L 7 SB 112/13

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 9 SB 101/12
Datum
18.11.2013
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 112/13
Datum
24.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Der Beklagte stellte bei der am ... 1951 geborenen Klägerin mit Bescheid vom 12. April 1994 einen GdB von 20 nach der Entfernung der Gebärmutter fest. Mit Bescheid vom 1. Oktober 1998 stellte er einen GdB von 30 aufgrund einer Unterleibserkrankung mit Verwachsungen (Einzel-GdB 20) und einer Depression (Einzel-GdB 20) fest. Weitere Neufeststellungsanträge der Klägerin wegen Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), Funktionseinschränkungen der Hand- und Fingergelenke in Folge rheumatischer Veränderungen, Osteoporose und einer Erkrankung am Fibromyalgiesyndrom lehnte der Beklagte ab. Einen weiteren Neufeststellungsantrag stellte die Klägerin am 22. Januar 2007. Nach medizinischer Sachaufklärung, insbesondere nach Auswertung der Epikrise der psychiatrischen Tagesklinik A.-St., schlug der ärztliche Dienst des Beklagten vor, die seelische Gesundheitsbeeinträchtigung nunmehr mit einem GdB von 30 und den Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Dem folgend stellte der Beklagte bei der Klägerin mit Bescheid vom 7. Juni 2007 einen GdB von 40 fest.

Mit Antrag vom 12. Januar 2011 machte die Klägerin die Verschlimmerung ihrer Leiden geltend. Der Beklagte holte zunächst einen Befundschein der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirotherapie Dr. W. vom MediClin MVZ L. vom 30. März 2011 mit folgende Diagnosen ein: Lendenwirbelsäulensyndrom, Periarthritis humeroscapularis (Schultergelenksentzündung) rechts, Epicondylitis humeri radialis links, Hüftarthrose beidseits, Rhizarthrose beidseits, Arthrose der Fingergelenke beidseits, Arthrose im Großzehengrundgelenk links, Senk-Spreizfuß beidseits mit statischen Beschwerden, Fersensporn beidseits. Folgende Bewegungsmaße gab die Ärztin an: Finger-Boden-Abstand (FBA) 20 cm; Zeichen nach Ott: 30/32 cm; Beweglichkeit der HWS: Seitneigung: 30/0/20 Grad nach der Neutral-Null-Methode, Rotation: 70/0/70 Grad; Lendenwirbelsäule (LWS): Schober: 10/13,5 cm, Seitneigung: 30/0/30 Grad, Rotation: 45/0/45 Grad; rechtes Hüftgelenk: Extension/Flexion 0/10/120 Grad, linkes Hüftgelenk: Extension/Flexion 0/10/110 Grad; Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke altersentsprechend unauffällig beweglich. In Anlage übersandte die Ärztin den Reha-Entlassungsbericht B. E. vom 14. Februar 2011 (stationärer Aufenthalt vom 11. November bis 8. Dezember 2010) mit folgenden Diagnosen: Hüftarthrose beidseits, Wirbelsäulensyndrom, chronische Sinusitis, Verwachsungsbauch, Polyarthrose. Die Klägerin habe über beidseitige Knie- und Hüftschmerzen sowie Rückenschmerzen, Blasenbrennen, Inkontinenz, Unterleibsverwachsungsbeschwerden, rechtsseitige Oberbauchbeschwerden, rezidivierende Sinusitiden und Kopfschmerzen berichtet. Ihre Stimmungslage sei bei der Untersuchung unauffällig gewesen. Internistisch seien eine Druckschmerzhaftigkeit über dem rechten Oberbauch und eine Narbe nach der Gallenblasenentfernung aufgefallen. Folgender orthopädischer Befund wurde erhoben: HWS: Rotation beidseits endgradig schmerzhaft; Brustwirbelsäule (BWS): Rotation beidseits endgradig schmerzhaft; LWS: FBA 0 cm; linkes Schultergelenk unauffällig; rechtes Schultergelenk nach BWS-Mobilisation frei; Hand- und Ellenbogengelenke beidseits unauffällig und frei beweglich; Hüftgelenke: Extension/Flexion: links/rechts 0/0/100 bzw. 0/0/110 Grad; Knie- und Sprunggelenke beidseits unauffällig. Auch der neurologische Status sei unauffällig gewesen.

