

L 8 SB 1938/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 5 SB 4354/11

Datum

04.04.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 1938/12

Datum

22.11.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 04.04.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin auf ihren Neufeststellungsantrag vom 20.09.2010 hin ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zuzuerkennen ist.

Der 1957 geborenen, als Altenpflegerin erwerbstätigen Klägerin, deutsche Staatsangehörige, war durch Bescheid des Landratsamts R. (LRA) vom 09.02.2005 seit 16.09.2004 ein GdB von 20 zuerkannt worden (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Bluthochdruck; nicht mit einem Teil-GdB von 10 wurden bewertet: Krampfadern, Hypothyreose, Rheuma).

Den Neufeststellungsantrag vom 01.02.2007 lehnte das LRA mit Bescheid vom 28.09.2007 zunächst ab. Mit Teilabhilfe-Bescheid vom 10.12.2007 (Blatt 81 der Verwaltungsakte des Beklagten) anerkannte das LRA dann einen GdB von 30 seit 01.02.2007 (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Bluthochdruck). Mit Widerspruchsbescheid vom 03.03.2008 wies der Beklagte dann den Widerspruch der Klägerin zurück.

Mit ihrem Neufeststellungsantrag vom 20.09.2010 machte die Klägerin geltend, es bestehe ein chronisch degeneratives Lumbalsyndrom bei BSV L5-S1 2004, ein chronisch degeneratives HWS-Syndrom bei Cervicobrachialgiesyndrom, ein Zustand nach WS-Operation 2004, ein Knieschaden links bei Zustand nach Knie-Operation 2006 und nachfolgenden Arthralgien, ein Zustand nach Venen-Operation rechts 2000 und nachfolgenden Beschwerden, Achilles-Sehnen-Beschwerden bei Tumor/Riss der rechten Ferse, sowie Übergewicht.

Unter Berücksichtigung von ärztlichen Unterlagen, die die Klägerin vorlegte (Berichte Radiologiezentrum M. vom 09.08.2007 und 14.09.2010, Bericht S klinik Bad R. vom 07.09.2010) und einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme vom 28.10.2010 (Dr. D.) lehnte das LRA die Erhöhung des GdB mit Bescheid vom 07.12.2010 ab (berücksichtigte Funktionsbeeinträchtigungen: 1. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, operierter Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, 2. Bluthochdruck, 3. Reizzustand der rechten Achillessehne).

Mit ihrem hiergegen am 03.01.2011 erhobenen Widerspruch machte die Klägerin u.a. geltend, die Wirbelsäulenerkrankung sei mit einem Teil-GdB von 30 nicht ausreichend bewertet. Hinzu komme eine Adipositas, eine Fettstoffwechselstörung, Polyarthralgien sowie Reizzustände der Achillessehne mit spiralförmiger Aufreibung der Achillessehne über 4 cm mit umgebendem Weichteilödem.

Die Klägerin legte ärztliche Berichte des Radiologiezentrums M. vom 15.10.2010 und vom 07.03.2011 sowie von Dr. W.-N. vom 02.03.2011 vor. Des Weiteren legte die Klägerin einen Notfall-/Vertretungsschein vom 05.10.2010 von Dr. M. , einen Laborbericht vom 28.02.2011, eine Medikationsübersicht von Dr. W.-N. vom 02.03.2011, eine Arbeitsmedizinische Stellungnahme des TÜV Süd vom 10.04.2011 sowie Berichte des Radiologiezentrums M. vom 07.03.2011 und 19.07.2011 vor.

Das LRA holte die Auskünfte des behandelnden Orthopäden R. vom 07.05.2011, der behandelnden Allgemeinärztin E. vom 06.05.2011 sowie des Internisten Dr. M. vom 12.09.2011 ein. Aus dem von Frau E. vorgelegten Reha-Entlassungsbericht der S klinik Bad R. vom 08.09.2010

