

L 8 SB 3553/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 1645/03

Datum
18.08.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 3553/04

Datum
23.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 18. August 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX).

Bei der 1953 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt Freiburg (VA) mit Bescheid vom 29.08.2001 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 30) und einer Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenkes (Teil-GdB 10) den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 15.06.2001 fest.

Am 21.10.2002 beantragte die Klägerin eine Neufeststellung ihres GdB. Sie machte eine Verschlimmerung der festgestellten Behinderungen sowie neu aufgetretene Behinderungen geltend. Das VA holte die Befundscheine des Orthopäden B. vom 11.11.2002 sowie der Psychiaterin R.-K. vom 28.11.2002 ein und zog ärztliche Gutachten, die in einem von der (damaligen) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geführten Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben worden waren (Gutachten Dr. K. vom 19.06.2002 und Dr. G. vom 07.05.2002) sowie weitere medizinische Befundunterlagen bei. Nach versorgungsärztlicher Auswertung (Dr. M.-K. vom 23.04.2003) lehnte das VA den Neufeststellungsantrag der Klägerin mit Bescheid vom 29.04.2003 ab. Zwar ging das VA davon aus, dass als weitere, bisher noch nicht berücksichtigte Funktionsstörung eine depressive Verstimmung (Teil-GdB 10) vorliegt, es aber dennoch beim bisherigen GdB verbleibe.

Hiergegen erhob die Klägerin, vertreten durch ihren Prozessbevollmächtigten, am 02.05.2003 Widerspruch. Sie wandte sich gegen die Einstufung des Wirbelsäulenbefundes sowie der depressiven Erkrankung, die mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten sei. Hinzu käme eine chronische Bronchitis, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten sei. Der Gesamt-GdB betrage deshalb 60. Entsprechend der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. Kaiser vom 23.06.2003 stellte das VA mit Teil-Abhilfebescheid vom 27.06.2003 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 30), einer Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenkes (Teil-GdB 10) sowie einer depressiven Verstimmung und psychovegetativem Erschöpfungssyndrom (Teil-GdB 30) den GdB nunmehr mit 50 seit dem 21.10.2002 fest. Im Übrigen wurde der Widerspruch der Klägerin, die an ihrem Begehren auf Feststellung des GdB von 60 festhielt, mit Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamtes Baden-Württemberg vom 14.07.2003, zur Post gegeben am 15.07.2003, zurückgewiesen.

Am 18.08.2003 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Sie hat zur Begründung ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und an ihrem Begehren auf Neufeststellung des GdB mit 60 festgehalten. Das SG hat die Ärztin R.-K. und den Orthopäden B. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Die Ärztin R.-K. hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 07.12.2003 mitgeteilt, sie habe bei der Klägerin die Diagnose eines Erschöpfungssyndroms mit depressiven Stimmungen gestellt. Den GdB könne sie nicht nennen. Die psychische Komponente sei allerdings deutlich und sollte nicht außer Acht gelassen werden. Dr. B. hat in seiner Stellungnahme vom 10.12.2003 den Behandlungsverlauf geschildert sowie die erhobenen Befunde und Diagnosen mitgeteilt. Er hat den GdB bezüglich der Wirbelsäule auf 20 und hinsichtlich des Schultergelenkes den GdB auf 10 eingeschätzt. Der Beklagte ist der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 29.03.2004 entgegengetreten. Mit Gerichtsbescheid vom 18.08.2004 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, bei der Klägerin sei keine weitergehende Änderung eingetreten, die einen höheren

GdB als 50 rechtfertigen könne. Es bleibe bei einem Teil-GdB von 30 für die Wirbelsäule. Selbst wenn auf nervenärztlichem Gebiet von einem Teil-GdB von 40 ausgegangen werde, müsse es wegen der Überschneidungen mit den Wirbelsäulenbeschwerden bei einem Gesamt-GdB von 50 verbleiben.