In Auswertung der Befunde schlug der ärztliche Gutachter des Beklagten P. am 2. August 2011 weiterhin einen Gesamt-GdB von 40 vor. Objektivierbare Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule und der Gelenke lägen bei einer normalen Beweglichkeit und

fehlenden neurologischen Defiziten nicht vor. Die subjektiven Beschwerden seien bereits bei der seelischen Gesundheitsbeeinträchtigung und dem Fibromyalgiesyndrom berücksichtigt worden, wobei in den aktuellen Befunden ein Fibromyalgiesyndrom nicht mehr bestätigt worden sei. Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 10. August 2011 den Neufeststellungsantrag der Klägerin ab. Dagegen legte die Klägerin am 16. August 2011 Widerspruch ein, weil die komplexen Schmerzzustände sowie die eingeschränkte Beweglichkeit nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Mit Widerspruchsbescheid vom 8. März 2012 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 22. März 2012 Klage beim Sozialgericht (SG) Magdeburg erhoben und vorgetragen: Die orthopädischen Einschränkungen im Bereich der Hüfte, der Wirbelsäule, der Hände und Füße, der rechten Schulter und im linken Ellenbogen führten zu Durchschlafstörungen. Sie leide unter dauerhaften Unterleibsschmerzen und Inkontinenz. Auch Schmerzmedikamente könnten keine ausreichende Abhilfe schaffen. Schweißausbrüche, Übelkeit, Angstattacken, Unruhe und Schwindel schränkten ihr Wohlbefinden weiter massiv ein.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Der Facharzt für Urologie Dr. J. hat am 7. Juni 2013 eine relative Harninkontinenz mit Harnabgang bei Belastung diagnostiziert. Die Fachärztin für Frauenheilkunde Dipl.-Med. M. hat am 1. Juli 2013 über eine gemischte Stress-Dranginkontinenz, Narbenschmerzen nach der gynäkologischen Operation und wiederkehrende Bauchschmerzen berichtet. Insgesamt sei der Gesundheitszustand seit 1999 unverändert. Die Fachärztin für Innere Medizin Dr. J. hat am 16. Juli 2013 folgende Diagnosen gestellt: arterielle Hypertonie, chronisches HWS-Syndrom, chronisches Lumbalsyndrom, Refluxerkrankung, Zustand nach Schilddrüsenentfernung, Hypercholesterinämie, chronische Belastungsreaktion bei posttraumatischem Ereignis und moderate reaktive Depression, rezidivierende Cephalgie, Belastungsinkontinenz. Die Beschwerden seien seit 2004 im Wesentlichen gleichbleibend. Einschränkungen ergäben sich aus den Blasen- und Darmfunktionsstörungen (rezidivierende rechtsseitige Oberbauchbeschwerden, Obstipation) und multiplen schmerzhaften Reaktionen des Bewegungsapparates. Die Bauchfellverwachsungen und die darüber hinaus vorliegende Reizdarmsymptomatik führten zu unterschiedlich auftretender Obstipation und schmerzhaftem Stuhl- und Harndrang. Koliken hätten im Dezember 2009 und April 2011 vorgelegen. Die 1,63 m große Klägerin wiege 70 kg.

Die Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin Dipl.-Med. D. vom MediClin MVZ L. hat mit Befundbericht vom 26. Juli 2013 folgende Diagnosen gestellt: Fibromyalgiesyndrom, muskuläre Dysbalancen, Hüftarthrose beidseits, Senk-Spreizfuß beidseits mit statischen Beschwerden, chronisches Rückenschmerzensyndrom mit rezidivierenden Iliosakralgelenkblockierungen. Differentialdiagnostisch sei von einer anhaltenden Somatisierungsstörung und Depressivität auszugehen. Die Ärztin hat folgende Befunde am 5. März 2012 erhoben: HWS: Rotation rechts/links: 60/50 Grad und Seitneigung rechts/links: 20/10 cm; Ott 30/33 cm; Schober 10/14 cm; FBA 0 cm; Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke sowie Hüft-, Knie- und Sprunggelenke in Form und Funktion regelrecht; Gangbild flüssig. Am 2. Juli 2013 hat sie folgenden Befund erhoben: HWS: Rotation rechts/links: 50/40 Grad und Seitneigung rechts/links: 30/20 Grad; Ott 30/33 cm; Schober 10/14 cm; FBA: 0 cm; Schürzen- und Nackengriff sowie Zehen- und Fersenstand seitengleich ausführbar; Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke sowie Knie- und Sprunggelenke in Form und Funktion regelrecht; Hüftgelenke in der Beweglichkeit eingeschränkt (Extension/Flexion: 0/0/120 Grad beidseits); Gangbild flüssig; Senk-Spreizfuß mit Hallux valgus. Aus den erhobenen Befunden und Diagnosen folgten eine eingeschränkte Beweglichkeit der Hüftgelenke und eine verminderte Alltagsbelastung. Stress, Termindruck und familiäre Belastungssituationen verstärkten die Symptome.

