L 7 SB 4/13

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 23 SB 110/09
Datum
18.10.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 4/13
Datum
03.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob die Voraussetzungen für einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 vorliegen.

Die am ... 1953 geborene Klägerin beantragte am 2. April 2008 die Feststellung der erlittenen Verkehrsunfallfolgen vom 1. November 2007 als Behinderungen sowie das Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung). Durch den Unfall hatte die Klägerin komplexe Fuß- und Sprunggelenksverletzungen erlitten. Der Beklagte zog den Reha-Entlassungsbericht B. über die Behandlung vom 5. März bis 9. April 2008 bei. Folgende Bewegungsmaße der oberen Sprunggelenke waren bei der Eingangsuntersuchung erhoben worden: Plantarflexion/Dorsalextension: rechts/links 35/0/15 Grad bzw. 20/0/10 Grad. Bei der Abschlussuntersuchung sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule in allen Abschnitten schmerzfrei und ausreichend möglich gewesen. Sensibilitätsstörungen hätten nicht vorgelegen. Das Bewegungsausmaß der Gelenke der unteren Extremitäten sei deutlich verbessert und die Gang- und Standstabilität gesichert worden. Dadurch habe sich auch die Koordination deutlich gebessert. Insgesamt seien eine Stabilisierung der Rumpfmuskulatur, eine Kräftigung des gesamten Bewegungsapparates und eine Schmerzreduzierung eingetreten. Außerdem wurde im Bericht die Einnahme von "Clexane", einem Mittel zur Hemmung der Blutgerinnung, mitgeteilt. Darüber hinaus holte der Beklagte einen Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. G. vom 8. September 2008 ein. Dieser berichtete über ein deutlich linkshinkendes kleinschrittiges Gehen. Das linke obere Sprunggelenk sei deutlich eingesteift. Außerdem bestünden eine Instabilität des unteren Sprunggelenks, ein Druck- und Dehnungsschmerz im Bereich des medialen und lateralen Bandapparates des linken Sprunggelenkes, ein deutlicher Kompressions- und Mobilisationsschmerz im Bereich des linken Mittelfußes sowie eine deutliche Anasarka (nichtentzündliches Ödem) beider Unterschenkel und Füße bei einem Zustand nach Beinvenenthrombose. Im Bereich der Kniegelenke bestehe ein Druck- und Patellaverschiebeschmerz. Die Beweglichkeit betrage Extension/Flexion rechts/links 0/3/120 Grad bzw. 0/0/130 Grad. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei altersgemäß. Lediglich im Bereich der linken Hüfte sei eine Innenrotationseinschränkung auf 10 Grad mit endgradiger Bewegungsschmerzhaftigkeit festzustellen. In Auswertung der Berichte schlug der beteiligte ärztliche Dienst des Beklagten (Dipl.-Med. K.) für die "Funktionsminderung des linken Hüft-, rechten Knie- und beider Sprunggelenke nach Frakturen, Belastungsminderung des linken Fußes" einen GdB von 30, die "Schwellneigung beider Beine und dauerhafte Gerinnungshemmung nach Thrombosen" von 20 sowie einen Gesamt-GdB von 40 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 23. September 2008 einen GdB von 40 fest und lehnte die Feststellung von Merkzeichen ab. Den dagegen eingelegten Widerspruch der Klägerin vom 7. Oktober 2008 wies der Beklagte nach Beteiligung seines Vertragsarztes Dr. B. mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2009 zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 6. April 2009 Klage beim Sozialgericht (SG) Magdeburg erhoben und die Feststellung eines GdB von 50 und des Merkzeichens aG beantragt. Sie hat auf ständige Schmerzen und seelische Beschwerden hingewiesen. Außerdem hat sie das Gutachten der Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S. (Südharz-Krankenhaus N.) vom 20. Februar 2008 für die H.-C. vorgelegt. Danach sei die Behandlung noch nicht abgeschlossen und eine stationäre Reha-Maßnahme angeregt worden. Zudem hat die Klägerin Schmerztagebücher mit dem Hinweis auf die schmerztherapeutische Behandlung bei Dipl.-Med. G. (Praktischer Arzt/Chirotherapie/Akupunktur, spezielle Schmerztherapie) vorgelegt. Des Weiteren hat sie einen Arztbrief der Fachärztin für Nuklearmedizin Dr. H. über eine Knochenszintigrafie vom 25. November 2009 übersandt, wonach eine leichte Fehlhaltung der Wirbelsäule mit wenig degenerativen Veränderungen vorliege.

Schließlich hat die Klägerin mehrere Arztbriefe des Prof. Dr. Z. vom Universitätsklinikum D. vorgelegt. Bei der Erstvorstellung am 28. September 2009 habe die Klägerin linksseitig über starke Schmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenkes, des Fußaußenrandes sowie der Fußwurzelknochen berichtet. Besondere Probleme bereiteten ihr das Treppabsteigen sowie das Laufen auf unebenem Gelände. Bei der Untersuchung des linken Fußgelenkes sei ein verdickter Rückfuß mit Varusfehlstellung bei eingeschränkter Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks (Dorsalextension/Plantarflexion links 5/0/20 Grad, rechts 10/0/30 Grad) festzustellen. Die Beweglichkeit im Bereich des unteren Sprunggelenks sei vollkommen aufgehoben. Am 15. Januar 2010 hat Prof. Dr. Z. aufgrund der durchgeführten Computertomografie ausgeführt: Es bestehe linksseitig nach komplexem Fußtrauma eine Arthrose im oberen Sprunggelenk und eine Arthrose im Subtalar-Gelenk mit schwerer Verwerfung insbesondere im lateralen Chopart- und Lisfranc-Gelenk. Hier sei es zu einer extremen Fehlverheilung der Metatarsalia III bis V unter starker Verkürzung und Fehlstellung gekommen, so dass eine Arthrodese zu empfehlen sei. Mit Bericht vom 31. März 2010 hat Prof. Dr. Z. ausgeführt, die Klägerin habe berichtet, dass sie nach der Einlagenversorgung deutlich besser zurecht käme, wenngleich sie noch Schmerzen im Kniegelenk und der Hüfte habe. Sie sei darauf hingewiesen worden, dass eine operative Korrektur aufgrund des hohen Operationsrisikos erst bei einer signifikanten Einschränkung der Lebensqualität zu rechtfertigen sei. Von einer Operation sei vorerst abgesehen worden.

