

L 6 SB 1033/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 7 SB 4719/05

Datum
22.01.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 1033/08

Datum
09.06.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. Januar 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft streitig.

Bei der 1947 geborenen Klägerin t. Staatsangehörigkeit wurde zuletzt mit Bescheid vom 30. November 1993 ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 wegen Harnblutens mit Eisenmangel, eines Wirbelsäulen-Syndroms, eines Übergewichts, Gelenkveränderungen, eines labilen Bluthochdrucks und depressiven Störungen festgestellt.

Ihr Neufeststellungsantrag vom 22. September 2000 wurde mit Bescheid vom 31. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2001 mit der Begründung abgelehnt, eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen habe sich nicht ergeben. Die geltend gemachte Sehbehinderung begründe keinen Einzel-GdB von wenigstens 10 und stelle deshalb keine Behinderung dar. Die dagegen beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobene Klage blieb nach Einholung sachverständiger Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte sowie eines Gutachtens des Orthopäden M. (die orthopädischen Befunde seien mit einem GdB von 20 zu bewerten), erfolglos (Urteil vom 18. August 2004 - S 1 SB 177/01 -). Im anschließenden Berufungsverfahren haben sich die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 18. März 2005 dahingehend geeinigt, dass der Beklagte über den GdB der Klägerin rückwirkend ab 10. September 2004 neu entscheiden werde. Zwischenzeitlich hatte die Klägerin bereits am 19. November 2001 und 30. August 2004 erneut Neufeststellungsanträge gestellt.

Der Beklagte holte Befundberichte der behandelnden Ärzte ein. Der Hausarzt S. teilte am 15. Februar 2005 mit, dass die Klägerin immer in Begleitung ihres Ehemanns mit Gehstütze in die Praxis komme. Sie wirke verlangsamt und es falle eine Schonhaltung auf. Sie klage dauernd über multiple Beschwerden im Bereich des Bewegungs- und Haltungsapparats, Herz-Kreislaufsystems, der Verdauung und im Urogenitalbereich. Eine körperliche Untersuchung lehne sie wegen der Schmerzen ab. Die Klägerin leide an einer Brustwirbelsäulen(BWS)-Kyphose, einer Halswirbelsäulen(HWS)-Lordose sowie einem Schulter- und Beckenschiefstand. Im Bereich der Armnerven bestehe derzeit keine Symptomatik. Der rechte Arm sei passiv bis 110°, der linke nur bis 80° beweglich. Die Rotation beider Hüftgelenke wie die Beweglichkeit der Wirbelsäule (WS) sei eingeschränkt. Die Konturen beider Kniegelenke seien verstrichen, die Beweglichkeit aber nicht behindert. Bei seit Jahren unveränderten Leberwerten und negativer Untersuchung auf Hepatitis bestehe eine Steatosis hepatis, eine Adipositas und eine benigne Glomerulopathie, deren klinisches Bild sich in letzter Zeit nicht verändert habe. Die Erkrankung schreite nicht fort. Die Gebärmutter sei 2004 entfernt worden. Von Seiten der Lunge sei eine COPD mit leichter Überblähung diagnostiziert worden, die vorübergehend mit Inhalationen behandelt worden wäre. Außerdem finde eine regelmäßige Behandlung wegen des Bluthochdrucks statt, die aber wegen der nicht regelmäßigen Einnahme der Blutdruckmedikamente nicht zufriedenstellend sei. Eine Langzeitblutdruckmessung sei nicht möglich gewesen. Wegen der somatoformen Störungen und Depressionen befinde sich die Klägerin in neuropsychiatrischer Behandlung, die Beschwerden seien unter Medikamenten weitgehend stabil aber ohne Besserung. Durch ein Rentenbegehren werde das Krankheitsbild beeinträchtigt. Aus dem beigefügten Arztbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. R., der die Klägerin im Januar 2005 untersucht hat, geht hervor, dass sie über schlechten Schlaf und diffuse Beschwerden geklagt habe. Sie könne ihre Hausarbeit nicht mehr machen, das tue ihr Mann. Sie sei so eingeengt auf ihr Rentenbegehren, dass eine Eingliederung in den Arbeitsprozess nicht zu erwarten sei. Ihr Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. K. berichtete im Juli 2004 über eine COPD mit leichter Lungenüberblähung. Ein Schlaf-Apnoe-Syndrom habe sich hingegen nicht nachweisen lassen. Der Blutdruck habe bei der Untersuchung 150/90 mmHg betragen. Im Röntgen sei über der Lunge ein kleiner Schatten festgestellt worden, der aber nicht therapiebedürftig sei und sich gegenüber