Mit Befundbericht vom 2. September 2013 hat der Facharzt für HNO-Heilkunde und Allergologie Dipl.-Med. J. eine chronische Sinusitis mit Behinderung der Nasenatmung und eine chronisch allergische Rhinokonjuktivitis diagnostiziert. Hinsichtlich der Allergie und der chronischen Sinusitis erfolge eine symptomatische Therapie mit Medikamenten.

Schließlich hat der Befundbericht der Fachärztin für Orthopädie Dr. R. (MediClin MVZ L.) vom 29. August 2013 vorgelegen. Diese hat die Diagnosen ihrer Kolleginnen Dr. W. und Dipl.-Med. D. bestätigt und am 2. Februar 2011 folgende Befunde erhoben: Hüfte rechts: Extension/Flexion: 0/10/120 Grad; Hüfte links: Extension/Flexion: 0/10/110 Grad. Am 5. März 2012 hat sie folgende Befunde erhoben: HWS: Rotation rechts/links: 60/50 Grad, Seitneigung rechts/links: 20/10 cm; Ott 30/33 cm; Schober 10/14 cm; FBA: 0 cm; Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke sowie Hüft-, Knie- und Sprunggelenke in Form und Funktion regelrecht. Am 12. März 2013 hat sie folgende Befunde erhoben: Hüfte rechts/links Extension/Flexion 10/0/110 bzw. 0/10/100 Grad; FBA: 15 cm; Schober: 10/13,5 cm; LWS: Seitneigung 30/0/30 Grad, Rotation 45/0/45 Grad. Schließlich hat die Ärztin die Befunde vom 12. Juli 2013 mitgeteilt: HWS: Seitneigung 30/0/20 Grad, Rotation 70/0/70 Grad; Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke altersentsprechend unauffällig beweglich, rechtes Schultergelenk mit endgradigem Schmerz bei Innen- und Außenrotation. Auch diese Ärztin hat eine Symptomverstärkung bei Stress, Termindruck und familiären Belastungssituationen angegeben. Insgesamt sei von einem Wirbelsäulenschaden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen im Bereich der HWS und LWS auszugehen. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom hat die Ärztin nicht festgestellt.

In Auswertung der Befundberichte hat der ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. W. einen Gesamt-GdB von 40 vorgeschlagen. Neben einer depressiven Symptomatik fänden sich psychosomatische Störungen und eine Störung der Schmerzverarbeitung, von denen eine Fibromyalgie nicht abgrenzbar sei. Es werde daher eine gemeinsame Bezeichnung als "psychische Störung, Schmerzverarbeitungsstörung" mit einem GdB von 30 empfohlen, da sich ansonsten eine unzulässige Doppelbewertung ergebe. Für die Harninkontinenz und die Verwachsungsbeschwerden nach dem Verlust der Gebärmutter und der Eierstöcke sei ein GdB von 20 festzustellen. Eine entzündliche Gelenkerkrankung habe ausgeschlossen werden können. Bei degenerativen Veränderungen fänden sich lediglich geringe Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule sowie der Hüftgelenke, die einen GdB von 10 rechtfertigten. Die angegebenen Schmerzen seien im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung bereits mit berücksichtigt.