Der Beklagte hat in Auswertung dieser Unterlagen auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 19. Juli 2010 hingewiesen. Danach sei eine Gleichsetzung mit dem Verlust eines Beines im Unterschenkel nicht gerechtfertigt. Im Übrigen lägen überwiegend subjektive Angaben der Klägerin vor, die nicht Grundlage einer sozialmedizinischen Bewertung sein könnten. Eine getrennte Bewertung der einzelnen Gelenke könne nicht erfolgen, weil die konkreten Funktionsmaße jeweils nur GdB-Werte von 0 bis 10 ergäben und somit der hohe festgestellte Gesamt-Behinderungsgrad nicht zu begründen sei.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dr. G. hat mit Befundbericht vom Januar 2012 (undatiert) seine Angaben aus dem Verwaltungsverfahren (8. September 2008) wiederholt und davon abweichend lediglich die Beweglichkeit im Bereich des linken Kniegelenks mit "0/09/130 Grad" angegeben. Insgesamt sei von schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der linken Hüfte, des rechten Kniegelenks und einer Belastungsinsuffizienz des linken Fußes auszugehen. Im rechten oberen Sprunggelenk liege ein Dehnungsschmerz des medialen und lateralen Seitenbandes ohne Instabilität vor. Bei Gehstrecken über 1000 Metern sei die Klägerin auf einen Rollstuhl angewiesen. Mit Befundbericht vom 26. Januar 2012 hat die Fachärztin für Innere Medizin D. ein postthrombotisches Syndrom und ein chronisches sekundäres Lymphödem diagnostiziert. Aufgrund der ausgedehnten Verletzungen habe sich ein sekundäres Lymphödem entwickelt, so dass trotz manueller Lymphdrainage sowie regelmäßigen Tragens von Unterschenkel-Kompressionsstrümpfen eine deutliche Schwellungsneigung beider Unterschenkel bestehe. Die Mobilität, insbesondere im Gelände, sei sehr eingeschränkt. Auch das Treppensteigen sei nur unter Schmerzen möglich. Bei beidseitiger Beinvenenthrombose sei zudem eine orale Antikoagulation notwendig. Durch das Lymphödem bestünden eine zusätzliche Schmerzsymptomatik sowie Bewegungseinschränkungen. Neben bereits bekannten Unterlagen hat die Ärztin einen Arztbrief des Dipl.-Med. G. vom 26. Januar 2010 mit folgenden Diagnosen übersandt: Zervikalneuralgie, zervikozephales Syndrom, segmentale und somatische Funktionsstörungen im Zervikalbereich, Myalgie im Schulterbereich, sonstiger chronischer Schmerz, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Zum Untersuchungszeitpunkt seien die Beschwerden in den Gelenken wieder rückläufig gewesen. Der Befund habe eine Blockierung im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und des zervikothorakalen Übergangs, eine intakte Sensibilität und eine intakte Motorik ohne neurologische Ausfälle gezeigt. Nach dem ebenfalls übersandten Arztbrief des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie J. vom 21. Mai 2010 leidet die Klägerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode. Hinsichtlich des damaligen psychischen Status hat der Arzt angegeben: Aufmerksamkeit, Konzentration und formales Denken intakt, gelegentliches problem- und beschwerdefixiertes Grübeln, inhaltliches Denken geordnet, reaktiv leicht depressive Stimmung, neutrale Antriebslage, gute affektierte Schwingungsfähigkeit, keine Ängste, keine Panikattacken, keine sozial-phobischen Tendenzen. Eine weitere antidepressive medikamentöse Therapie sei von der Klägerin abgelehnt worden.

In Auswertung der Befundberichte hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 20. Februar 2012 verwiesen. Danach sei der anerkannte GdB von höchstens 30 für die Funktionsminderung der unteren Extremitäten weiterhin nur unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden zu begründen. Darüber hinaus bestünden keine zusätzlichen wesentlichen Einschränkungen an den unteren Extremitäten. Es seien keine wiederkehrenden Entzündungen und keine Umfangsmaße mitgeteilt worden, so dass die Lymphödeme nicht noch höher als mit einem GdB von 20 bewertet werden könnten. Eine seelische Gesundheitsstörung sei angesichts der Befunde vom 21. Mai 2010 nicht feststellbar und Blockierungen der Wirbelsäule stellten Behandlungsleiden ohne eine dauerhafte Funktionseinschränkung dar. Mit dem Gesamt-GdB von 40 sei der Beurteilungsspielraum maximal ausgeschöpft.