Voruntersuchungen nicht verändert habe. Die Lungenfunktionsanalyse habe eine leichtgradige Obstruktion in Ruhe, eine leichte Lungenüberblähung und keine restriktive Erkrankung ergeben. Der Orthopäde M. bescheinigte im November 2004 Kopfschmerzen, wiederkehrenden Schwindel, eine Dysfunktion im Bereich der HWS und Beschwerden in den Schultern mit Impingement-Syndrom. Die Muskulatur der Klägerin im WS-Bereich sei unzureichend ausgeprägt, deswegen leide die Klägerin an therapieresistenten Beschwerden. Die Hüftgelenke zeigten sich im Röntgen normal mit beginnender Sklerosierung. Weiterhin leide die Klägerin an einem Fibromyalgiesyndrom, einer Polyneuropathie, einer schmerzhaften Myotendopathie und einer leichten Ptosis. Der Internist und Nephrologe Dr. J. kam aufgrund der Untersuchung im Juni und Juli 2003 zu dem Ergebnis, die Klägerin leide an einem Bluthochdruck. Eine Niereninsuffizienz oder eine Eiweißstörung sei nicht nachweisbar.

Mit Bescheid vom 2. Juni 2005 lehnte das Landratsamt K. die Neufeststellungsanträge mit der Begründung ab, eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten. Als Behinderungen seien folgende Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen: Depression, funktionelle Organbeschwerden, Fibromyalgiesyndrom, Adipositas per magna, Überlastung der Gelenke und der Wirbelsäule, Kalksalzminderung des Knochens (Osteoporose), chronische Nierenerkrankung ohne Einschränkung der Nierenfunktion und Bluthochdruck. Der Verlust der Gebärmutter bedinge keinen GdB von wenigstens 10.

Mit ihrem dagegen am 9. Juni 2005 eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich wesentlich verschlechtert. Dies nahm der Beklagte zum Anlass, auch den behandelnden Augenarzt PD Dr. Sch. zu befragen. Dieser teilte am 19. Juli 2005 mit, der unkorrigierte Visus rechts liege bei 0,05, links bei 0,1, ohne dass eine entsprechende Erklärung dafür erkennbar gewesen sei. Er habe die Klägerin deshalb an das Diakonissenkrankenhaus überwiesen. Dort sei ein Visus beidseits von 0,6 und eine Schädigung der Sehnerven durch den Bluthochdruck festgestellt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 2005 wies der Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, eine Verschlimmerung, die eine Erhöhung des GdB rechtfertigen könne, lasse sich nicht feststellen. Die Funktionsbehinderungen am Stütz- und Bewegungsapparat seien berücksichtigt worden. Die somatoforme Schmerzstörung mit dem Fibromyalgiesyndrom überlagere sich in der Bewertung. Eine Lungenerkrankung mit einem messbaren GdB hätte nicht festgestellt werden können. Die Sehstörung führe zu keiner Erhöhung des GdB. Die vorliegenden Funktionsbehinderungen erreichten insgesamt kein Ausmaß, das einen Gesamt-GdB von 50 rechtfertigen könne.

Mit ihrer dagegen am 21. November 2005 beim SG erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, ihr Gesundheitszustand habe sich weiter verschlimmert. Sie hat dazu einen Arztbericht des Orthopäden Dr. N. vom 2. Dezember 2005 vorgelegt, wonach dieser eine wesentliche Minderung der Erwerbsfähigkeit auf orthopädischem Gebiet nicht habe feststellen können. Die Klägerin zeige ein demonstratives Schonhinken bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS, BWS und LWS ohne Zeichen eines akuten Wurzelreizsyndroms. Muskuläre Verspannungen und BWS-Kyphose könnten durch krankengymnastische Übungsbehandlungen und Wärmeanwendungen gebessert werden. Der Neurologe und Psychiater Dr. R. berichtete am 7. Dezember 2005 über eine weitere Stabilisierung unter medikamentöser Behandlung und eine rückläufige klagende Art der Klägerin.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen befragt und das im Rahmen des Rentenverfahrens (S 8 R 1124/05) erstattete Gutachten von Dr. M. beigezogen. Der Orthopäde M., der die Klägerin zuletzt im Juni 2005 behandelt hatte, hat angegeben, dass damals der Schulterkomplexgriff beidseits ebenso wenig wie das Aufrichten aus einer liegenden Position ohne Hilfe möglich gewesen sei. Der Gynäkologe Dr. Sch. hat ausgeführt, von Seiten seines Fachgebiets könne keine Funktionsbeeinträchtigung mehr festgestellt werden. Beim Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. K. hat sich anlässlich der Untersuchung im Februar 2007 eine starke Lungenüberblähung herausgestellt. Die restriktive Erkrankung könne aber auch an einer fehlenden Mitarbeit der Klägerin liegen. Eine obstruktive Lungenerkrankung sei nicht mehr feststellbar. Die objektiven Befunde zeigten Normalwerte. Das Röntgen habe keine Veränderungen zum Jahr 2004 erbracht. Therapeutisch würden Atemübungen empfohlen. Der Allgemeinmediziner S., bei dem sich die Klägerin seit Juli 2007 in hausärztlicher Behandlung, regelmäßig ein- bis zweimal monatlich befindet, hat über gescheiterte Therapieversuche wegen fehlender Motivation und eingeschränkter kognitiver Fähigkeit berichtet. Der Allgemeinzustand der Klägerin habe sich im Wesentlichen nicht verschlechtert. Sie stehe einer Physiotherapie eher ablehnend gegenüber und trage lieber eine Hals- und Unterarmmanschette sowie Gehstütze, obwohl sich der Zustand insoweit nicht verschlechtert habe. Es würden diffuse Schmerzen beklagt und ein Rentenwunsch verbalisiert. Unverändert bestünden unbeeinflussbare Schmerzen mit sozialem Rückzug. Nach Angaben ihres Ehemannes verlasse sie tageweise ihre Wohnung nicht. Sie behandle das depressive Syndrom mit Johanniskraut. Die Einschätzung der Beweglichkeit der Gelenke sei wegen fehlender Mitarbeit ebenso wenig möglich wie eine psychische Diagnostik. Bei der Knochendichtemessung im Jahre 2005 habe sich der Verdacht auf eine Osteoporose nicht bestätigen lassen.