Mit Urteil vom 18. November 2013 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Für die psychosomatische Störung sei ein Einzel-GdB von 30 bis 40 angemessen, da sich eine schwere Störung aus den Befundberichten nicht entnehmen lasse. So werde die depressive Störung im hausärztlichen Befundbericht als moderat bezeichnet. Für die Unterleibs-/Verwachsungsbeschwerden könne ein Einzel-GdB von 20 angenommen werden. Orthopädische Leiden, die zu einem Einzel-GdB von 20 oder mehr führen könnten, lägen nicht vor. Die behandelnden Ärzte hätten in ihren Befundberichten lediglich geringgradige Bewegungseinschränkungen mitgeteilt. Es bestünden zwar Schmerzen wechselnder Intensität und Lokalisation nach dem Befundbericht der Orthopädin vom August 2013. Diese seien jedoch nicht körperlich, sondern seelisch bedingt und daher im Rahmen der psychischen Störung bereits berücksichtigt. Aus den Einzelbehinderungsgraden von 30 bis 40 für die psychische/psychosomatische Störung, 20 für die Unterleibs- und

Verwachsungsbeschwerden und allenfalls mehreren 10er-GdB für orthopädische Leiden könne kein höherer Gesamt-GdB als 40 gebildet werden.

Gegen das ihr am 6. Dezember 2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 17. Dezember 2013 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Die psychischen Störungen seien mit einem GdB von 40 und die orthopädischen Störungen mit einem GdB von 30 zu bewerten. Insbesondere seien die Schmerzen zu berücksichtigen. Da die Unterleibs-/Verwachsungsbeschwerden mit einem GdB von 20 zu bewerten seien, sei ein Gesamt-GdB von 50 festzustellen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 18. November 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 10. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. März 2012 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab Januar 2011 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf seine Bescheide und die erstinstanzliche Entscheidung.

Der Senat hat weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dipl.-Med. S. hat am 10. Dezember 2014 mitgeteilt, sie habe die Klägerin einmalig am 18. Oktober 2010 und dann erst wieder seit dem 30. Juli 2013 regelmäßig behandelt. Aufgrund der letztmaligen Untersuchung am 30. Oktober 2014 hat die Ärztin eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode), eine Anpassungsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die psychischen Beschwerden hingen mit familiären Konflikten (insbesondere mit der vor einigen Wochen verstorbenen Mutter) zusammen. Es fänden sich leichte psychovegetative Reaktionen wie Schwitzen und Unruhe sowie leichte Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Rahmen der psychischen Erkrankung (schnelle Erschöpfung, Überforderung). Die Klägerin benötige Pausen und bei familiären Belastungen (wie Besuch) teilweise Rückzugsmöglichkeiten. Unter Dauermedikation von Psychopharmaka seien die beschriebenen Symptome leicht bis mittelgradig ausgeprägt und eine leichte Besserungstendenz zu erkennen. Dennoch stellten sich insbesondere die Stimmung und der Antrieb wechselnd und stark vom Erleben der körperlichen Beschwerden dar. Zur Frage eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms könne sie keine Stellung nehmen.

Mit Befundbericht vom 18. Dezember 2014 hat Dr. R. die bekannten Diagnosen bestätigt und folgenden Befund vom 5. Februar 2014 übermittelt: Hüftgelenksbeweglichkeit rechts/links: Extension/Flexion 0/0/110 bzw. 0/0/90 Grad. Am 22. September 2014 hat die Ärztin die Hüftbewegungsmaße vom 5. Februar 2014 bestätigt und folgende Befunde der LWS erhoben: Sensibilität und Motorik intakt; FBA 30 cm; Schober 10/13 cm, Seitneigung und Rotation jeweils 30/0/30 Grad. Am 15. Dezember 2014 hat sie folgende Befunde festgestellt: Kniegelenke kein Erguss, mäßiges retropatellares Reiben, Seitenbänder fest, Meniskus- und Chondropathiezeichen positiv, Extension/Flexion beidseits 0/0/140 Grad. Im Bereich der Kniegelenke sei beidseits von einer Chondropatia patella 2. Grades auszugehen. Anhaltende Reizerscheinungen aufgrund des Knorpelschadens bestünden aktuell nicht. Die Bewegungseinschränkung des Handgelenks sei geringen Grades (beidseits Extension/Flexion 30/0/40 Grad, Ulnar-/Radialduktion: 40/0/40 Grad). Die Kraft sei nicht eingeschränkt.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf eine Stellungnahme seiner Prüfärztin Dr. W. vom 21. Januar 2015 verwiesen. Da die Befunde der Nervenärztin allenfalls leichte psychische Auffälligkeiten zeigten, könne nur von einer leichten Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgegangen werden. Der GdB von 30 sei nur unter zusätzlicher Berücksichtigung der wechselnden Schmerzen zu berücksichtigen, obwohl auch diese keine wesentlichen Einschränkungen zur Folge hätten. Maßgebliche Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und der Gelenke seien weiterhin nicht objektivierbar (keine Reizerscheinung, keine Instabilitäten, keine sensomotorischen Defizite, keine Nervendehnungsschmerzen, keine maßgeblichen Bewegungseinschränkungen).