Gegen den am 20.08.2004 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 20.08.2004 Berufung eingelegt. Sie hat zur Begründung ausgeführt, es sei im Hinblick auf das neurologisch/psychiatrische Fachgebiet schwer nachvollziehbar, woher das SG aus den kurzen Ausführungen der Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie R.-K. vom 07.12.2003 die in den Entscheidungsgründen wiedergegebenen Einschätzungen ableiten wolle. Der neurologisch/psychiatrische Befund sei bei ihr ausgeprägt genug, um die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte dazu zu veranlassen, ihr Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung befristet bis 31.12.2004 zu gewähren. Sie hat sich auf das Gutachten der Dr. G. berufen und den Rentenbescheid der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 28.11.2003 (Seite 1) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 18. August 2004 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung der Bescheide vom 29. April 2003 und 27. Juni 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2003 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von 60 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid des SG für zutreffend.

Der Senat hat das nervenärztliche Gutachten der Dr. G. vom 18.09.2003 an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte beigezogen. In diesem Gutachten diagnostiziert Dr. G. einen psychovegetativen Erschöpfungszustand mit depressiver Symptomatik, Skoliose der Wirbelsäule, ein Zervikalsyndrom sowie Muskelverspannungen. Sie schätzte das Leistungsvermögen der Klägerin für ihre letzte berufliche Tätigkeit sowie für sonstige Tätigkeiten jeweils auf 3 bis unter 6 Stunden täglich ein. Der Beklagte hat zum Gutachten der Dr. G. unter Vorlage der Stellungnahme des Versorgungsarztes D. vom 18.01.2005 Stellung genommen.

Der Senat hat außerdem auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) das nervenärztliche Gutachten des Prof. Dr. K. vom 12.07.2005 eingeholt. Der Sachverständige ist nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin zu der Bewertung gelangt, bei der Klägerin bestehe eine mittelschwere Funktionsbeeinträchtigung seitens der LWS aufgrund eines rasch fortschreitenden degenerativen Prozesses. Für neurologische Beschwerden bzw. Folgeerscheinungen im Rahmen des degenerativen LWS-Syndroms sei ein GdB von 40 anzusetzen. Von psychischer Seite her sei bei der Klägerin von einer schweren depressiven Störung auszugehen. Für diese komplexe depressive Störung sei ein GdB von 60 anzusetzen. Der Gesamt-GdB betrage 60 seit 10.02.2004 (Untersuchungsbefund der letzten kernspintomographischen Untersuchung der LWS, der dem Gutachten beilag).

Der Beklagte hat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Götz vom 19.09.2005 Einwendungen gegen das Gutachten von Prof. Dr. K. erhoben. Der Senat hat deshalb - auf Antrag der Klägerin - von Prof. Dr. K. die ergänzende Stellungnahme vom 21.12.2005 zu seinem Gutachten eingeholt, in der er an seinen Bewertungen festgehalten hat. Zu dieser ergänzenden Stellungnahme hat sich der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. vom 28.02.2006, der wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 30) sowie des rechten Schultergelenkes (Teil-GdB 10) und einer Depression (Teil-GdB 40) einen Gesamt-GdB von 50 ab 21.10.2002 empfohlen hat, geäußert.

Der Senat hat ferner wegen der von der Klägerin geltend gemachten Bronchitis den Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie M. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dieser hat in seiner Stellungnahme vom 07.07.2006 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf mitgeteilt und ausgeführt, bei der Klägerin liege eine chronische Bronchitis ohne Funktionseinschränkung vor. Der GdB betrage sicher unter 20.

Der Senat hat weiter wegen einer von der Klägerin geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch Prof. Dr. K. die Ärztin für Psychiatrie und Physiotherapie Dr. M.-S. schriftlich als sachverständige Zeugin gehört. Sie hat in ihrer Stellungnahme vom 14.08.2006 mitgeteilt, bei der Klägerin sei seit Mai 2005 auf ihren Fachgebiet keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Eine mit somatischen Störungen einhergehende Depression mische sich mit den Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet. Auf ihrem Fachgebiet schätzte sie den GdB auf 20 ein.