über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (31.08.2010 bis 07.09.2010) findet sich u.a. die Beschreibung einer aufrechten Haltung und bei dorsaler Inspektion ein Schultergleichstand, Beckengeradstand und eine im Lot stehende Wirbelsäule ohne Klopff- oder Stauchungsschmerz. Die Bewegungsausmaße wurden wie folgt mitgeteilt: HWS: Inklination/Reklination: 45-0-45° Rechts-/Linksrotation: 80-0-80° Rechts-/Linkslateroflexion: 40-0-40° BWS: Altersentsprechend freie Mobilität von BWS und Rippen thorax. Rumpfrotation im Sitzen re./li.: 20-0-20° LWS: Schober: 8-10-15 cm FBA minimal: 0 cm BWS/LWS: Re./Li.-Seitneigung 30-0-20° Beugung 90° Streckung 10° ISG:

Unter Berücksichtigung einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. St. vom 21.09.2011, die ausführt, es hätten sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, bei WS-Veränderungen in einem Abschnitt und den angegebenen Bewegungsmaßen sei ein Teil-GdB von 30 angemessen, wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 06.12.2011 zurück.

Am 20.12.2011 hat die Klägerin beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und sinngemäß ausgeführt, die Wirbelsäulenschäden seien mit einem Teil-GdB von mehr als 30 zu berücksichtigen. Auch der Reizzustand der rechten Achillesferse ergebe einen Teil-GdB von mehr als 10; daneben sei ihre Adipositas als Behinderung zu berücksichtigen.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 29 bis 54 sowie 56 bis 58 der SG-Akte Bezug genommen.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin E. hat dem SG unter dem Datum des 24.02.2012 geschrieben, die Klägerin habe im September 2010 wegen einer starken Entzündung der rechten Achillesferse eine geplante Reha-Maßnahme vorzeitig abbrechen müssen. Über Monate hinaus hätten trotz Behandlung starke Schmerzen bestanden. Eine Heilung sei nicht eingetreten. Neben den orthopädischen Erkrankungen bestehe noch ein chronischer Erschöpfungszustand bei chronischer Überforderung. Nach ihrem Eindruck arbeite die Klägerin mit letzter Kraft, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren.

Ärztin E. hat u.a. einen Reha-Entlassungsbericht der S. R. Klinik Bad S. vom 27.12.2011 über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (21.11.2011 bis 12.12.2011; Blatt 44 bis 54 der SG-Akte) vorgelegt. Hieraus ergibt sich u.a. der Befund einer verstärkten Brustkyphose bei relativer Hyperlordose der LWS, ein Druckschmerz in Höhe BWK6/7, sonst kein Klopff- oder Druckschmerz über den Domfortsätzen, ein ausgeprägter Hypertonus der gering ausgeprägten Nacken-, Schulter- und Paravertebralmuskulatur mit tastbaren Myogelosen im Schulter-Nackenbereich. Die Funktionsüberprüfung ergab einen Kinn-Jugulum-Abstand (KJA) von 0/18 cm, eine HWS-Seitneigen rechts/links 40/40°, ein Drehen rechts/links 50/50°, ein Schulter- und Beckengeradstand, einen FBA von 15 cm, ein Seitneigen rechts/links 40/40°, ein Drehen rechts/links 60/60°. Des Weiteren wurde angegeben: OTT 30/34 cm, Schober 10/13 cm.