Daraufhin hat die Klägerin vorgetragen: Wegen verstärkter Schmerzen habe die Dosis der Schmerzmittel und Schlaftabletten angehoben werden müssen. Sie befinde sich weiterhin in orthopädischer und psychotherapeutischer Behandlung und erhalte jede Woche eine Physiotherapie mit Lymphdrainage. Bis zum Unfall sei sie aktive Tänzerin und Radfahrerin gewesen. Derzeit bleibe ihr nur noch der Reha-Sport. Sie habe auch ihren gesamten Tagesablauf umstellen müssen, weil sie wegen der Schmerzen nur noch vormittags aktiv sein könne. Ergänzend hat sie einen Arztbrief des Arztes für Chirurgie/Unfallchirurgie/Orthopädie Dr. L. vom 4. Oktober 2012 mit folgenden Diagnosen übersandt: Innenknöchelfraktur links bei Zustand nach komplexer Fuß- und Sprunggelenksverletzung beidseits, osteosynthetischer Versorgung und Orthese im unteren Sprunggelenk und partiellem Fußwurzelbereich beidseits. Dr. L. hatte außerdem über verstärkte Beschwerden im Bereich des linken Sprunggelenks berichtet, die nach mehrfachem Umknicken aufgetreten seien. Unter Belastung bestünden deutliche Schmerzen sowie ein Druckschmerz im Bereich des Innenknöchels. Die Bewegung sie passiv frei. Die Klägerin trage orthopädisch angefertigte Maßschuhe und komme mit den Unterarmstützen klar.

Mit Urteil vom 18. Oktober 2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Für die Einschränkungen aus dem Funktionssystem der Haltungs- und Bewegungsorgane ergebe sich unter Berücksichtigung des chronischen Schmerzsyndroms ein GdB von 30. Die Bewegungseinschränkung im linken unteren und oberen Sprunggelenk rechtfertige aufgrund der mitgeteilten Bewegungsmaße und unter Berücksichtigung der Belastungsminderung des linken Fußes aufgrund der Instabilität einen GdB von 20. Die mitgeteilten Bewegungseinschränkungen im rechten Kniegelenk (0/3/120 Grad) bedingten maximal einen GdB von 10. Für die chronisch venöse Insuffizienz sei ein GdB von 20 festzustellen, weil trotz bestehender Therapie eine Schwellung vorliege. Da eine stärkere Umfangsvermehrung nicht mitgeteilt worden sei, könne keine höhere Bewertung erfolgen. Die psychischen Störungen rechtfertigen einen GdB von maximal 10, da aktuell keine Einschränkungen dokumentiert seien. Aufgrund der Einschränkungen im Bereich der unteren Bewegungsapparate und der chronisch venösen Insuffizienz sei insgesamt ein GdB von 40 festzustellen, da sich beide Leiden auf die

Fortbewegungsfähigkeit auswirkten und sich somit gegenseitig beeinflussten. Das psychische Leiden erhöhe den Gesamt-GdB nicht weiter.

Gegen das ihr am 10. Dezember 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10. Januar 2013 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Sie hat ergänzend auf eine weitere Operation des rechten Fußes am 11. Juli 2014 hingewiesen. Dabei seien Absplitterungen, Knochen und Weichteile entfernt worden. In der mündlichen Verhandlung vom 3. Dezember 2014 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin die Berufung hinsichtlich des Merkzeichens aG zurückgenommen. Außerdem hat er auf die erneut aufgenommene Behandlung beim Psychiater J. und die Einnahme von Psychopharmaka seit November 2014 hingewiesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 18. Oktober 2012 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 23. September 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2009 abzuändern und bei ihr ab 2. April 2008 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auch nach der weiteren Sachaufklärung sind nach seiner Ansicht die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht erfüllt.

Der Senat hat weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dipl.-Med. G. hat am 13. Februar 2014 ausgeführt: Die Beschwerden im linken Fuß und Sprunggelenk seien unverändert. Es sei nur eine kurzzeitige Besserung eingetreten. Durch die ständige Fehlhaltung und den Schongang bestünden rezidivierende Beschwerden der HWS und LWS durch Blockierungen und ausgeprägte Muskeldysbalancen, zeitweise auch Schmerzen der linken Hüfte und Kopfschmerzen. Eine Schmerztherapie werde regelmäßig (ca. alle 6 bis 8 Wochen) und bei akuten Schmerzschüben auch zwischendurch durchgeführt. Durch den Verkehrsunfall sei hauptsächlich das linke Sprunggelenk betroffen. Zwischendurch bestünden auch Schmerzen des rechten Sprunggelenks. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei eingeschränkt, weil ein Abrollen des Fußes nicht vollständig möglich sei. Die Klägerin habe einen humpelnden Gang und müsse Pausen eingelegen. Es sei keine schmerzfreie Gehstrecke möglich.

Der Arzt J. hat am 15. Februar 2014 eine mittelgradige depressive Episode und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die Klägerin habe einen anhaltenden, reaktiv bedingten psychischen Leidensdruck durch die fortbestehenden ausgeprägten körperlichen Beschwerden und Schmerzen in Folge des schweren Verkehrsunfalls gezeigt. Insgesamt lägen stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor. Es sei keine Besserung eingetreten, da die Beschwerden bei fortbestehenden chronischen Schmerzen reaktiv bedingt bestünden. Die Behandlung sei im Zeitraum von 2009 bis 2013 durch eine niederfrequent-stabilisierende Psychotherapie mit Sitzungsterminen in längeren Abständen erfolgt. Eine zeitweise medikamentöse antidepressive Mitbehandlung mit Mirtazapin sei ohne Erfolg gewesen. Bei der letztmaligen Behandlung am 18. März 2013 habe er folgenden Befund erhoben: Aufmerksamkeit und Konzentration vermindert, formales Denken eingeengt, problem- und beschwerdefixiert, ausgeprägtes Grübeln, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Ängste bezüglich eigener Gesundheit und Zukunft. Die Klägerin habe angegeben, dass die Stimmung und der Antrieb sowie die psychische und körperliche Belastbarkeit sowie die Lebensfreude deutlich schmerzbedingt reduziert seien.