Mit Schreiben vom 31.12.2006 hat die Klägerin eine Kniegelenkserkrankung geltend gemacht und hierzu medizinische Befundberichte des Dr. P. vom 26.07.2006, des Dr. L. vom 30.08.2005, 09.12.2005, 25.01.2006 und 07.12.2006 sowie des Dr. W. vom 29.05.2005 jeweils in Kopie vorgelegt. Der Beklagte hat sich hierzu unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. B. vom 12.03.2007 geäußert und ist der Berufung der Klägerin weiterhin entgegengetreten.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 18.07.2007 beantragt, gemäß [§ 109 SGG](#) ein orthopädisches Gutachten einzuholen, weshalb ein vom Berichterstatter auf den 20.07.2007 anberaumter Termin zur Erörterung des Sachverhaltes auf Antrag des Prozessbevollmächtigten der Klägerin aufgehoben worden ist.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 18.07.2007 außerdem das vom SG im Rentenrechtsstreitverfahren S 7 R 730/05 eingeholte nervenärztlich-psychosomatische Gutachten der Dr. K.-H. vom 21.07.2006 in Kopie vorgelegt. Sie diagnostizierte in ihrem Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 12.06.2006 eine depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymia mit Stimmungs- und Antriebsminderung, vorzeitiger Erschöpfung, hohen repressiven Bedürfnissen auf dem Boden einer selbstunsicheren Primärpersönlichkeit, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychogener Überlagerung von auf degenerativen Veränderungen beruhenden Wirbelsäulenbeschwerden und eine chronische Kniegelenksproblematik rechts bei Zustand nach einer Knorpelzelltransplantation. Sie ist zu

der Beurteilung gelangt, aufgrund der glaubhaft reduzierten psychophysischen Belastbarkeit und Spannkraft seien der Klägerin Tätigkeiten im letzten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur in vier- bis unter sechsständigem Umfang möglich. Der Beklagte hat sich zu diesem Gutachten unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. F. vom 29.10.2007 geäußert und ist der Berufung der Klägerin weiterhin entgegengetreten.

Wegen Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie ein Band Akten des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß den [§§ 143ff](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage der Klägerin mit Gerichtsbescheid vom 18.08.2004 mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Gesundheitszustand der Klägerin hat sich zwar gegenüber den tatsächlichen Verhältnissen, wie sie dem Bescheid vom 29.08.2001 zugrunde lagen, wesentlich verschlimmert. Dieser Tatsache hat der Beklagte aber durch die mit Bescheid vom 27.06.2003 erfolgte Anhebung des GdB von 30 auf 50 ab dem 21.10.2002 Rechnung getragen. Ein noch höherer GdB ist bei der Klägerin nicht festzustellen.

Der Beklagte wird seit 01.01.2005 wirksam durch das Regierungspräsidium Stuttgart vertreten. Nach [§ 71 Abs. 5 SGG](#) wird in Angelegenheiten des Schwerbehindertenrechts das Land durch das Landesversorgungsamt oder durch die Stelle, der dessen Aufgaben übertragen worden sind, vertreten. In Baden-Württemberg sind die Aufgaben des Landesversorgungsamts durch Art 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Reform der Verwaltungsstruktur, zur Justizreform und zur Erweiterung des kommunalen Handlungsspielraums (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz -VRG) vom 01.07.2004 (GBI S. 469) mit Wirkung ab 01.01.2005 (Art 187 VRG) auf das Regierungspräsidium Stuttgart übergegangen.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine wesentliche Änderung im Hinblick auf den GdB gegenüber einer vorausgegangenen Feststellung liegt nur dann vor, wenn im Vergleich zu den den GdB bestimmenden Funktionsausfällen, wie sie der letzten Feststellung des GdB tatsächlich zugrunde gelegen haben, insgesamt eine Änderung eingetreten ist, die einen um wenigstens 10 geänderten Gesamt-GdB bedingt. Dabei ist die Bewertung nicht völlig neu, wie bei der Erstentscheidung, vorzunehmen. Vielmehr ist zur Feststellung der Änderung ein Vergleich mit den für die letzte bindend gewordene Feststellung der Behinderung oder eines Nachteilsausgleichs maßgebenden Befunden und behinderungsbedingten Funktionseinbußen anzustellen. Eine ursprünglich falsche Entscheidung kann dabei grundsätzlich nicht korrigiert werden, da die Bestandskraft zu beachten ist. Sie ist lediglich in dem Maße durchbrochen, wie eine nachträgliche Veränderung eingetreten ist. Dabei kann sich ergeben, dass das Zusammenwirken der Funktionsausfälle im Ergebnis trotz einer gewissen Verschlimmerung unverändert geblieben ist. Rechtsverbindlich anerkannt bleibt nur die festgestellte Behinderung mit ihren tatsächlichen Auswirkungen, wie sie im letzten Bescheid in den Gesamt-GdB eingeflossen, aber nicht als einzelne (Teil-)GdB gesondert festgesetzt worden sind. Auch der Gesamt-GdB ist nur insofern verbindlich, als er im Sinne des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) bestandsgeschützt ist, nicht aber in der Weise, dass beim Hinzutreten neuer Behinderungen der darauf entfallende Teil-GdB dem bisherigen Gesamt-GdB nach den Maßstäben der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" 2004 (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2004 (AHP) hinzuzurechnen ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29). Die Verwaltung ist nach [§ 48 SGB X](#) berechtigt, eine Änderung zugunsten und eine Änderung zuungunsten des Behinderten in einem Bescheid festzustellen und im Ergebnis eine Änderung zu versagen, wenn sich beide Änderungen gegenseitig aufheben (BSG [SozR 3-3870 § 3 Nr. 5](#)).

Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den daraus resultierenden GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) 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. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)), so dass auch hier die AHP heranzuziehen sind.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet (vgl. Nr. 19 Abs. 1 der AHP). In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (Nr. 19 Abs. 3 der AHP). Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Nr. 19 Abs. 4 der AHP). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE [62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#)).

Nach dem Ergebnis der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme sowie unter Berücksichtigung der in der Verwaltungsakte des Beklagten und in der Akte des SG (S 7 R 730/05) enthaltenen medizinischen Unterlagen im Wege des Urkundenbeweises steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der GdB bei der Klägerin ab dem 21.10.2002 auf 50 festzusetzen ist und deshalb ihre auf Feststellung eines GdB von 60 gerichtete Klage vom SG zu Recht abgewiesen worden ist.

Die Klägerin leidet an fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Die kernspintomographische Untersuchung dieses Wirbelsäulenabschnitts hat Bandscheibenvorfälle bei L 1/2, L 3/4 und L5/S1 ergeben sowie eine Vorwölbung bei L 4/5. Dies folgt aus dem Gutachten des Prof. Dr. K., der einen ihm von der Klägerin vorgelegten radiologischen Befundbericht einer Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin in Ravensburg vom 10.02.2004 auswertet. Allerdings ist die Ausfallsymptomatik gering. Dr. K. fand lediglich abgeschwächte

Achillessehnenreflexe, auch waren die Nervenwurzeldehnungszeichen positiv. Der Sachverständige konnte jedoch keine motorischen Defizite der Fußheber und -senker betreffend feststellen, auch Ausfälle, die zu einer oberen LWS-Schädigung passen würden, waren nicht vorhanden. Da sich bei der neurophysiologischen Diagnostik dann doch eine "spinocerebrale Überleitungsstörung" (Gutachten S. 14) zeigte, gibt es aus Sicht des Sachverständigen an einer Schädigung des Nervus ischiadicus keine Zweifel. Nach Auffassung des Senats handelt es sich bei diesem Befund um mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) im Sinne des Kapitels 26.18 der AHP (S. 116), die demnach mit einem GdB von 20 zu bewerten wären. Entgegen der Auffassung des Prof. Dr. K. kann das Risiko einer weiteren Verschlechterung des Befundes nicht bei der Bewertung berücksichtigt werden. Maßgebend bleiben die aktuell feststellbaren Beeinträchtigungen. Dennoch kann ein GdB - wie auch vom Beklagten vertreten - von 30 für die Wirbelsäulenbeschwerden anerkannt werden, weil in anderen Gutachten das Vorliegen eines Zervikalsyndroms (Beschwerden, die von der Halswirbelsäule - HWS - ausgehen) bestätigt worden ist (Bsp. Gutachten Dr. G. vom 18.09.2003).