Dr. M. hat im Rahmen seines fachpsychiatrischen Gutachtens im Rentenstreit (Rentenanträge vom 11. Juni 1991, 3. September 1992, 15. März 1994, 2. November 1998 und 12. Februar 2001) auf psychiatrischem Fachgebiet eine Somatisierungsstörung bei ausgeprägten, bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen körperbezogener Beschwerden mit massivem Rentenbegehren diagnostiziert. Weiterhin leide die Klägerin an der bekannten arteriellen Hypertonie, aufgrund schlechter medikamentöser Compliance zeitweilig unbefriedigend eingestellt, ohne funktionelle Einschränkungen, einer leichtgradigen obstruktiven Lungenerkrankung, die derzeit beschwerdefrei sei, sowie einer vorbeschriebenen Periatrophia humeroscapularis links mit aggravierter Beschwerdedarstellung und Einschränkungen für Über-Kopf-Arbeiten.

Mit Gerichtsbescheid vom 29. Januar 2008, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 7. Februar 2008, hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, der Klägerin stehe kein höherer GdB als 40 zu. Ihre psychischen Beschwerden bedingten einen GdB von 30, da sie an einer somatoformen Schmerzstörung mit histrionischer Persönlichkeit leide. Die Klägerin gebe bei ärztlichen Untersuchungen bei den kleinsten Berührungen Schmerzen an. Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms habe durch Dr. M. nicht bestätigt werden können. Die Klägerin sei auf ihre Rentenbegehren fixiert und bilde sich schwere Schäden an Nieren, Wirbelsäule und Händen ein. Bei der Exploration in Abwesenheit ihres Ehemanns sei sie aber in der Lage gewesen, ausdrucksstark genaue Angaben zu machen und diese mit Gestik und Mimik entsprechend zu unterstreichen. Im täglichen Leben überlasse sie einen Großteil der täglichen Arbeit ihrem Ehemann, den dieser auch übernehme. Sie sehe ihre bisherigen Freunde und Bekannten sehe sie derzeit nicht mehr und gehe auch tageweise nicht aus dem Haus. Diese Befunde rechtfertigten die Einstufung als stärker behindernde Störung. Diese liege aber im unteren Bereich des Rahmens von 30 bis 40. Der Bluthochdruck bedinge einen GdB von höchstens 20, da es unter Blutdruckmedikamenten wiederholt zu Entgleisungen komme, ohne dass hier eine besondere Behandlung notwendig geworden sei. Das rechtfertige die Einstufung als mittelschwere Form. Da es sich