Die Internistin D. hat mit Befundbericht vom März 2013 (undatiert) mitgeteilt, es liege eine chronisch venöse Insuffizienz im Rahmen eines postthrombotischen Syndroms links vor. Da gleichzeitig ein posttraumatisches sekundäres Lymphödem bestehe, sei eine kombinierte Ursache der bestehenden Schwellungsneigung anzunehmen. Ulcerationen bestünden derzeit nicht. Insgesamt bestehe eine chronische Schwellungsneigung mit Schweregefühl der Beine, Schmerzen und daraus resultierender weiterer Verschlechterung der Beweglichkeit in den Sprunggelenken. Unter regelmäßiger Lymphdrainage und Kompressionstherapie (Kompressionsstrümpfe) sei der Gesundheitszustand konstant. Eine Angabe des Schwellungsumfangs in cm sei nicht möglich, da die Schwellung dauerhaft bestehe. Das Gangbild der Klägerin sei unsicher und verlangsamt. Es bestünde ein leichtes Schonhinken mit Unterarmstütze. Die Gehstrecke schwanke tagesabhängig. In Anlage hat die Ärztin den Arztbrief des Dr. L. vom 23. Juli 2013 übersandt. Danach käme wegen dauerhafter Beschwerden bei der Klägerin eine Arthrodese in Frage. Dies habe sie zunächst aber nicht gewünscht.

Außerdem hat der Senat den Reha-Entlassungsbericht B. S. vom 19. Mai 2011 eingeholt, wonach folgende Diagnosen gestellt worden sind: Funktionsstörung oberes Sprunggelenk links nach Unterschenkelfraktur 2007, Mehretagenthrombose 2007, distale Unterschenkelfraktur 2007 sowie arterielle Hypertonie. Nach dem Bericht habe die Klägerin Ein- und Durchschlafstörungen geschildert. Zudem habe sie Schmerzen bei längerer Belastung und beim Laufen im linken Sprunggelenk mitgeteilt. Familiäre und seelische Belastungen habe sie verneint. Sie sei freundlich und kooperativ gewesen und habe ein situationsgerechtes Kontakt- und psychomotorisches Verhalten gezeigt. Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation hätten nicht vorgelegen (Blutdruck 130/80 mmHg). Das Gangbild sei normal und sicher gewesen. Allerdings sei der Abrollvorgang links gestört. Orthopädische Hilfsmittel habe die Klägerin nicht benötigt. Die Entkleidung sei sicher und selbstständig erfolgt. Die HWS sei altersentsprechend frei beweglich gewesen (Extension/Flexion 60/0/60 Grad, Seitneige 30/0/30 Grad). Es hätten keine motorischen oder sensiblen Defizite im Bereich der oberen Extremitäten vorgelegen. Die Brustwirbelsäule (BWS) und die LWS seien folgendermaßen beweglich gewesen: Rotation 50/0/50 Grad, Seitneige 30/0/30 Grad, Schober 10/13 cm, Ott 30/34 cm, Fingerbodenabstand 10 cm. Im Bereich der Wirbelsäule sei kein Druck- oder Klopfschmerz auslösbar gewesen. Die oberen und unteren Extremitäten seien altersentsprechend frei beweglich gewesen und es bestünden keine Thrombosezeichen (Hüftgelenke: Extension/Flexion beidseits 0/0/120 Grad, Kniegelenke: stabiler Bandapparat, Extension/Flexion 0/0/130 Grad, keine Kapselschwellung, kein Druckschmerz; Sprunggelenke: Dorsalextension/Palmarflexion rechts 20/0/30 Grad, links 10/0/20 Grad, endgradiger Bewegungsschmerz, Proversion/Inversion rechts 15/0/20 Grad, links 5/0/5 Grad).

Des Weiteren hat der Senat die Rentenversicherungsakte der Klägerin beigezogen. Darin hat sich das Gutachten des Dr. B. (Allgemein-, Thorax- und Unfallchirurg) aufgrund der Untersuchung am 9. Dezember 2008 befunden. Danach habe sich das Gangbild am Untersuchungstag schwerfällig, langsam und vorsichtig mit orthopädischen Schuheinlagen an zwei Unterarm-Gehstützen gezeigt. Die Gehstrecke sei deutlich eingeschränkt gewesen. Die Bewegungsabläufe, auch beim Aus- und Anziehen seien aber nicht auffällig gestört. Die

