen Unterlagen auch Ausführungen zu weiteren Gesundheitsstörungen zu finden. Doch sind keine Funktionseinschränkungen mitgeteilt worden, die zumindest eine Bewertung mit einem Grad der Behinderung von 10 zulassen. Das gilt insbesondere für die festgestellte Gelenkspaltverschmälerung im Kniebereich (Röntgenbefund vom 10. August 2009) ohne Bewegungseinschränkung, die medikamentös erfolgreich behandelte Überfunktion der Schilddrüse, den zeitweise aufgetretenen herpes Zoster, die Enthesopathie, die Autoimmunthyreopathie, die nicht intensiv behandelte Schwindel- und Kopfschmerzneigung sowie das Schulter-Arm-Syndrom ohne Bewegungseinschränkung, die Fettleber und das

Karpaltunnelsyndrom. Eine Augenstörung ist medizinisch nicht belegt. Das Übergewicht der Klägerin rechtfertigt keinen gesonderten Einzel-GdB und auch keine Erhöhung des Einzel-GdB für das Lymphödem bzw. das Wirbelsäulensyndrom. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen bedingt die Adipositas allein keinen GdB-Grad. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können für die Feststellung des GdB-Grades bedeutsam sein. Wegen der guten Beweglichkeit der Klägerin und den nur geringen funktionalen Einschränkungen im Bereich der Gelenke und der Gesamtwirbelsäule und des unauffälligen kardiologischen Befundes kann der Adipositas keine verstärkende Wirkung zukommen. Der Klägerin gelangen der Belastungstest bei Dr. H. und die zahlreichen Bewegungsprüfungen jeweils problemlos. Auch Dr. M. beschrieb zwar Sensibilitätseinschränkungen, jedoch keine funktional bedeutsamen Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Gelenke. Eine Erhöhung des Einzel-GdB wegen der Adipositas ist daher nicht zu rechtfertigen.

f) 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 Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 8) anzuwenden. Nach Nr. 3c 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 ist von dem Behinderungsgrad von 30 für das Funktionssystem Herz- Kreislauf wegen des Lymphödems auszugehen. Eine weitere Erhöhung kann aufgrund der jeweils mit einem Behinderungsgrad von 10 bewerteten Gesundheitsstörungen aus den Funktionssystemen Herz/Kreislauf, Psyche/Hirn und Rumpf nicht erfolgen. Denn nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee, S. 10) führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Behinderungsgrad von 10 bedingen, von hier fern liegenden Ausnahmen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes des Gesamtbeeinträchtigung.

Letztlich widerspräche hier die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A Nr. 3b, S. 10) zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen in der GdS-Tabelle feste Werte angegeben sind, ist bei der Klägerin ein höherer Gesamtgrad als 30 nicht gerechtfertigt. Die Gesamtauswirkung seiner verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt seine 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

2011-06-09