aber in erster Linie um ein Problem mangelnder regelmäßiger Einnahme der Blutdruckmedikamente handle, sei hier allenfalls von einer mittelschweren Form im unteren Bereich auszugehen. Die Nierenerkrankung bedinge einen GdB von 10. Die Klägerin leide weiter an einer benignen Glomerulopathie ohne wesentliche pathologische Befunde. Das gelegentliche Auftreten von Blut im Urin sei teilweise auf eine krankhafte Veränderung der zwischenzeitlich entfernten Gebärmutter zurückzuführen. Die Beschwerden der Wirbelsäule und der Schultern sowie der Knie ergäben keinen höheren GdB als 10, denn die Klägerin leide nur an einer diskreten Verformung der Wirbelsäule und einer schlecht trainierten Muskulatur in diesem Bereich. Sie könne nach den Funktionsangaben die Wirbelsäule weitgehend frei bewegen, ein Hinweis auf Instabilität oder Wirbelsäulensyndrome ergebe sich aus den ärztlichen Unterlagen nicht. Die Schmerzen in den Schultern und ein Impingementsyndrom hätten sie bei den Untersuchungen bei Dr. M. nicht daran gehindert, gestenreich ihren Erklärungen Ausdruck zu verleihen. Die Beschwerden in den Kniegelenken drückten sich in erster Linie durch Schmerzen aus. Reizerscheinungen im Sinne von Entzündungen oder objektivierbaren Befunden seien nicht mitgeteilt worden. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Die Kniegelenksbandage werde nicht am Knie, sondern am Unterschenkel getragen. Der Verdacht einer Osteoporose habe sich nicht bestätigt. Die Schmerzen seien im Bereich der somatoformen Schmerzstörung bereits berücksichtigt worden. Die übrigen Leiden bedingten keinen GdB von wenigstens 10. Hinsichtlich der Einschränkung der Lungenfunktion hätte von Dr. K. lediglich eine restriktive Ventilationsstörung diagnostiziert werden können, die dieser aber auf die mangelnde Mitarbeit der Klägerin zurückgeführt habe. Die objektiven Befunde hätten sich alle im Normalbereich befunden. Die Überblähung der Lunge habe keine objektivierbaren Einschränkungen mit sich gebracht. Die Steatosis hepatis sei nicht mit Einschränkungen verbunden. Sie bedinge deswegen keinen GdB. Das Gleiche gelte für die Entfernung der Gebärmutter. Die Sehstörungen seien ebenfalls nicht geeignet, einen höheren GdB zu begründen. Ein Gesamt-GdB von 50 lasse sich damit nicht feststellen.

Mit ihrer dagegen am 1. März 2008 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, ihr kultureller Hintergrund sei bei dem Gutachten von Dr. M. nicht hinreichend berücksichtigt worden. Sie leide auch an einer Fibromyalgie. Die Bewegungsfreiheit sei stark eingeschränkt. Auch sei ihre Lungenerkrankung wesentlich gravierender. Der Gesamt-GdB betrage daher mindestens 70.

Sie hat hierzu ein Attest von Dr. M. vom 16.05.2011 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. Januar 2008 sowie den Bescheid vom 2. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 2005 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, den Bescheid vom 30. November 1993 abzuändern und einen GdB von mindestens 50 festzustellen, hilfsweise die Klägerin von Amts wegen, hilfsweise auf eigenes Kostenrisiko orthopädisch nach [§ 109 SGG](#) begutachten zu lassen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat der Senat die Klägerin nervenärztlich und internistisch auf deren eigenes Kostenrisiko nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) und im Anschluss daran von Amts wegen nervenärztlich begutachten lassen.

Der Psychiater Dr. G. hat in seinem auf Antrag der Klägerin erstatteten Gutachten eine schwere rezidivierende depressive Störung (Einzel-GdB 30), eine kognitive Störung (Einzel-GdB 20), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, eine massive Osteoporose und Gelenksbeschwerden (Einzel-GdB 30) und einen Bluthochdruck (Einzel-GdB 10) diagnostiziert und den Gesamt-GdB auf 80 eingeschätzt. Die Einschränkungen lägen zumindest seit 2001 vor, wobei sich die depressive Symptomatik in den letzten drei bis vier Jahren deutlich verstärkt habe. Es komme zu unkontrollierten aggressiven Auswirkungen und sozialer Isolierung. Zudem bestünden ein andauerndes Schmerzsyndrom und eine kognitive Störung, wobei die Klägerin zeitweise auf fremde Hilfe angewiesen sei. Dies gehe mit verminderter Lebensqualität einher. Im Vordergrund stehe die depressive Symptomatik mit ausgeprägten depressiven Verstimmungen, Konzentrationsschwäche, vermindertem Antrieb, schneller Erschöpfung mit Ein- und Durchschlafstörungen im Zusammenhang mit der andauernden Schmerzsymptomatik bei den im Hintergrund stehenden somatisch-chronischen Erkrankungen.

Der Beklagte hat hierzu eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vorgelegt, wonach der aktuelle Befundbericht des Orthopäden M. vom 3. März 2008 keine GdB-relevante Funktionsbeeinträchtigung des Halte- und Bewegungsapparates bei nicht wesentlich eingeschränkter Kniegelenksbeweglichkeit ohne Ergussbildung beschreibe. Die Höherbewertung sei allein mit den kognitiven Beeinträchtigungen begründet worden, die aber bislang nicht dokumentiert seien. Dazu seien mehrfache Befunderhebungen im Verlauf und insbesondere eine ausführliche neuropsychologische Testung inklusive Validitätstestung erforderlich.