Haut habe leichte Fußrücken- und Sprunggelenksödeme, aber keine Ekzeme und auch sonst keine weiteren krankhaften Auffälligkeiten gezeigt. Die Psyche sei sachbezogen, aber aufgeregt, gespannt und vergesslich erschienen. Die Stimmungslage sei weinerlich. Die festgestellten Ödeme im Bereich beider Fußrücken und beider Sprunggelenke seien leicht wegdrückbar. Die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks und beider Kniegelenke sei im endgradigen Bereich schmerzhaft gehemmt. Das rechte Sprunggelenk sei ausreichend beweglich. Im Bereich des linken Sprunggelenks sei die Plantarflexion endgradig blockiert und die Pro- und Supination nicht durchführbar. Die linke Zehe sei nur wackelförmig beweglich. Die Beweglichkeit der HWS sei nicht eingeschränkt. Die Dreh- und Seitbewegungen der LWS seien frei durchführbar. Der Finger-Boden-Abstand habe 6 cm betragen. Aufgrund der Fehlbelastung besonders beim Stehen und Gehen bestünden leichte Reaktivschmerzen im Bereich der LWS. Außerdem hat Prof. Dr. W. am 16. Januar 2009 ein nervenärztliches Gutachten für den Rentenversicherungsträger erstattet. Danach leide die Klägerin an einer Anpassungsstörung mit einem leichten depressiven Syndrom. Für ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma ergäben sich keine Anhaltspunkte. Zum Untersuchungsbefund hat Prof. Dr. W. ausgeführt: Leichte Zyanose und Ödeme des linken Fußes, ausgeprägte Schonhaltung beim Gang. Psychisch habe die Klägerin subdepressiv verstimmt gewirkt. Die Ergebnisse des durchgeführten Konzentrationstests seien im Normbereich gewesen, sodass von einer altersgemäßen kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen sei. Die Klägerin habe eine nachlassende Lebenslust nach dem Unfall geschildert. Sie habe Reisen nur noch dem Ehemann zum Gefallen mitgemacht, aber keine Freude mehr daran gehabt. Der Kontakt zum Freundeskreis sei allerdings bestehen geblieben. Seit dem Unfall habe sie Schlafstörungen und auch Angst beim Autofahren. Die ihr im Krankenhaus angebotenen psychologischen Gespräche habe sie nicht angenommen. Jetzt wäre sie aber grundsätzlich mit einer Behandlung einverstanden. Zusammenfassend hat Prof. Dr. W. ausgeführt, dass nach einer medikamentösen Behandlung die depressive Störung überwunden werden könne (ca. drei Monate), so dass Einschränkungen in der beruflichen Einsatzfähigkeit vom psychiatrischen Fachgebiet nicht zu erwarten seien.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 7. April 2004 hingewiesen, wonach sich keine wesentliche Änderung ergebe, auch wenn sich im März 2013 die seelischen Störungen etwas akzentuierter dargestellt hätten. Eine Ausschöpfung medikamentöser, antidepressiver bzw. schmerzdistanzierender Therapieoptionen, komplexer multimodaler Schmerztherapien sowie stationärer schmerztherapeutischer oder psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten seien bislang nicht erfolgt. Nur bei zusätzlicher Berücksichtigung der Schmerzen und der subjektiven Beschwerden mit reaktiven seelischen Begleiterscheinungen sei der GdB von 40 vertretbar. Die objektiven Funktionsstörungen des linken Beins rechtfertigten einen GdB von 20. Für das nicht konkret zu belegende Lymphödem der Beine ergebe sich ein GdB von höchstens 20 und somit ein Gesamt- GdB von höchstens 30. Das Lymphödem erkläre teilweise auch die Funktionsminderung der Knie- und Sprunggelenke. Eine Doppelbewertung dürfe aber nicht erfolgen. Sofern für die wechselnden subjektiven Beschwerden mit reaktiven seelischen Begleiterscheinungen zusätzlich ein GdB von 20 angenommen werde, sei wiederum nur der anerkannte GdB von 40 zu begründen.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung. 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 unbegründet. Streitgegenstand ist nach der Rücknahme der Berufung hinsichtlich des Merkzeichens aG nur noch die Feststellung eines GdB von 50.

Die Klage gegen den Bescheid vom 23. September 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Mai 2009 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG statthaft. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - B 9 SB 3/99 R - SozR 3-3870 § 3 Nr. 9 S. 22). Die Klage ist aber unbegründet, weil die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40 hat.

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). Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist § 69 Abs. 1 und 3 SGB IX. 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 GdB fest. Diese Vorschrift knüpft materiell rechtlich 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 GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der GdB 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 GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben 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 GdB 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 Abs. 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 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 GdB bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind – inhaltlich nahezu unverändert – 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 der Fassung von 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden. Im Folgenden werden daher die Vorschriften der Versorgungsmedizinische Grundsätze (VMG) zitiert. GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (VMG, Teil A, Allgemeine Grundsätze 2 a).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil B) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 1 a) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle die Teilhabe beeinträchtigenden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, Nr. 2 f) 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).

a)

Für diese gesundheitlichen Einschränkungen der Klägerin, die dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zuzuordnen sind, kann maximal ein GdB von 30 festgestellt werden.

Nach den VMG (Teil B, Nr. 3.7) werden leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 bewertet. Für stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) ist ein Bewertungsrahmen von 30 bis 40 vorgesehen. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten werden mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit 80 bis 100 bewertet. Psychische Anpassungsschwierigkeiten, die einen Behinderungsgrad von 30 bis 40 rechtfertigen, sind nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, Teil B: GdS-Tabelle-19, 96. Lfg. – Stand Dezember 2011) durch Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße gekennzeichnet. Dieses Kriterium ist zur differenzierenden Einschätzung von Anpassungsschwierigkeiten analog auch dann heranzuziehen, wenn die Symptomatik der psychischen Störungen ganz unterschiedlich ist (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats, BMA am 8./9.11.2000, Rohr/Sträßer, a.a.O., GdS-Tabelle-18). Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten setzen neben den Auswirkungen im Berufsleben erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung voraus (Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats, BMA am 18./19.03.1998 – zitiert nach Rohr/Sträßer, a.a.O., GdS-Tabelle-19).