Der Facharzt für Orthopädie R. hat dem SG mit Schreiben vom 25.02.2012 mitgeteilt, die LWS habe sich stark bis ausgeprägt verspannt gezeigt bei Druckschmerz paravertebral. Lasègue wurde verneint. Es bestünden immer wieder Irritationen L5, S1 beidseits sowie Schmerzsausstrahlung in die Beine, oft claudicatio spinalis. Die Beschwerden der Wirbelsäule seien seit Jahren bekannt, bereits 2008 habe eine Operation der BSV L4-S1 stattgefunden. Seit März 2010 bestünden Beschwerden der rechten Achillessehne. Ende August bis Anfang Oktober 2011 hätten Beschwerden der Brustwirbelsäule bestanden mit starker Verspannung und eingeschränkter Beweglichkeit bei radiologisch degenerativen Veränderungen. Die Achillodynie sei eher als vorübergehende Beschwerde anzusehen, die Beschwerden der Brustwirbelsäule ebenfalls. Die schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt seien mit einem GdB von 30 zutreffend bewertet.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 04.04.2012 die Klage abgewiesen. Seit der letzten bestandskräftigen Feststellung der Behinderungen mit einem GdB von 30 hätten sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Der Wirbelsäulenschaden sei weiterhin mit einem GdB von 30 zu bewerten. An der Lendenwirbelsäule träten wiederkehrend Irritationen im Bereich L5/S1 auf, die zu einer Schmerzsausstrahlung in die Beine führten, jedoch komme es nicht zu motorischen Ausfällen. Auch für sonstige schwere funktionelle Auswirkungen ergäben sich keine Anhaltspunkte. Anlässlich des Heilverfahrens in der R.-Klinik Bad S. 2011 habe sich lediglich ein endgradig positiver Nackendehnungsschmerz bei den Testverfahren nach Lasègue finden lassen, auch sei eine im Wesentlichen uneingeschränkte Beweglichkeit der LWS festzustellen gewesen. Zwar hätten sich auch in den anderen Wirbelsäulenabschnitten schmerzhafte Verspannungen und Myogelosen feststellen lassen, jedoch sei damit keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung verbunden. Ob für die Achillodynie ein Teil-GdB von 10 zu veranschlagen sei, könne dahinstehen. Die Schmerzen wegen der Achillodynie seien inzwischen im Wesentlichen abgeklungen, denn die Klägerin habe anlässlich der Behandlung in der R.-Klinik nicht mehr über Schmerzen in diesem Bereich geklagt. Auch bei den berichteten Beinödemen handle es sich um keine Funktionsstörung mit dauerhaft behindernder Wirkung, denn bei der Untersuchung in der R.-Klinik hätten sich solche Beinödeme nicht beobachten lassen. Die Adipositas stelle keine Behinderung dar. Auch der chronische Erschöpfungszustand sei nicht als Behinderung festzustellen, denn es handle sich dabei um eine Beeinträchtigung vorübergehender Art. Zwar hätten sich zu Beginn des Heilverfahrens in der St. R.-Klinik bei der Klägerin Stimmungsschwankungen feststellen lassen, jedoch sei unter einer psychotherapeutischen Behandlung eine emotionale Stabilisierung eingetreten.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 10.04.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 09.05.2012 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Die Wirbelsäulenerkrankung sei nicht ausreichend berücksichtigt. Zwischenzeitlich sei im Bereich der BWS ein Bandscheibenvorfall festgestellt worden. Unberücksichtigt geblieben sei auch die Verschlusskrankheit rechts. Sie sei deswegen vom 02.08. bis 04.08.2012 in stationärer Behandlung gewesen, eine erneute Crossektomie sei vorgenommen worden. Es sind hierzu die Arztbriefe des Radiologischen Zentrums M. vom 26.03.2012 und 28.01.2013 sowie des D Krankenhauses M. vom 03.08.2012 vorgelegt worden. Des Weiteren hätten sich alle bisherigen Erkrankungen erheblich verschlechtert. Schwerpunktmäßig sei eine Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes hinsichtlich des orthopädischen Leidens sowie hinsichtlich des Venenleidens erforderlich, weshalb von Amts wegen ein orthopädisches Gutachten sowie ein phlebologisches Gutachten einzuholen sei.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 04.04.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids des Landratsamts R. vom 07.12.2010 in der Gestalt seines Widerspruchsbescheides vom 06.12.2011 zu verurteilen, einen GdB von 50 seit

20.09.2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Bewies erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 36 und 37, 49 bis 57, 58 bis 60 und 61 bis 64 der Senatsakte Bezug genommen.

Der Facharzt für Orthopädie R. hat dem Senat mit Schreiben vom 16.02.2013 mitgeteilt, die LWS sei stark bis sehr stark verspannt. Paravertabral bestehe ein Druckschmerz. Die Maße nach Ott bzw. Schober betrügen 30/31 bzw. 10/11. Es bestehe eine Irritation L5/S1 beidseits mit Schmerzausstrahlung in die Beine. Diese seien schwach, wie bei einer Spinalkanalstenose. Es bestünden einige Blockierungen und Schmerzausstrahlung intercostal. Die Beschwerden der LWS seien als schwer anzusehen. Am 15.03.2012 seien Beschwerden des rechten Kniegelenkes geklagt worden, wobei das Knie leicht geschwollen gewesen sei. Seit März 2013 sei eine leichte Zunahme/Verschlechterung der LWS-Beschwerden zu verzeichnen. Die Wirbelsäulenschäden seien mit einem GdB von 30 korrekt bewertet.