Dr. W. hat in seinem von Amts wegen erstatteten nervenärztlichen Gutachten ausgeführt, dass sich zwischen der Klägerin und ihrem Ehemann ein sehr fixiertes Abhängigkeitshilfesystem entwickelt habe, welches auch ihrem Ehemann einen gewissen emotionalen Gewinn biete. Er helfe ihr beim Baden und Duschen, zeitweilig auch beim Toilettengang. Bei der körperlichen Untersuchung sei die Klägerin aber beispielsweise durchaus in der Lage gewesen, ihre Schuhe selbst auszuziehen. Die antidepressive Behandlung erfolge nach wie vor mit Johanniskrautpräparat. Die psychiatrische Untersuchung habe sich als sehr schwierig gestaltet, weil die Klägerin kaum zur Mitarbeit zu bewegen gewesen sei. Sie habe alle möglichen Fragen mit "weiß nicht" beantwortet, obwohl sie sich bei emotional berührenden Themen durchaus noch an Details erinnere und diese hätte auch mitteilen können. Die Angabe, dass sie nicht wisse, in welchem Jahr man jetzt lebe, wie alt sie sei oder wie lange sie verheiratet wäre, erscheine daher nicht glaubwürdig und Teil ihres Arrangements mit ihrem Ehemann mit doch erheblichem Krankheitsgewinn. Ihre Stimmung sei leichtgradig depressiv gewesen. Die möglicherweise echten kognitiven Defizite im Rahmen der depressiven Symptomatik würden von bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen immer wieder überlagert. Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichter Episode, an einer Somatisierungsstörung, Anpassungsstörungen und einer neurotischen Entwicklung im Sinne einer Neurasthenie. Der GdB für die depressive Symptomatik müsse weiterhin mit 30 bewertet werden, die orthopädische Problematik mit 10, der arterielle Hypertonus mit einem Einzel-GdB von 20, sodass der Gesamt-GdB unverändert 40 betrage. Eine wesentliche Änderung sei damit nicht eingetreten.

Der Internist Durak hat in seinem auf Antrag der Klägerin erstatteten Gutachten eine gute systolische Pumpfunktion des linken Ventrikels bei hypertensiver Herzerkrankung und diastolische Herzinsuffizienz bei Verdacht auf COPD beschrieben. Er hat den Gesamt-GdB auf mindestens 90 bewertet. Hierbei hat er für die schweren depressiven Störungen einen GdB von 30, für die kognitiven Störungen von 20, für die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, die Osteoporose und die Gelenksbeschwerden von 30 und für das Fibromyalgiesyndrom von 30 angesetzt. Auf seinem Fachgebiet hat er für die arterielle Hypertonie einen GdB von 30, für die hypertensive Nephropathie von 10, die Intima-Media-Komplex-Verdickung und atherosklerotische Plaquesbildung und Endothelläsion von 10 und die Steatosis hepatis von 10 zugrunde gelegt.

Der Beklagte hat hierzu eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vorgelegt. Dieser hat darauf hingewiesen, dass eine gute systolische Pumpfunktion sowohl der rechten als auch linken Herzkammer bei einer Auswurffraktion von 74 % beschrieben worden wäre. Auch die pharmakologische Stressechokardiographie habe keine Hinweise auf eine Insuffizienz im Bereich der Herzkranzgefäße ergeben. Die Messwerte im Rahmen der Langzeitblutdruckmessung rechtfertigten nicht die Annahme eines Teil-GdB von 30. Diese seien anhand der mitgeteilten Mittelwerte sowohl in der Aktiv- als auch in der Ruhephase nicht nachvollziehbar. Die im Rahmen des Lungenfunktionstestes festgestellte kombinierte Ventilationsstörung decke sich nicht mit den Angaben des Lungenfacharztes Dr. K., der eine Obstruktion nicht habe feststellen können. Die festgestellte Restriktion sei bei Dr. K. auf eine reduzierte Mitarbeit zurückzuführen gewesen.

Hierauf wurde Dr. D. ergänzend gehört. Dieser hat bestätigt, dass die Pumpfunktion gut gewesen sei und sich keine Hinweise auf eine Belastungskoronarinsuffizienz ergeben hätten. Jedoch liege bei der Klägerin eine hypertensive Herzerkrankung wie diastolische Herzinsuffizienz vor. Bezüglich der Messwerte sei er von den Normwerten bei Mittelwerten nach WHO von 135/85 mmHg ausgegangen. Deswegen habe er eine arterielle Hypertonie Grad II-III, Stadium II, diagnostiziert. Er schlage weiterhin einen Teil-GdB von 30 auf seinem Fachgebiet vor.