Schließlich hat das LSG den Bericht der Rehabilitationsklinik E. vom 29. Mai 2015 (stationärer Aufenthalt der Klägerin vom 28. April bis 19. Mai 2015) eingeholt. Dort waren folgende Diagnosen gestellt worden: Chronisches Cervicobrachial-Syndrom, Rumpfmuskeldysbalance, Coxarthrose beidseits, Depression, chronische Refluxkrankheit, Zustand nach mehrmaligen gynäkologischen Operationen, Adhäsionskrankheit. Die Klägerin habe über chronisch rezidivierende Schmerzen im Schulter-/Nackenbereich mit Ausstrahlung in den Hinterkopf und über Funktionseinschränkungen beider Hüftgelenke mit Schmerzangabe bei längerem Laufen und Treppensteigen berichtet. Außerdem habe sie über eine schnelle Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit, eine depressive Stimmungslage und Schlafstörungen geklagt. Eine medikamentöse Behandlung der Depressionen erfolge derzeit nicht. Folgende Bewegungsmaße waren erhoben worden: HWS: Seitneigung 40/0/40 Grad, Rotation 70/0/70 Grad; BWS/LWS: FBA: 0 cm, Seitneige und Rotation jeweils 30/0/30 Grad. Es hätten keine Sensibilitätsstörungen und keine motorischen Defizite vorgelegen. Es habe eine funktionell eingeschränkte Beweglichkeit beider Schultergelenke bei massivem Hartspann im Schulter-/Nackenbereich bestanden. Sonst seien die oberen Extremitäten unauffällig gewesen. Als Bewegungsmaße der unteren Extremitäten war angegeben worden: Hüftgelenke beidseits Extension/Flexion 0/0/90 Grad; Kniegelenke: Extension/Flexion beidseits 0/0/140 Grad; Sprunggelenke altersentsprechend frei beweglich; Knick-Senk-Spreizfüße beidseits, leichter Hallux valgus beidseits. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Es sei von einer psychischen Labilität und emotionaler Erschöpfung auszugehen. Außerdem hätten eine Harninkontinenz ersten Grades mit Restharnbildung, eine rezidivierende Zystitis, chronische Unterbauchbeschwerden (zurzeit links betont) und ein chronisches Brennen in der Vagina festgestellt werden können.

Am 3. Juni 2015 hat eine nichtöffentliche Sitzung des Senats stattgefunden. In dieser hat die Klägerin erklärt: Sie könne nicht verstehen, dass nicht berücksichtigt werde, was sie für einen Aufwand betreibe, damit ihr Gesundheitszustand stabil bleibe. Sie mache schon früh im Bett Gymnastik, fahre jeden Tag 5 km Fahrrad und gehe mit dem Hund raus. Sie mache auch Yoga und gehe Schwimmen, nur um die Schmerzen erträglicher zu machen.

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.

Die Klage gegen den Bescheid vom 10. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. März 2012 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 Zeitraum von der Antragstellung im Januar 2011 bis zur mündlichen Verhandlung des Senates maßgeblich. Die Klage ist aber unbegründet, weil die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40 hat.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 7. Juni 2007 einen GdB von 40 festgestellt hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach § 48 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998, B 9 SB 18/97 R, zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheides noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.).

Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 7. Juni 2007 vorgelegen haben, ist keine Änderung eingetreten, die eine höhere Bewertung des GdB rechtfertigt.

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 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" (VMG, 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.