Nach diesem Maßstab kann für die seelische Erkrankung der Klägerin seit der Antragstellung am 2. April 2008 ein GdB von maximal 30 festgestellt werden. Nach den Befundberichten des Schmerztherapeuten Dipl.-Med. G. leidet die Klägerin infolge des Verkehrsunfalls an einer somatoformen Schmerzstörung. Auch der Facharzt für Psychiatrie J. hat mitgeteilt, dass sich ein anhaltender, reaktiv bedingter psychischer Leidensdruck durch die fortbestehenden ausgeprägten körperlichen Beschwerden und Schmerzen in Folge des schweren Verkehrsunfalls gezeigt habe. Dieser geht mit depressiven Episoden einher. Für diese psychischen Störungen ist der Bewertungsrahmen von 30 bis 40 eröffnet. Insoweit folgt der Senat der Einschätzung des Arztes J., wonach es sich um eine stärker behindernde Störung mit einer wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit handelt. Die Klägerin nimmt regelmäßig schmertherapeutische Angebote wahr, dennoch ist sie in ihrer Lebens- und Freizeitgestaltung eingeschränkt. Sie leidet sie unter ausgeprägten Schmerzen und Schlafstörungen. Der vom Arzt J. am 18. März 2013 erhobene Befund hat eine verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, ein formal eingeengtes Denken, ein problem- und beschwerdefixiertes Grübeln, eine reaktiv depressive Stimmung, eine verminderte Antriebslage, eine affektiv reduzierte Schwingungsfähigkeit sowie Ängste bezüglich der eigenen Gesundheit und Zukunft gezeigt. Ihm hat die Klägerin mitgeteilt, dass die Stimmung, der Antrieb sowie die psychische und körperliche Belastbarkeit sowie die Lebensfreude deutlich schmerzbedingt reduziert seien.

Gegen eine Ausschöpfung des Bewertungsrahmens mit 40 bzw. eine noch höhere Bewertung spricht zunächst, dass Prof. Dr. W. keine psychische Störung stärkeren Ausmaßes festgestellt hat. Auch der Reha-Bericht und der Befund des Arztes J. vom Mai 2010 lassen keinen solchen Rückschluss zu. Prof. Dr. W. hat am 16. Januar 2009 lediglich eine Anpassungsstörung mit leichtem depressiven Syndrom diagnostiziert. Danach habe die Klägerin zwar Interessenverluste, doch sei der Kontakt zum Freundeskreis bestehen geblieben. Die Ergebnisse seines durchgeführten Konzentrationstestes waren auch im Normbereich, sodass er von einer altersgemäßen kognitiven Leistungsfähigkeit ausgegangen ist. Auch seine Prognose, wonach nach einer medikamentösen Behandlung die depressive Störung innerhalb von ca. drei Monaten überwunden werden könne und Einschränkungen in der beruflichen Einsatzfähigkeit vom psychiatrischen Fachgebiet nicht zu erwarten seien, spricht gegen eine Erkrankung stärkeren Ausmaßes. Auch während der Reha-Maßnahme in B. S. im Mai 2011, also im Behandlungszeitraum von Dipl.-Med. G. und des Arztes J., haben keine Hinweise auf eine seelische Erkrankung bzw. somatoforme Schmerzstörung vorgelegen. Lediglich über Ein- und Durchschlafstörungen der Klägerin wurde berichtet. Im Übrigen wurden familiäre und seelische Belastungen verneint. Die Klägerin sei freundlich und kooperativ gewesen und habe ein situationsgerechtes Kontakt- und psychomotorisches Verhalten gezeigt. Überdies war auch der durch den Arzt J. im Mai 2010 erhobene Befund nahezu unauffällig. Danach waren die Aufmerksamkeit, Konzentration und das formale Denken intakt, das inhaltliche Denken geordnet, die Antriebslage neutral und die Schwingungsfähigkeit gut affektiert. Es waren keine Ängste, keine Panikattacken und keine sozial-phobischen Tendenzen festzustellen. Lediglich ein gelegentliches problem- und beschwerdefixiertes Grübeln sowie eine leichte depressive Stimmung hat der Arzt dokumentiert. Auch die von ihm zu damaligen Zeitpunkt mitgeteilten und auch später wiederholten Diagnosen einer posttraumatischen

Belastungsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode waren nach alledem nicht mit Funktionsstörungen verbunden, die eine höhere Bewertung des GdB zulassen.

Außerdem spricht gegen eine Ausschöpfung des Bewertungsrahmens mit 40, dass bei Erstattung des Befundberichtes des Arztes J. am 15. Februar 2014 die letztmalige Behandlung der Klägerin schon fast ein Jahr zurück lag (18. März 2013). Auch davor (Zeitraum 2009 bis 2013) ist lediglich eine niederfrequent-stabilisierende Psychotherapie mit Sitzungsterminen in längeren Abständen erfolgt. Eine medikamentöse antidepressive Mitbehandlung hat auch nur zeitweise stattgefunden. Somit ist nicht ansatzweise eine Ausschöpfung medikamentöser, antidepressiver bzw. schmerzdistanzierender Therapieoptionen, komplexer multimodaler Schmerztherapien, stationärer schmerztherapeutischer oder psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten erfolgt. Die Wahrnehmung weiterer Therapieoptionen wäre bei einem höheren Leidensdruck, der in einem GdB von 40 zum Ausdruck kommt, durchaus zu erwarten. Darauf hat die Prüfärztin des Beklagten Dr. W. zutreffend hingewiesen. Sofern sich die Klägerin nunmehr (seit ca. einem Monat) erneut in die Behandlung des Arztes J. begeben und eine medikamentöse Therapie begonnen hat, bleibt der Behandlungsverlauf abzuwarten und kann nicht in diesem Verfahren Berücksichtigung finden.

b)

Eine weitere Funktionsstörung betrifft die Einschränkungen im Bereich der Sprunggelenke. Dafür ist im Funktionssystem Beine insgesamt ein GdB von 20 anzunehmen.

