

## L 3 SB 4620/10

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

Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen  
S 6 SB 1211/06

Datum  
19.08.2010

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen

L 3 SB 4620/10  
Datum

27.06.2012

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 19. August 2010 wird zurückgewiesen.

Die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 06. September 2010 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob bei der Klägerin ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festzustellen ist, sie also schwerbehindert ist.

Die 1956 geborene türkische Klägerin, die im Besitz einer Aufenthaltsgenehmigung ist, stellte am 29.12.2004 beim Versorgungsamt Ravensburg den Erstantrag nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) auf Feststellung des GdB. In Auswertung der beigezogenen medizinischen Unterlagen gelte Dr. K in der gutachtlichen Stellungnahme vom 14.06.2005 zu der Beurteilung, eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bedinge einen Einzel-GdB von 10, psychovegetative Störungen seien mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Keinen Einzel-GdB von mindestens 10 bedingten der Verlust der Gebärmutter, Osteoporose, Leistenbruch und Rheuma. Mit Bescheid vom 23.06.2005 stellte das Landratsamt Bodenseekreis den GdB der Klägerin mit 20 seit Antragstellung fest. Den hiergegen am 27.07.2005 erhobenen Widerspruch, den die Klägerin nicht weiter begründet hat, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.03.2006 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.05.2006 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Eine Klagebegründung ist zunächst nicht erfolgt. Nachdem die Klägerin am 08.03.2007 ihre behandelnden Ärzte mitgeteilt sowie eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vorgelegt hat, hat das SG die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört. Auf die schriftlichen Zeugenaussagen des Internisten/Lungenfacharztes/Allergologen Dr. W. vom 23.03.2007 (Bl. 29), des Orthopäden Dr. N. vom 28.03.2007, des Internisten, Nephrologen/ Diabetologen Dr. V. vom 02.04.2007, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 30.03.2007 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Z. vom 15.04.2007 wird Bezug genommen.

Dr. K., Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie am Krankenhaus A., hat unter dem 31.07.2007 mitgeteilt, die Klägerin habe sich am 03.05.2007 vorgestellt. Bei ihr bestehe ein Ganzkörperschmerz bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, eine Depression sowie psychosoziale Faktoren, die die Schmerzen mit unterhielten. Nähere Aussagen zu den Funktionsbeeinträchtigungen könnten nach stationärer Behandlung, die für den 15.10.2007 geplant sei, getroffen werden. Unter dem 06.05.2008 hat Dr. K. mitgeteilt, die Klägerin habe den Termin zur stationären Behandlung ab 15.10.2007 nicht wahrgenommen.

Das SG hat daraufhin Dr. L., Neurologie, Psychiatrie, Umwelt-, Verkehrsmedizin, mit der Erstattung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 09.02.2009 hat Dr. L. die Diagnosen einer mittelschweren Depression, verbunden mit Angst- und Somatisierung, eines schmerzhaften Wirbelsäulensyndroms mit vertebralem Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden sowie Cervikobrachialgien, eines beidseitigen Carpal tunnel syndroms und eines Tinnitus beidseits gestellt. Das Wirbelsäulensyndrom sei mit einem Einzel-GdB von 30, das Carpal tunnel syndrom mit einem Einzel-GdB von 20, die Depression mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Auf nervenärztlichem Gebiet betrage der GdB 50, daneben sei der Tinnitus HNO-ärztlich zu bewerten.

In der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.05.2009 hat der Arzt D. die Auffassung vertreten, die seelische Störung, Depression, psychovegetative Störungen sowie funktionelle Organbeschwerden seien mit einem Teil-GdB von 40, die Funktionsbehinderungen der

Wirbelsäule und das Carpal-tunnelsyndrom mit einem Einzel-GdB von jeweils 10 angemessen bewertet. Insgesamt betrage der GdB 40. Ein entsprechendes Vergleichsangebot des Beklagten vom 27.05.2009 lehnte die Klägerin ab.