Eine Anhebung des GdB von 30 auf 40 kommt nach Ansicht des Senats aber keinesfalls in Betracht. Da ausschlaggebend die funktionellen Beeinträchtigungen (Beweglichkeit, Belastbarkeit) sind, lässt sich ein GdB weder mit angeborenen Besonderheiten wie zB einer Skoliose noch mit radiologischen Befunden allein begründen. Gravierende funktionelle Einschränkungen konnten aber auch bei anderen Untersuchungen nicht festgestellt werden. Die Untersuchung durch den Orthopäden Dr. H., Bad Buchau, am 04.01.2006, der die Klägerin im Rahmen eines vor dem SG geführten Rentenrechtsstreits (S 7 R 730/05) begutachtete, ergab chronische Schmerzen im Bereich der LWS und in der Nackenregion ohne sichere neurologische Begleiterscheinungen bei relativer knöcherner Enge der oberen Lumbalsegmente und diskreter Bandscheibendegeneration L 4/5 sowie fortgeschrittener Bandscheibendegeneration L 5/S 1 ohne eigentlichen Bandscheibenvorfall. Die Bewegungsausmaße in der HWS und LWS waren "in etwa altersentsprechend" (Gutachten Dr. H. S. 17). Bei der orientierenden allgemeinmedizinischen Untersuchung durch Dr. K.-H., die für das SG in dem erwähnten Rentenrechtsstreit das Gutachten vom 21.07.2006 erstattete, fand sich am 12.06.2006 (Tag der Untersuchung durch die Sachverständige) eine Klopfschmerzhaftigkeit über der HWS, wobei die schwächte Muskulatur keine Verspannungen aufwies und die Beweglichkeit nicht nennenswert eingeschränkt war. Im Bereich der LWS fanden sich keine gravierenden Defizite und keine Hinweise auf eine akute radikuläre Symptomatik. Diese Ergebnisse zeigen, dass ein GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden der Klägerin eine eher wohlwollende Bewertung darstellt.

In psychiatrischer Hinsicht bestehen bei der Klägerin eine Dysthymia mit Stimmungs- und Antriebsminderung, vorzeitiger Erschöpfung und hohen regressiven Bedürfnissen auf dem Boden einer depressiv-selbstunsicheren Persönlichkeit sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychogener Überlagerung von auf degenerativen Veränderungen beruhenden Wirbelsäulenbeschwerden, aber keine Depression. Insoweit schließt sich der Senat in vollem Umfang der Bewertung durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K.-H. an, deren für das SG im Rentenrechtsstreit S 7 R 730/05 erstatteten Gutachten vom 21.07.2006 an. Der Senat ist aufgrund der Schilderungen der Klägerin gegenüber der Sachverständigen (S. 7 bis 10 des Gutachtens) sowie im Hinblick auf das Vorliegen somatoformer Störungen davon überzeugt, dass es sich bei den Beeinträchtigungen um stärker behindernde psychische Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit iS des Kapitels 26.3 der AHP (S. 48) handelt, für die eine GdB-Bewertung von 30 bis 40 vorgesehen ist.

Eine schwere Störung (zB eine Zwangskrankheit) mit mindestens mittelgradigen Anpassungsschwierigkeiten lässt sich nicht belegen. So bezieht die Klägerin zwar eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, geht aber dennoch weiter einer Teilzeitbeschäftigung nach; sie unterhält seit mehreren Jahren eine Wochenendbeziehung zu einem Freund, mit dem sie auch den Urlaub verbringt, und hat eine enge Beziehung zu einer Freundin. Die regressiven Bedürfnisse haben folglich möglicherweise zwar im Vergleich zu früher zu einer Reduzierung der von der Klägerin ausgeübten Aktivitäten geführt, aber noch keinesfalls zu einem Rückzug aus der Gesellschaft. Auch die Tatsache, dass die Klägerin nach dem Tod des Vaters gerichtliche Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter und ihrer Schwester zu führen imstande ist, macht deutlich, dass sich die Klägerin durchaus zu behaupten weiß. Es mag sein, dass die Prozesse als belastend empfunden werden, doch resultiert daraus noch keine Behinderung. Zudem lässt die medikamentöse Behandlung keinen Schluss auf eine tiefer gehende Depression zu. Nach den Ausführungen von Dr. K.-H. (Gutachten S. 14) beschränkt sich die antidepressive Medikation auf die nächtliche Gabe eines sedierenden Thymoleptikums, das in dieser Dosierung allerdings keine antidepressive Wirksamkeit zu entfalten vermag.