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 Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

a)

Für die 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 den Befundberichten der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dipl.-Med. S. vom 10. Dezember 2014 leidet die Klägerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, eine Anpassungsstörung sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Allerdings hat die Ärztin nur leichte psychovegetative Reaktionen wie Schwitzen und Unruhe sowie leichte Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Rahmen der psychischen Erkrankung (schnelle Erschöpfung, Überforderung) festgestellt. Die Klägerin benötige Pausen sowie bei familiären Belastungen (wie Besuch) teilweise Rückzugsmöglichkeiten. Die Ärztin hat über eine Besserung unter der Dauermedikation von Psychopharmaka berichtet und die psychischen Störungen in einen aktuellen Kontext (Tod der Mutter) gesetzt. Diese mitgeteilten Einschränkungen rechtfertigen nur die Annahme einer leichten psychischen Störung, für die ein GdB von maximal 20 eröffnet ist. Da im Reha-Bericht E. vom 29. Mai 2015 darüber hinaus mitgeteilt wurde, dass eine medikamentöse Behandlung der Depressionen derzeit nicht mehr erfolge, erscheint die Annahme eines GdB von 30 zum jetzigen Zeitpunkt auch unter Berücksichtigung der Schmerzen bzw. der Somatisierungsstörung als eher wohlwollend. Dafür spricht neben der fehlenden Behandlungsnotwendigkeit, dass auch im Reha-Bericht keine wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu erkennen sind. Zwar hat die Klägerin auch in E. über eine schnelle Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit, eine depressive Stimmungslage und Schlafstörungen berichtet. Teilhabebeeinträchtigende Alltagseinschränkungen sind damit aber nicht verbunden. Die Klägerin hat in der nichtöffentlichen Sitzung des Senats am 3. Juni 2015 über eine Vielzahl von Aktivitäten berichtet. Sie führt danach jeden Tag Gymnastik durch, fährt jeden Tag 5 km Fahrrad und geht mit dem Hund spazieren. Außerdem macht sie Yoga und geht Schwimmen. Damit hindern sie weder die geltend gemachten Schmerzen noch die Depressionen an einer aktiven Lebensweise. Ein sozialer Rückzug ist nicht erkennbar. Die von der Klägerin begehrte höhere Berücksichtigung dieser Aktivitäten kann bei der GdB-Bewertung nicht erfolgen, weil damit keine Teilhabebeeinträchtigung verbunden ist, sondern Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eher fördern als einschränken.

Auch die weiteren medizinischen Befunde rechtfertigen keinen höheren Einzel-GdB für die psychische Erkrankung. Während der Reha-Maßnahme in B. E. im 14. Februar 2011 gab es keine Hinweise auf psychische Einschränkungen. Die Stimmungslage der Klägerin war bei der Untersuchung unauffällig gewesen. Dr. J. (Befundbericht vom 16. Juli 2013) hat lediglich eine moderate depressive Reaktion diagnostiziert. Auch die behandelnden Ärztinnen vom MediClin MVZ L. (Dr. R., Dipl.-Med. D., Dr. W.) haben keine psychischen Störungen berichtet, die auf eine dauerhafte wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit schließen lassen. Allein die von ihnen mitgeteilten Diagnosen "Fibromyalgiesyndrom, Differentialdiagnose anhaltende Somatisierungsstörung und Depressivität" lassen keinen Rückschluss auf das Ausmaß der damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigung zu. Übereinstimmend haben die Ärztinnen lediglich allgemein eine verminderte Alltagsbelastung angegeben und auf eine Verstärkung der Symptome bei Stress, Termindruck und familiären Belastungssituationen hingewiesen. Die Klägerin war zunächst auch nur einmal am 18. Oktober 2010 und erst wieder ab dem 30. Juli 2013 regelmäßig in psychiatrischer Facharztbehandlung. Eine medikamentöse antidepressive Mitbehandlung hat auch nur zeitweise in den Jahren 2013 und 2014 stattgefunden. Dies spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck, der regelmäßig durch die Inanspruchnahme weitergehender Therapieoptionen gekennzeichnet ist. Von einer Ausschöpfung medikamentöser, antidepressiver bzw. schmerzdistanzierender Therapieoptionen, komplexer multimodaler Schmerztherapien sowie stationärer schmerztherapeutischer oder psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten kann insgesamt nicht die Rede sein.

b)