Für die Funktionseinschränkung des linken oberen und unteren Sprunggelenkes sowie die Belastungsinsuffizienz kann unter Heranziehung der VMG maximal ein GdB von 20 festgestellt werden. Nach den VMG (Teil B, Nr. 18.14) kann bei einer Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk mittleren Grades (Heben/Senken 0/0/30 Grad) ein GdB von 10 angenommen werden. Erst stärkere Bewegungseinschränkungen rechtfertigen einen GdB von 20. Bei einer Einschränkung im unteren Sprunggelenk ist ein Bewertungsrahmen von 0 bis 10 eröffnet. Sofern eine Versteifung im oberen und unteren Sprunggelenk vorliegt, erfolgt die Bewertung mit einem GdB von 30. Unter Berücksichtigung dieses Maßstabes kann keinesfalls ein GdB von 30 angenommen werden, da weder eine Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenkes vorliegt noch die bestehenden Auswirkungen dem vergleichbar sind. Unter Berücksichtigung allein der Bewegungsmaße für das obere Sprunggelenk ist zwar maximal ein GdB von 10 anzunehmen (Reha-Bericht B. S.: 10/0/20 Grad; Dr. B.: Plantarflexion endgradig blockiert; Dr. L.: eine freie passive Beweglichkeit). Allerdings kann insgesamt ein GdB von 20 festgestellt werden, weil darüber hinaus die Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk aufgehoben ist. Mehrfach wurde mitgeteilt, dass aufgrund der Orthese im unteren Sprunggelenk der Abrollvorgang gestört sei und die Klägerin orthopädische Einlagen bzw. Schuhe trägt (Befundberichte Dipl.-Med. G., Reha-Bericht B. S., Arztbriefe Dr. L.). Da darüber hinaus auch deutliche Belastungsschmerzen und eine Belastungsinsuffizienz mit einer Einschränkung der Gehfähigkeit, ein Druckschmerz im Bereich des Innenknöchels sowie ein vermehrtes Umknicken dokumentiert sind, erscheint trotz der nur geringen Bewegungseinschränkung bei einer Gesamtwürdigung ein GdB von 20 angemessen. Unter Berücksichtigung der schmerztherapeutischen Behandlung bei Dipl.-Med. G. könnte zwar grundsätzlich eine Erhöhung des GdB in Betracht kommen. Doch wurde diese schmerztherapeutische Behandlung bereits für die Begründung des Einzel-GdB von 30 im Rahmen der seelischen Störung herangezogen, sodass keine doppelte Bewertung der Schmerzen erfolgen kann.

Ob und im welchem Umfang Funktionseinschränkungen im rechten Fuß bzw. rechten Sprunggelenk einen GdB rechtfertigen, kann derzeit nicht festgestellt werden. In der Vergangenheit ist in den erhobenen Befunden eine dauerhafte GdB-relevante Bewegungseinschränkung nicht mitgeteilt worden. Bei Begutachtung durch Dr. B. im Dezember 2008 war das rechte Sprunggelenk ausreichend beweglich. Prof. Dr. Z. hat am 28. September 2009 zwar eine leichte (Dorsalextension/Plantarflexion rechts 10/0/30 Grad), aber noch nicht GdB-relevante Einschränkung der Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes festgestellt. Auch im Reha-Bericht vom Mai 2011 wurden keinen relevanten Bewegungseinschränkungen dokumentiert (Dorsalextension/Palmarflexion rechts 20/0/30 Grad). Lediglich Dr. G. hat im Befundbericht vom Januar 2012 über einen Dehnungsschmerz des Seitenbandes ohne Instabilität berichtet. Allein daraus kann aus dieser geringen Einschränkung kein GdB abgeleitet werden. Auch die von Dipl.-Med. G. beschriebenen zeitweisen Beschwerden im rechten Sprunggelenk rechtfertigen nicht die Annahme eines GdB. Zwar wurde im Juli 2014 eine Operation des rechten Fußes durchgeführt. Doch ob dauerhafte Funktionseinschränkungen verbleiben, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden, sodass derzeit von einem Behandlungsleiden auszugehen ist.

c)

Schließlich leidet die Klägerin an einer chronisch venösen Insuffizienz und einem Lymphödem. Dadurch ist das Funktionssystem Herz- und Kreislauf betroffen. Dafür ist ein GdB von 20 festzustellen.

Nach den VMG, Teil B, Nr. 9.2.3, ergibt sich folgender Bewertungsrahmen: Es ist ein GdB von 0 bis 10 festzustellen, wenn das Lymphödem an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung besteht und eine Kompressionsbandage erforderlich ist. Der Bewertungsrahmen von 20 bis 40 ist eröffnet, wenn Funktionsbeeinträchtigungen bestehen und Umfangsvermehrungen von 3 cm vorliegen. Für eine chronisch venöse Insuffizienz ist bei einem geringen belastungsabhängigen Ödem, nicht ulzerösen Hautveränderungen und bei fehlenden Stauungsbeschwerden der Bewertungsrahmen von 0 bis 10 anzunehmen. Sofern eine erhebliche Ödembildung vorliegt und mehrmals im Jahr rezidivierenden Entzündungen auftreten, ist ein GdB 20 bis 40 eröffnet (VMG, Teil B, Nr. 9.2.3).