Der Beklagte hat hierzu eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vorgelegt, wonach die Hypertonie Stadium II mit nachgewiesener diastolischer Relaxationsstörung mit einem GdB 20 leidensgerecht bewertet sei. Eine Belastungskoronarinsuffizienz liege nicht vor. In der Langzeitblutdruckmessung habe sich ein Gesamtmittelwert von 156/89 mmHg ergeben. Mehrfach diastolisch erhöhte Blutdruckwerte über 100 mmHg hätten sich nicht feststellen lassen.

Die Vorsitzende hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 13. April 2011 erörtert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die von dem Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten und die beigezogenen Akten L 8 SB 4054/04 und S 8 R 1124/05 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 151, 143 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 50.

Der Senat konnte den Rechtsstreit ohne weitere orthopädische Sachaufklärung entscheiden. Einer erneuten Begutachtung bedurfte es nicht (dazu unten). Das Antragsrecht nach § 109 SGG ist verbraucht (so Urteil des Senats vom 2.03.2011 - L 6 SB 4878/08) und der Antrag ist auch verspätet (vgl. hierzu Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, a. Auflage 2008, § 109 Rdnr. 11).

Rechtsgrundlage für die Neufeststellung ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29). Die den einzelnen Behinderungen - welche ihrerseits nicht zum sogenannten Verfügungssatz des Bescheides gehören - zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustandes mit dem bindend festgestellten - früheren - Behinderungszustand ermittelt werden. Dies ist vorliegend der mit Bescheid vom 30. November 1993 wegen Harnblutens mit Eisenmangel, eines Wirbelsäulen-Syndroms, eines Übergewichts, Gelenkveränderungen, eines labilen Bluthochdrucks und depressiver Störungen mit einem GdB von 40 bewertete Behinderungszustand der Klägerin.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind seit 01.07.2001 die Vorschriften des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind (vgl. Art. 63, 68 des Gesetzes vom 19.06.2001 BGBl. I S. 1046). Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 17 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - 9/9a RVs 1/91 - BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - 9 RVs 4/95 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - B 9 SB 3/02 R - BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - 9a/9 RVs 7/89 - SozR 3-3870 § 4 Nr. 1).

Nach § 69 Abs. 3 SGB IX ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in 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. 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. 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. Der Gesamt-GdB ist vorliegend für die Zeit bis zum 31.12.2008 noch 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](#) zu den AHP). Im Übrigen hat die seit 01.01.2009 an die Stelle der AHP getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) die AHP - jedenfalls soweit vorliegend relevant - übernommen und damit gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist (so LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.12.2010, [L 8 SB 1549/10](#), zit. nach Juris).

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass in den gesundheitlichen Verhältnissen der Klägerin und den sich daraus ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen gegenüber den gesundheitlichen Verhältnissen, die dem Bescheid vom 30. November 1993 zugrunde lagen, keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Dies hat das SG in Auswertung der sachverständigen Zeugenaussagen wie dem beigezogenen Gutachten von Dr. M. in überzeugender Weise ausgeführt. Der Senat schließt sich dem an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab. Auch der klägerische Vortrag und die Ermittlungen im Berufungsverfahren führen zu keinem anderen Ergebnis.

Die bei der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen sind mit einem GdB von 30 angemessen und ausreichend bewertet. Der abweichenden Beurteilung von Dr. G. vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Nach den AHP (Teil A Nr. 26.3 = Nr. 3.7 VG) sind stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten. Dass bei der Klägerin stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in höherem Ausmaß oder gar schwere Störungen vorliegen, kann zur Überzeugung des Senats nicht angenommen werden.

Der Senat entnimmt dies den beiden Gutachten von Dr. W. und dem im Wege des Urkundenbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. M. ... Danach leidet die Klägerin an einer gegenwärtig leicht ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung, einer Somatisierungsstörung bei ausgeprägtem bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen körperbezogener Beschwerden, einer Anpassungsstörung und einer neurotischen Entwicklung im Sinne einer Neurasthenie. Dr. W. hat dies ausreichend mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet. Damit geht im Grunde auch Dr. G. konform. Er hat, worauf Dr. G. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme zu Recht hingewiesen hat, die Höherbewertung allein mit den kognitiven Beeinträchtigungen der Klägerin begründet. Diese Bewertung hat Dr. D. im weiteren ungeprüft übernommen, obwohl aus den Akten zahlreiche Anhaltspunkte dafür vorlagen, dass die Klägerin kognitive Defizite aggraviert und ihre Angaben bzgl. des aktuellen Datums, ihres Alters oder der Ehedauer nicht glaubwürdig und Teil ihres Arrangements mit ihrem Ehemann mit doch erheblichem Krankheitsgewinn sind. Darüber hat nicht nur der Sachverständige Dr. W., sondern auch Dr. M. und nicht zuletzt der behandelnde Hausarzt S. berichtet. Dr. W. hat daher das Krankheitsverhalten der Klägerin zutreffend als pseudodement charakterisiert. Die von Dr. G. gestellte Diagnose ist daher weder dokumentiert noch angesichts der deutlichen Aggravationstendenzen der Klägerin nachvollziehbar, sodass der Senat insgesamt seiner Bewertung von einem weiteren Einzel-GdB von 30 für die kognitiven Beeinträchtigungen nicht gefolgt ist.