Da SG hat daraufhin Frau Dr. Z. und den Facharzt für Orthopädie Dr. E. als sachverständige Zeugen gehört. Dieser hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 10.02.2010 die Diagnosen einer multisegmentalen Osteochondrose mit muskulärer Dekompensation sowie Verdacht auf Fibromyalgie gestellt. Eine Coxarthrose hat er ausgeschlossen. Eine Einschätzung des GdB könne er nicht vornehmen. Dr. Z. hat in der schriftlichen Zeugenaussage vom 21.02.2010 mitgeteilt, seit ihrer Stellungnahme vom April 2007 habe sich im Wesentlichen am Gesundheitszustand der Klägerin nichts verändert. Wegen des chronischen Schmerzsyndroms mit ausgeprägter depressiver Verstimmung sei die Klägerin in der Zwischenzeit psychiatrisch und schmerztherapeutisch ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden. Die Hepatitis B sei weiterhin nicht aktiv, die Leberwerte normal. Bei nachgewiesener Unterfunktion der Schilddrüse könne eine Autoimmunthyreopathie trotz der negativen Autoantikörper nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, die Unterfunktion werde mit Schilddrüsenhormonen behandelt.

Mit Gerichtsbescheid vom 19.08.2010 hat das SG den Bescheid des Beklagten vom 23.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.03.2006 abgeändert und den Beklagten verpflichtet, bei der Klägerin ab 29.12.2004 einen GdB von 40 bei dauerhafter Einbuße der körperlichen Beweglichkeit festzustellen. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, für die Depression und die seelische Störung mit psycho-vegetativen Störungen und funktionellen Organbeschwerden sei ein GdB von 40 festzustellen. Die Wirbelsäulenbeschwerden seien mit einem Einzel-GdB von 10 anzusetzen. Entgegen der Beurteilung durch Dr. L., der keinerlei Funktionswerte genannt, sondern lediglich auf schmerzhafte Syndrome hingewiesen habe, könne der aktuellen Auskunft von Dr. E. lediglich der genannte GdB-Grad entnommen werden. Auch das Carpal-tunnelsyndrom sei mit einem Einzel-GdB von 10 angemessen bewertet, dies entspreche den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen.

Mit Bescheid vom 06.09.2010 hat der Beklagte den GdB der Klägerin mit 40 ab 29.12.2004 festgestellt.

Gegen den am 30.08.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 29.09.2010 Berufung eingelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 19. August 2010 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 23. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. März 2006 sowie des Bescheids vom 06. September 2010 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von 50 ab dem 29. Dezember 2004 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Der Senat hat von Dr. Z. die Befundunterlagen seit 01.01.2010 beigezogen. Im Arztbrief vom 04.03.2010 hat Dr. B. die Diagnosen einer rezidivierenden Depression sowie Trauerreaktion nach Tod des Vaters gestellt. Dr. F., Innere Medizin-Endokrinologie, hat im Arztbrief vom 24.09.2010 mitgeteilt, die Klägerin habe sich zur Differentialdiagnostik klimakterischer Beschwerden unter besonderer Fragestellung einer Schilddrüsenerkrankung vorgestellt. Sonographisch habe sich das Bild einer abgelaufenen entzündlichen Schilddrüsenerkrankung, derzeit ohne serologisches Korrelat, ergeben. Das Screening hinsichtlich einer atrophischen Gastritis sei unauffällig gewesen.

Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 16.11.2011 hat die Klägerin ein im Auftrag des Landratsamtes Bodenseekreis am 12.02.2009 erstattetes Gutachten von Dr. M. vorgelegt, in welchem ausgeführt wurde, die Klägerin sei nach § 8 des SGB II nicht erwerbsfähig.