Nach dem Bericht der Internistin D. liegt eine chronisch venöse Insuffizienz im Rahmen eines postthrombotischen Syndroms links vor. Darüber hinaus besteht ein posttraumatisches sekundäres Lymphödem. Dieser Erkrankungen führen zu einer chronischen Schwellungsneigung mit Schweregefühl der Beine, Schmerzen und einer Einschränkung der Beweglichkeit in den Sprunggelenken. Unter regelmäßiger Lymphdrainage und Kompressionstherapie (Kompressionsstrümpfe) ist nach Angaben der Ärztin die Schwellungsneigung allerdings konstant. Eine Angabe der Schwellung in cm war der Ärztin nicht möglich. Nach diesen Ausführungen kann für das Lymphödem bereits ein GdB von 20 angenommen werden, weil die Erkrankung zu einer Funktionsbeeinträchtigung im Bereich der Sprunggelenke führt. Für einen GdB von 20 spricht außerdem die notwendige Antikoagulationsbehandlung aufgrund der chronisch venösen Insuffizienz und des Lymphödems. Denn nach den VMG (Teil B, Nr. 16.10) ist eine Antikoagulationsbehandlung bei der Grundkrankheit zu berücksichtigen, sofern diese weiterhin besteht. Eine höhere Bewertung als mit einem GdB von 20 kann aber nicht erfolgen, weil die chronischen Schmerzen, die auch aufgrund der chronisch venösen Insuffizienz im Rahmen des postthrombotischen Syndroms bestehen, schon bei der Bewertung der

seelischen Störung Berücksichtigung gefunden haben. Einer höheren Bewertung steht auch entgegen, dass die chronisch venöse Insuffizienz nach Angaben der Ärztin D. nicht mit einer erheblichen Ödembildung und auch nicht mit Ulcerationen verbunden ist. Dafür spricht auch, dass in dem Gutachten des Dr. B. vom 9. Dezember 2008 nur leichte Fußrücken- und Sprunggelenksödeme (die leicht wegdrückbar gewesen seien), aber keine Ekzeme festgestellt wurden. Auch Prof. Dr. W. hat in seinem Gutachten vom 16. Januar 2009 nur eine leichte Zyanose und Ödeme des linken Fußes festgestellt. Schließlich sind im Reha-Bericht vom Mai 2011 das postthrombotische Syndrom und das Lymphödem bzw. damit verbundene Funktionsbeeinträchtigungen nicht einmal erwähnt worden.

Da der Bluthochdruck der Klägerin medikamentös eingestellt ist und über keine weiteren Folgeerkrankungen berichtet wurde, ist kein weiterer GdB für das Funktionssystem Herz und Kreislauf festzustellen.

d)

Weitere Funktionseinschränkungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten sind, liegen nicht vor. Im Bereich der Wirbelsäule treten zwar zeitweise Blockierungen und Muskeldysbalancen auf. Doch ist insoweit jeweils von einem Behandlungsleiden ohne dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung auszugehen. Insoweit folgt der Senat den versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten. Die übermittelten Bewegungsmaße der Wirbelsäule (Reha-Entlassungsberichte B. und B. S. sowie Gutachten Dr. B.) waren altersgerecht und haben auch keine anderweitigen GdB-relevanten Einschränkungen im Bereich der Sensibilität oder Motorik gezeigt. Nach dem Arztbrief von Dr. H. über die Knochenszintigrafie vom 25. November 2009 ist auch nur von einer leichten Fehlhaltung der Wirbelsäule mit wenig degenerativen Veränderungen auszugehen. Auch die geringen Funktionsstörungen an den Hüft-, Knie- und Schultergelenken rechtfertigen keinen GdB. Sofern Dr. G. im Befundbericht vom Januar 2012 einmalig die Beweglichkeit im Bereich des linken Kniegelenks mit "0/09/130 Grad" angegeben hat, kann daraus ebenso wenig wie aus der Angabe von "schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der linken Hüfte und des rechten Kniegelenks" ein GdB abgeleitet werden. Denn weitere, diese Einschätzung unterstützende Befunde, liegen nicht vor. Nach dem Gutachten des Dr. B. war die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks und beider Kniegelenke nur endständig schmerzhaft gehemmt. Auch während der Reha-Maßnahme in B. S. im Mai 2011 waren die oberen und unteren Extremitäten altersentsprechend frei beweglich gewesen (Hüftgelenke: Extension/Flexion beidseits 0/0/120 Grad, Kniegelenke: stabiler Bandapparat, Extension/Flexion 0/0/130 Grad, keine Kapselschwellung, kein Druckschmerz). Zudem hat Dipl.-Med. G. im Februar 2014 über nur zeitweise bestehende Schmerzen im Bereich der linken Hüfte berichtet, sodass dafür kein GdB festgestellt werden kann. Im Übrigen findet derzeit auch keine orthopädische Behandlung statt.

e)

Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der VMG 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 "Gehirn einschließlich Psyche" auszugehen. Dieser ist aufgrund der jeweils mit einem Behinderungsgrad von 20 bewerteten Behinderungen in den Funktionssystemen "Beine" und "Herz- und Kreislauf" auf 40 zu erhöhen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen den verschiedenen Funktionsstörungen, nämlich den objektiven Einschränkungen und damit verbundenen subjektiven Schmerzen und seelischen Beeinträchtigungen, Wechselwirkungen bestehen. Diese Wechselwirkung erhöht das Gesamtausmaß der Behinderung. Eine weitere Erhöhung des GdB kommt nicht in Betracht, da die Auswirkungen in Funktionssystemen Beine und Herz- und Kreislauf jeweils gleichermaßen aufgrund der damit verbundenen Schmerzen die Bewegungsfähigkeit sowie die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin einschränken. Eine Doppelbewertung der Auswirkungen ist nicht sachgerecht. Im Übrigen widerspräche die Feststellung der von der Klägerin begehrten Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Teil A 3 der VMG zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden kann, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Derartig schwere Funktionsstörungen liegen bei der Klägerin nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2015-01-27