Soweit Dr. G. für die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, die Osteoporose und Gelenkbeschwerden einen weiteren Einzel-GdB von 30 dargelegt hat, so ist der Senat auch dieser Bewertung nicht gefolgt. Wirbelsäulenschäden werden nur dann mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet, wenn sie mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndroms) einhergehen (AHP Teil A Nr. 28.18 = Nr. 18.9 VG). Die Klägerin leidet nach den Feststellungen von Dr. M. wie den Angaben des behandelnden Hausarztes S., Dr. N. und dem Orthopäden M. lediglich an diskreten Verformungen der Wirbelsäule und einer schlecht trainierten Muskulatur in diesem Bereich, sie kann sich aber weitgehend frei bewegen, wobei sich ein Hinweis auf Instabilität oder Wirbelsäulensyndrome nicht ergibt. Auch bei der Untersuchung durch Dr. W. war die Beweglichkeit endgradig überall durch Schmerzen eingeengt, die Klägerin aber passiv frei beweglich. Gegen eine nennenswerte Einschränkung seitens der Wirbelsäule spricht auch, dass Dr. W. keine neurologischen Ausfälle oder Paresen und, wie dies bei einem Schonverhalten zu erwarten gewesen wäre, Muskelatrophien feststellen konnte. Die Beschwerden an der Wirbelsäule bedingen daher keinen höheren GdB als 10. Hierdurch werden die von der Klägerin beschriebenen Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen ausreichend erfasst.

Aus dem vorgelegten Attest von Dr. M., aus dem sich noch nicht einmal ergibt, wann er die Klägerin untersucht hat, folgt keine andere Bewertung der orthopädischen Befunde. Zum einen ist nicht ersichtlich, ob es sich um Befunde mit Dauerwirkung im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#), d.h. länger als sechs Monate andauernd, handelt. Zum anderen belegen die zusammengestellten Diagnosen noch keine, hier aber allein relevanten Funktionseinschränkungen (so z. B. Koxarthrose bei freier Hüftgelenkbeweglichkeit). Schließlich sind die Diagnosen teilweise nicht nachvollziehbar, so z.B. die einer Polyneuropathie bei seitengleich auslösaren Reflexen oder Bewegungsmaße der HWS, die sich zwischen 20/0/20 und 40/0/40 bewegen. Angesichts fehlender Mitarbeit hat auch der Umstand, dass die Klägerin sich nicht zum Streckstuhl aufrichten konnte, keinerlei Aussagekraft.

Der Senat konnte sich weiter der Bewertung von Dr. D. auf internistischem Fachgebiet nicht anschließen, da das Gutachten in sich widersprüchlich ist. Dr. D. hat gerade eine gute systolische Pumpfunktion sowohl der rechten als auch linken Herzkammer bei Auswurfraction von 74 % festgestellt. Die pharmakologische Stress-Echokardiographie hat keine Hinweise auf eine Insuffizienz im Bereich der Herzkranzgefäße ergeben. Da somit keine hier allein relevante Funktionseinschränkung der Herzleistung belegt werden kann, ist Seitens des Herzens allenfalls ein Einzel-GdB von 10 vertretbar (AHP Teil A Nr. 26.9 = Nr. 9.1.1 VG). Hinsichtlich des Bluthochdrucks müssen, damit von einer mittelschweren Form ausgegangen werden kann, ein diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung vorliegen (AHP Teil A Nr. 26.9 = Nr. 9.3 VG). Bei der Langzeitblutdruckmessung ergab sich ein Gesamtmittelwert von 156/89 mmHg, der

Mittelwert in der Aktiv-Phase betrug 160/96 und in der Ruhe-Phase 137/92 mmHg. Die erforderlichen mehrfach diastolisch erhöhten Blutdruckwerte über 100 mmHg lassen sich somit nicht feststellen, worauf Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme zu Recht hingewiesen hat. Der Bluthochdruck ist daher zu Recht nur mit einem Einzel-GdB von maximal 20 angesichts des Umstands, dass er nach der vorliegenden augenärztlichen Untersuchung des Diakonissenkrankenhauses zu einer Veränderung der Sehnerven geführt, bewertet worden.