Nachdem die Klägerin weiter mitgeteilt hatte, seit ca. drei Jahren bei dem Orthopäden Dr. R ... in Behandlung zu stehen, hat der Senat diesen als sachverständigen Zeugen gehört. In der schriftlichen Zeugenaussage vom 01.12.2011 hat dieser mitgeteilt, bei der Klägerin bestünden große Schmerzen in beiden Armen und Beinen bei bekannter Fibromyalgie, Minderung der groben Kraft beider Arme bei bekanntem Carpal-tunnelsyndrom links mehr als rechts sowie belastungsabhängige Schmerzen in beiden Kniegelenken bei bekannter Gonarthrose Grad II bis III.

Der Senat hat weiter das für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg im Rahmen eines Rentenverfahrens von Dr. X., Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psycho-therapeutische Medizin, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, am 14.11.2011 erstattete Gutachten beigezogen. Dr. X. hat darin die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit geringer Dysthymie (ICD-10: F 43.2), einer chronischen Lumbalgie bei Bandscheibenschäden und Minderbelastbarkeit (ICD-10: M 54.5), eines beidseitigen Carpal-tunnelsyndroms ohne klinische Funktionseinschränkungen der Hand- bzw. Fingermotorik (ICD-10: G 56.0) anamnestisch leichte, unbehandelte Harninkontinenz (ICD-10: R 32) sowie mäßiges Übergewicht (ICD-10: E 66) genannt. Auf das Gutachten wird im Übrigen Bezug genommen.

Dr. H., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Verkehrsmedizin, Suchtmedizin, hat in einem weiteren für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg erstatteten Gutachten vom 13.04.2010 die Diagnosen eines chronischen, generalisierten Schmerzsyndroms, eines beid-seitigen, linksbetonten Carpal-tunnelsyndroms sowie einer depressiven Anpassungsstörung, in aktuell leichtgradiger Ausprägung gestellt. Im Vordergrund der Beschwerdeschilderung stehe ein generalisiertes Ganzkörperschmerzsyndrom sowie ein Taubeitsgefühl im Bereich beider Hände, daneben immer wieder Phasen mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und tiefer Trauer. Die klinisch-internistische Untersuchung habe keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. Die psychiatrische Exploration habe ein leichtgradiges depressives Syndrom im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung ohne Hinweis auf eine schwere depressive Störung, psychotische Störung oder ein hirnganisches Psychosyndrom ergeben.

In der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27.02.2012 hat Dr. G. ausgeführt, auch unter Berücksichtigung des neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Dr. H. vom 13.04.2010 und des internistisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. X. vom 09.11.2011 sei ein GdB von 50 nicht zu begründen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Akten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist gemäß [§ 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 96 SGG](#) auch der Bescheid vom 06.09.2010, den der Beklagte in Ausführung des Gerichtsbescheids erlassen hat. Über ihn entscheidet der Senat auf Klage.

Die Berufung und die Klage sind jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage der Klägerin zu Recht abgewiesen, soweit sie auf die Zuerkennung eines höheren GdB als 40 gerichtet war.

Zur Darstellung der rechtlichen Voraussetzungen für die Feststellung des GdB sowie der für die Ermittlung des konkreten GdB relevanten Vorgaben der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) sowie der ab dem 01.01.2009 anzuwendenden Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) wird gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug genommen.

Das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend ausgeführt, dass die Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin sowie ein Karpaltunnelsyndrom mit einem Einzel-GdB von jeweils 10 und die Depression mit seelischer Störung, psychovegetativen Störungen und funktionellen Organbeschwerden mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten sind und hieraus ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden ist. Hierauf wird gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Ergänzend ist auszuführen, dass sich eine andere Beurteilung hinsichtlich des für die Wirbelsäulenbeschwerden festzustellenden GdB auch nicht aus der Berufungsbegründung ergibt. Soweit dort unter Bezugnahme auf die Feststellungen von Dr. L. im Gutachten vom 09.02.2009 ausgeführt wird, die Klägerin habe auch Kopfschmerzen und immer wieder auftretenden Sekundenschwindel, auch sei die von Dr. K. beschriebene Schmerzsymptomatik zu berücksichtigen, handelt es sich um gesundheitliche Beeinträchtigungen, die nicht bei der Bewertung der Beeinträchtigungen der Wirbelsäule, sondern im Rahmen der funktionellen Organbeschwerden und psychovegetativen Störungen zu berücksichtigen sind.