Darüber hinaus ist ein GdB von 20 für die Verwachsungsbeschwerden nach dem Verlust der Gebärmutter und der Eierstöcke festzustellen. Bei Bauchfellverwachsungen ist nach Teil B, Nr. 10.2.3 VMG bei erheblichen Passagestörungen von einem GdB von 20 bis 30 auszugehen. Dieser Bewertungsrahmen ist eröffnet, denn Dr. J. hat am 16. Juli 2013 erhebliche Passagestörungen durch Blasen- und Darmfunktionsstörungen (rezidivierende rechtsseitige Oberbauchbeschwerden, Obstipation, schmerzhafter Stuhl- und Harndrang) mitgeteilt. Koliken hätten im Dezember 2009 und April 2011 vorgelegen. Da diese Einschränkungen nicht dauerhaft, sondern nur rezidivierend vorliegen und auch keinen Einfluss auf den Ernährungszustand der Klägerin haben (70 kg bei 1,63 m), war der Bewertungsrahmen aber nicht auszuschöpfen.

Eine weitere Erhöhung aufgrund der Harninkontinenz 1. Grades kann nicht erfolgen, da die Störung der Blasenfunktion bereits in dem GdB von 20 aufgrund der Angaben von Dr. J. berücksichtigt worden sind. Im Übrigen ist nach Teil B, Nr. 12.2.4 VMG bei einer relativen Harninkontinenz mit leichtem Harnabgang bei Belastung (z.B. Stressinkontinenz Grad I) lediglich ein GdB von 0 bis 10 anzunehmen. Eine Harninkontinenz 1. Grades wurde zuletzt im Reha-Bericht E. vom 29. Mai 2015 festgestellt. Auch Dr. J. hat in seinem Befundbericht vom 7. Juni 2013 eine relative Harninkontinenz mit Harnabgang bei Belastung festgestellt, sodass keine höhere Bewertung erfolgen kann.

c)

Schließlich ist ein Einzelbehinderungsgrad von 10 für die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule im Funktionsbereich Rumpf festzustellen. Nach Teil B, Nr. 18.9 VMG rechtfertigen Funktionsstörungen geringeren Grades einen Einzel-GdB von 10. Erst bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, ist ein Einzel-GdB von 20 festzustellen.

Mittelgradige Funktionseinschränkungen sind bei der Klägerin nicht nachgewiesen. Die im Reha-Bericht E. vom 29. Mai 2015 erhobenen Befunde zeigen noch eine normale Beweglichkeit bzw. nur endgradige Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule (HWS: Seitneigung 40/0/40 Grad – normal: 45 Grad; Rotation 70/0/70 Grad – normal: 60 bis 80 Grad; B/LWS: FBA: 0 cm, Seitneige und Rotation mit jeweils 30/0/30 Grad im Normbereich). Auch konnten keine Sensibilitätsstörungen und keine motorischen Defizite festgestellt werden. Weil nach dem Reha-Bericht E. und der behandelnden Ärztinnen im MVZ L. ein chronisches Cervikobrachialsyndrom und Rumpfmuskeldysbalancen vorliegen, kann trotz der im Wesentlichen uneingeschränkten Beweglichkeit für das HWS- und BWS/LWS-Syndrom ein GdB von 10 im

Funktionssystem Rumpf angenommen werden.

Gegen eine höhere Bewertung spricht, dass auch die Befunderhebungen während der Reha-Maßnahme in B. E. im Februar 2011 keine GdB-relevanten Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule ergeben haben (HWS und BWS: Rotation beidseits endgradig schmerzhaft; LWS: FBA 0 cm). Allenfalls geringgradige Funktionseinschränkungen haben auch die Ärztinnen im MVZ L. mitgeteilt. Insbesondere zeigen die von Dr. R. erhobenen Bewegungsmaße (5. März 2012: HWS: Rotation rechts/links: 60/50 Grad, Seitneigung rechts/links: 20/10 cm; Ott 30/33 cm; Schober 10/14 cm; FBA: 0 cm; 12. März 2013: FBA: 15 cm; Schober: 10/13,5 cm; LWS: Seitneigung 30/0/30 Grad, Rotation 45/0/45 Grad; 12. Juli 2013: HWS: Seitneigung 30/0/20 Grad, Rotation 70/0/70 Grad) noch eine altersentsprechende Beweglichkeit der LWS und lediglich leichte Einschränkungen der HWS-Seitneigung bei uneingeschränkter Rotationsfähigkeit. Die Einschätzung der Ärztin im Befundbericht vom 29. August 2013, wonach im Bereich der LWS und HWS mittelgradige Einschränkungen vorliegen, ist nicht mit ihren und den übrigen erhobenen Befunden in Einklang zu bringen. Daher konnte der Senat ihrer Einschätzung nicht folgen.