Soweit Dr. D. insgesamt einen Gesamt-GdB von 90 vorgeschlagen hat, so hat er hierbei fachfremd auch die von Dr. G. beschriebenen schweren depressiven Störungen, kognitiven Störungen, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Osteoporose und Gelenksbeschwerden ungeprüft mit den von Dr. G. vorgeschlagenen Einzel-GdB eingestellt. Warum dieser Einschätzung nicht gefolgt werden kann, wurde bereits dargelegt.

Soweit zusätzlich ein Fibromyalgiesyndrom mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet worden ist, liegt diese Erkrankung bei der Klägerin bereits nicht vor. Der Senat entnimmt dies dem Gutachten von Dr. M ... Dessen ungeachtet ist die Fibromyalgie im Einzelfall entsprechend den funktionellen Auswirkungen zu beurteilen (AHP Teil A Nr. 28.18 = Nr. 18.4 VG). Das ist hier die somatoforme Schmerzstörung, die bereits bei den psychischen Störungen Berücksichtigung fand. Aus dem Attest von Dr. M. vom 16.05.2011 folgt soweit nichts Neues.

Hinsichtlich der Lunge hat Dr. D. eine leicht- bis mittelgradig kombinierte Ventilationsstörung mit obstruktiven und restriktiven Veränderungen diagnostiziert, die er auf eine diastolische Herzinsuffizienz bei hypertensiver Herzerkrankung zurückgeführt hat. Eine solche Herzinsuffizienz kann aber, wie oben ausgeführt, nicht belegt werden. Soweit die Klägerin an einer eigenständigen Lungenerkrankung COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) leidet, so besteht auch insoweit kein Anlass, ein weiteres lungenfachärztliches Gutachten über die Klägerin einzuholen. Bereits der behandelnde Arzt Dr. K. hat darauf hingewiesen, dass die restriktive Erkrankung auch an einer fehlenden Mitarbeit der Klägerin liegen kann, was mit den Feststellungen der Sachverständigen Dr. M. und Dr. W. einhergeht. Er hat im Weiteren sogar eine obstruktive Lungenerkrankung ausdrücklich ausgeschlossen, im Gegenteil Normalwerte beschrieben und als Therapie lediglich Atemübungen empfohlen. Die Klägerin führt auch keine zielführende lungenfachärztliche Behandlung durch, was gegen einen entsprechenden Leidensdruck spricht. Dr. D. hat im Gegenteil empfohlen, die Klägerin möge sich in eine Untersuchung begeben. Eine Verschlimmerung ist daher nicht substantiiert belegt. Der Senat erachtet deswegen die Einschränkung der Lungenfunktion ausreichend mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet (vgl. AHP Teil A Nr. 26.8 = Nr. 8.2 VersMedV).

Soweit die Klägerin mit ihrer Berufungsbegründung auch auf ihre Augenerkrankung hingewiesen hat, hat diese bereits Eingang in die Bewertung des Beklagten mit einem Einzel-GdB von 10 gefunden. Die Ärzte im Diakonissenkrankenhaus haben die Sehstörungen der Klägerin im Übrigen als psychisch bewertet, die behandelnden Augenärzte haben immer wieder unterschiedliche Werte festgestellt. Es ergeben sich daher keine Hinweise darauf, dass die Sehkraft der Klägerin mehr als unerheblich beeinträchtigt ist (vgl. AHP Teil A Nr. 26.4 = Nr. 4.2 VG). Eine Verschlechterung ist nicht substantiiert dargetan.

Ausgehend von dem im Bereich des Funktionssystems Nervensystem und Psyche vorliegenden Einzel-GdB von 30 führen die Wirbelsäulenbeschwerden mit einem Einzel-GdB von 20 zur Erhöhung des GdB auf 40. Eine weitere Erhöhung ist angesichts der bereits nervenärztlicherseits berücksichtigten Schmerzen nicht gerechtfertigt. Ferner liegt in Gestalt des Bluthochdrucks nur ein Einzel-GdB von 20 vor, die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen bedingen nur Einzel-GdB von 10. Dabei ist schließlich zu berücksichtigen, dass die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin bei der Gesamtwürdigung nicht - wie aber erforderlich (vgl. Teil A Nr. 3 Buchst. b der VG) - mit Gesundheitsschäden vergleichbar sind, für die in der Tabelle ein fester GdB-Wert von 50 angegeben und bei deren Vorliegen damit die Schwerbehinderung anzuerkennen ist. Denn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen ist nicht so erheblich wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung oder bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung (vgl. zu diesen Beispielfällen noch AHP Teil A Nr. 19 Abs. 2 der AHP 2008). Bei der Klägerin ist daher die Feststellung der angestrebten Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) nicht gerechtfertigt.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die Ermittlungen des SG, des Senats und die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen geklärt.

Die Berufung der Klägerin war deswegen zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Die Revision gegen dieses Urteil wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-06-30