Vor diesem Hintergrund ist die von Prof. Dr. K. gestellte Diagnose einer schweren depressiven Störung für den Senat nicht nachvollziehbar. Im Übrigen hat er seine im Gutachten dargelegte Aussage in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.12.2005 eher relativiert als bestätigt. Nunmehr macht er geltend, dass die von ihm dargelegten Kriterien bei der Bewertung des psychischen Befundes "einer schweren Depression gleichzusetzen sind." Außerdem weist er darauf hin, dass für ihn entscheidend sei der individuelle Leidensdruck seiner Patientin und die damit verbundene Krankheitswertigkeit. Damit macht er seine Beurteilung doch in hohem Maße von der Beschwerdeschilderung der Klägerin abhängig und berücksichtigt zu wenig äußerlich erkennbare Umstände wie Freundschaften, Teilzeitarbeit, Medikation, die ebenfalls Aufschluss geben können über das Ausmaß einer psychiatrischen Erkrankung. Im Hinblick darauf, dass die behandelnde Ärztin Dr. M.-S. gar nur einen GdB von 20 für angebracht hält, was bezogen auf den von ihr mitgeteilten Befund einer allgemeinen Belastbarkeitsminderung und einer leichten Minderung der kognitiven Flexibilität und Ausdauer auch schlüssig ist, hält der Senat einen GdB für die Behinderungen auf psychiatrischen Fachgebiet von 30 für völlig ausreichend.

Die auf nervenärztlichem Fachgebiet vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und die auf orthopädischem Gebiet vorhandenen Störungen überschneiden sich in hohem Maße. Deutlich wird dies bei der Schmerzstörung, die mit psychogener Überlagerung der Wirbelsäulenbeschwerden (Gutachten Dr. K.-H. S. 15) verbunden ist. Auch die behandelnde Ärztin (Schreiben Dr. M.-S. vom 14.08.2006) hat darauf hingewiesen, dass sich die mit somatischen Störungen einhergehende Depression mit den Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet mischt. Ebenso sieht Prof. Dr. K. (Gutachten S. 20) die depressive Störung als ein "Mischbild" aus affektiver Störung und Somatisierungsstörung. Nach Ansicht des Senats hätte es daher möglicherweise genügt, den sich aus den Wirbelsäulenbeschwerden ergebenden GdB von 30 aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen um 10 auf 40 anzuheben, um damit der sich aus beiden Bereichen ergebenden Gesamtbehinderung gerecht zu werden. Auf jeden Fall ist der vom Beklagten angenommene GdB von 50 nicht zu niedrig.

Der Reizhusten, über den die Klägerin nach Angaben ihres behandelnden Facharztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. M. (Schreiben vom 07.07.2006, Bl. 86/89 der LSG-Akte) immer wieder klagt, rechtfertigt keinen GdB und die Schulterbeschwerden, die mit einem GdB von 10 anzusetzen sind, führen nicht zu einer weiteren Anhebung des Gesamt-GdB. Auch die Kniegelenksbeschwerden rechtfertigen keine Anhebung auf einen GdB von 60. Bei der gegebenen Sachlage wäre für eine Anhebung des Gesamt-GdB auf 60 ein weiterer Teil-GdB von

mindestens 30 notwendig. Hierfür ist jedoch nichts ersichtlich.