d)

Einen weiterer Einzel-GdB von 10 kann nach dem Reha-Bericht vom 29. Mai 2015 aufgrund der geringen Einschränkungen im Hüftbereich (beidseits Extension/Flexion 0/0/90 Grad) angenommen werden. Erst Bewegungseinschränkungen von 0/10/90 Grad rechtfertigen nach Teil B, Nr. 18.14 VMG einen höheren GdB. Dauerhafte Einschränkungen dieses Ausmaßes wurden auch bei den zahlreichen Befunderhebungen im MVZ L. nicht festgestellt.

e)

Andere orthopädische Funktionseinschränkungen, die einen GdB von 10 rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Ein weiterer Einzel-GdB kann nicht wegen einer eingeschränkten Beweglichkeit der Schulter angenommen werden. Während der Reha-Maßnahme in E. im Mai 2015 wurde eine solche zwar festgestellt, doch ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht von einer dauerhaften Einschränkung auszugehen. Die zuvor erhobenen Befunde, insbesondere die letzten von Dr. R., haben keine GdB-relevanten Einschränkungen im Schulterbereich gezeigt. Darüber hinaus waren bei der Untersuchung in E. auch die weiteren oberen Extremitäten unauffällig und die Knie- und Sprunggelenke frei beweglich. Auch die Befunderhebungen in L. haben keine dauerhaften GdB-relevanten Einschränkungen der oberen und unteren Extremitäten gezeigt. Sofern entsprechende Einschränkungen punktuell durch die behandelnden Ärztinnen im MediClin MVZ L. festgestellt wurden, kann nach dem Bericht von E. jedenfalls nicht von dauerhaften Einschränkungen ausgegangen werden. Auch die Feststellung des Knorpelschadens 2. Grades (Befundbericht Dr. R. vom 18. Dezember 2014) führt bei einer uneingeschränkten Beweglichkeit und fehlender anhaltender Reizerscheinungen nicht zu einem GdB (VMG, Teil B Nr. 18.14).

Auch GdB-relevante Einschränkungen in anderen Funktionssystemen liegen nicht vor. Für die Schilddrüsenerkrankung kann kein Behinderungsgrad festgestellt werden, da nach Teil B, Nr. 15.6 VMG nur anhaltende Beeinträchtigungen trotz Behandlung Berücksichtigung finden können. Eine solche ist nicht nachgewiesen. Auch liegt nach dem Reha-Bericht E. keine dauerhafte Sinusitis vor, die einen GdB von 10 rechtfertigt.

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. Nach Teil A, Nr. 3 ee) führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen und verschiedene Lebensbereiche betreffen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2000 – B 9 V 8/00 R = SozR 3 – 3870 § 4 Nr. 28).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kann keinesfalls ein noch höherer GdB als 40 angenommen werden. Es ist von dem Behinderungsgrad von 30 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" auszugehen. Selbst wenn eine Erhöhung aufgrund der Einschränkungen wegen der Verwachsungsbeschwerden nach Verlust der Gebärmutter und Eierstöcke (Einzel-GdB 20) vorgenommen wird, kann hier nur ein Gesamt-GdB von 40 festgestellt werden. Eine weitere Erhöhung kommt nicht in Betracht, da die weiteren Funktionsstörungen nur mit einem GdB von 10 zu bewerten sind (Wirbelsäule, Hüfte) und diese nicht den Gesamt-GdB erhöhen. Für einen Ausnahmefall liegt kein Anhaltspunkt vor.

Im Übrigen widerspräche die von der Klägerin begehrte Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Teil A, Nr. 3 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, die einen sportlich aktiven Lebensstil mit zahlreichen Teilhabemöglichkeiten pflegt, nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2016-02-15