Anhaltspunkte für einen höheren GdB bezüglich der Wirbelsäule können auch dem von Dr. M. am 12.02.2009 erstatteten Gutachten nicht entnommen werden, da dieses lediglich die Beschwerdeschilderungen der Klägerin wiedergibt und insbesondere bezüglich der Wirbelsäulenbeweglichkeit keine Messdaten entsprechend der Neutral-Null-Methode enthält. Dem gegenüber kann dem von Dr. X. für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg am 09.11.2011 erstatteten Gutachten entnommen werden, dass bei der Klägerin die Gelenke der oberen und unteren Extremitäten frei beweglich waren. Die Klopfschmerzhaftigkeit in Bereich der gesamten Wirbelsäule ist demgegenüber der somatoformen Schmerzstörung zuzurechnen. Für diese hat das SG, in Verbindung mit einer geringen Dysthymie, zutreffend einen GdB von 40 angesetzt.

Nach Teil B 3.7. VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, 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, solche mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten.

Unter Zugrundelegung dieses Maßstabes ist die bei der Klägerin vorliegende somatoforme Schmerzstörung mit depressiven Elementen als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einem GdB von 40 zutreffend festgestellt. Dr. B. hat im Arztbrief vom 04.03.2010 zwar über eine rezidivierende Depression der Klägerin berichtet, diese jedoch im Zusammenhang mit einer Trauerreaktion auf den Tod des Vaters im Februar 2010 gesehen. Dass es sich hierbei um eine vorübergehende depressive Phase gehandelt hat, entnimmt der Senat dem Umstand, dass Dr. H. bei der gutachterlichen Untersuchung der Klägerin am 09.04.2010 lediglich noch eine zu diesem Zeitpunkt leichtgradig ausgeprägte depressive Anpassungsstörung diagnostiziert hat.

Gegen die Feststellung eines höheren GdB hierfür spricht zudem, dass die Klägerin entsprechende Behandlungsangebote, insbesondere die Durchführung stationärer Maßnahmen, nicht wahrgenommen hat. So hat sie eine im Krankenhaus A. bereits terminierte stationäre Behandlung ab dem 15.10.2007 nicht wahrgenommen. Schließlich hat auch Dr. L. im Gutachten vom 09.02.2009 für die Funktionsbeeinträchtigungen auf nervenärztlichem Gebiet einen GdB von 40 vorgeschlagen.

Soweit Dr. R. ... in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 01.12.2011 mitgeteilt hat, bei der Klägerin bestünden belastungsabhängige Schmerzen in beiden Kniegelenken bei bekannter Gonarthrose II bis III, kann hierauf die Zuerkennung eines GdB für die unteren Extremitäten nicht gestützt werden. Denn eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk hat er nicht mitgeteilt. Bei der Untersuchung durch Dr. X. am 09.11.2011 waren die Hüft-, Knie- und Sprunggelenke der Klägerin unauffällig und frei beweglich, sie konnte den einbeinigen Zehen- und Fersenstand problemlos ausführen, auch war die Muskulatur normal ausgeprägt. Darüber hinaus hat auch der behandelnde Orthopäde Dr. E. keine Kniebeschwerden der Klägerin angegeben.

Eine darüber hinaus bestehende leichte, unbehandelte Harninkontinenz bedingt gem. Teil B 12.2.4. VG keinen höheren Einzel-GdB als 10 und wirkt sich damit auf den Gesamt-GdB nicht erhöhend aus.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-07-12