Bis Mitte 2005 hatte die Klägerin nach ihren eigenen Angaben, die sie gegenüber dem Sachverständigen Dr. H. (Gutachten vom 09.03.2006, Bl. 63 der Akte des SG S 7 R 730/05) gemacht hat, keine Beschwerden im rechten Kniegelenk; das Gelenk war bis dahin auch voll belastbar. Dies belegt auch der Umstand, dass die Klägerin früher Klettern als Hobby ausgeübt hat (Gutachten Dr. K.-H. S. 10). Am 30.08.2005 wurde dann in der Klinik für Orthopädie des S.-B.-Klinikums unter der Diagnose "Innenmeniskusläsion rechts" eine Arthroskopie durchgeführt (OP-Bericht vom 30.08.2005, Bl. 96 der LSG-Akte). Wegen anhaltender Beschwerden musste am 07.12.2005 - wiederum in der Klinik für Orthopädie - wegen des Verdachts auf eine Innenmeniskus-Reruptur eine erneute Arthroskopie des rechten Kniegelenks durchgeführt werden (OP-Bericht vom 07.12.2005, Bl. 95 der LSG-Akte). Aufgrund des Ergebnisses dieser Maßnahme wurde außerdem eine Knorpelzelltransplantation vorgeschlagen, die am 25.01.2006 in derselben Klinik vorgenommen wurde. Zur Nachbehandlung wurde eine 6-wöchige Entlastung mit anschließender funktioneller Behandlung mit Muskelaufbautraining vorgeschlagen (OP-Bericht der Klinik vom 25.01.2006, Bl. 94 der LSG-Akte). Die kernspintomographische Kontrolluntersuchung am 26.07.2006 ergab einen kleinen umschriebenen Knorpeldefekt an der medialen Patellafacette (innere Gleitfläche auf der Rückseite der Kniescheibe). Die restlichen Anteile nach der Innenmeniskus-Teilresektion zeigten sich deutlich degeneriert, das Vorderhorn war aus dem Gelenk herausluxiert (Bericht Dr. P. vom 26.07.2006, Bl. 93 der LSG-Akte). Aufgrund der Beschwerden im rechten Kniegelenk war die Klägerin u.a. vom 06.12.2005 bis 21.12.2005 und vom 24.01.2006 bis 30.06.2006 arbeitsunfähig krank; seit dem 01.07.2006 geht die Klägerin wieder ihrer Teilzeitbeschäftigung bei der Diözese R. nach. Dies folgt aus den Auskünften der Techniker Krankenkasse gegenüber des SG vom 10.08.2006 (Bl. 90 der SG-Akte S 7 R 730/05) und 26.03.2007 (Bl. 98 der SG-Akte S 7 R 730/05) sowie der Mitteilung der Klägerin über die Arbeitsaufnahme vom 14.11.2006 (Bl. 97 der SG-Akte S 7 R 730/05).

Aus diesen Befunden lässt sich der Schluss ziehen, dass die Klägerin zwar an einem ausgeprägten Knorpelschaden im rechten Kniegelenk gelitten hat, dieser inzwischen aber operativ beseitigt worden ist. Für den Zeitpunkt ab der ersten Operation Mitte 2005 bis Mitte 2006 ist von einem akuten Geschehen auszugehen. Zwar ist der Heilungsverlauf nach der im August 2005 begonnenen Behandlung und nach der im Januar 2006 durchgeführten Knorpelzelltransplantation schleppend verlaufen, doch kann erst nach Abschluss der Behandlung Art und Ausmaß einer eventuell verbliebenen dauerhaften Funktionseinschränkung festgestellt werden. Sowohl aus dem Vortrag der Klägerin als auch aus den vorliegenden Unterlagen ergeben sich jedoch keinerlei Hinweise dafür, dass die Funktionsfähigkeit des rechten Kniegelenks in einem Ausmaß beeinträchtigt sein könnte, dass hierfür die Annahme eines Teil-GdB von 30 gerechtfertigt wäre. Im Gegenteil. Seit dem 01.07.2006 geht die Klägerin wieder ihrer Teilzeitbeschäftigung nach. Außerdem wurde bei der Kontrolluntersuchung am 26.07.2006 nur noch ein kleiner Knorpelschaden festgestellt; auch wurden keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr vorgeschlagen. Die Klägerin selbst hat auch nicht vorgetragen, in orthopädischer Behandlung zu sein. Damit steht fest, dass sich der Zustand im rechten Kniegelenk ab Mitte 2006 eher gebessert, aber auf keinen Fall verschlechtert hat.

Der Senat erachtet es bei dieser Sachlage nicht mehr für erforderlich, weitere Ermittlungen durchzuführen. Der für die Bemessung des GdB bei der Klägerin maßgebliche Sachverhalt steht aufgrund der vorliegenden Unterlagen fest. Eine wesentliche Verschlechterung, die in den aktenkundigen Unterlagen noch nicht enthalten ist, hat die Klägerin nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Dies gilt auch bezüglich der Funktionseinschränkung im rechten Kniegelenk. Da ausgeprägte Knorpelschäden im rechten Kniegelenk nicht (mehr) vorhanden sind, bedarf es keines orthopädischen Gutachtens mehr. Der Antrag der Klägerin, gemäß [§ 109 SGG](#) den Orthopäden Dr. Z. gutachtlich zu hören, wird abgelehnt. Der Senat hat bereits ein Gutachten nach dieser Vorschrift eingeholt. Ein Anspruch auf Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) besteht nach Ansicht des Senats nicht.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-07