Die Internistin Dr. W.-N., die zunächst mit Fax vom 30.01.2013 angegeben hatte, die Klägerin befinde sich seit Februar 2012 nicht mehr in ihrer Behandlung, hat mit Schreiben vom 21.02.2013 u.a. ausgeführt, die Klägerin sei bei ihr zur Mitbehandlung wegen Diabetes mellitus Typ II und einer Autoimmunthyreoiditis vom Hashimoto Typ. Es fänden jährliche Kontrolluntersuchungen statt. Der Diabetes mellitus sei im Grenzbereich. Aktuell gebe es keine Medikation. Der Schilddrüsenstoffwechsel sei hypothyreot und mit L-Thyrox 162.6 µg substituiert.

Dr. R.-M., Praxis für Venen- und Enddarmleiden, hat am 18.03.2013 geschrieben, bis Ende 2012 habe eine operationsbedürftige Varikosis rechts sowie eine Adipositas Grad II bestanden. Bei dem Behandlungstermin im Januar 2013 nach erfolgter Varizen-Operation rechts habe die Klägerin über Schmerzen und Missempfindungen im operierten Bein geklagt. Postoperativ bestehe aufgrund der Venensituation keine Funktionseinschränkung mehr, wegen der Parästhesien sei sie zum Neurologen bzw. Orthopäden überwiesen worden.

Darüber hinaus hat die Klägerin einen Bericht des Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrums der Universitätsmedizin M. vom 04.04.2013 (Blatt 66 und 67 der Senatsakte) eingereicht.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 06.05.2013 hierzu Stellung genommen und mitgeteilt, die Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 30 sei weiterhin nicht möglich.

Die Klägerin hat erklärt (Schreiben vom 10.06.2013) keinen Antrag nach [§ 109 SGG](#) zu stellen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 72, 74 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG](#)) über die Berufung der Klägerin entscheiden, nachdem die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt hatten und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich erscheint.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid des Landratsamts R. vom 07.12.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 06.12.2010 ist nicht rechtswidrig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neu-Feststellung eines GdB von 50 oder mehr. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 18.06.2012 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Aus der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme ergibt sich, dass im vorliegenden Fall der Gesamt-GdB mit 30 zutreffend und ausreichend bewertet ist. Bei den vorliegenden Teil-GdB-Werten von 30, 10 und 10 ist ein Gesamt-GdB von 50 nicht mit den Grundsätzen der GdB-Bewertung nach den Regelungen der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), die in der Anlage zu § 2 VersMedV - Anlage Versorgungsmedizinische Grundsätze (VG) getroffen sind, vereinbar. Für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, den operierten Bandscheibenschaden und den Nervenwurzelreizerscheinungen kann ein höherer Teil-GdB als 30 nicht angenommen werden. Auch der Bluthochdruck ist mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend und zutreffend bewertet. Gleiches gilt für den Reizzustand der rechten Achillessehne, der ebenfalls mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet ist. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat nach eigener Überprüfung. Eine wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 SGB X](#), die zu einer Abweichung von der Feststellung des GdB im Bescheid vom 10.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.03.2008 berechtigen würde, ist damit nicht eingetreten.

Soweit die Klägerin geltend gemacht hat, der für die WS-Beschwerden angenommene Teil-GdB von 30 sei zu niedrig festgesetzt, folgt ihr der Senat nicht. Zwar hat sich ausweislich der Reha-Entlassungsberichte aus den Jahren 2010 und 2011 sowie der Auskunft des Orthopäden R. eine gewisse Verschlechterung der Wirbelsäulensymptomatik ergeben, doch führt diese nicht dazu, dass ein höherer Teil-GdB anzunehmen wäre.

Nach B 18.9 VG ist für Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein (Teil-)GdB von 30, für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen

Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein (Teil-)GdB von 30 bis 40 und für Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) ein (Teil-)GdB von 50 bis 70 vorgesehen.

Der Orthopäde R. konnte gegenüber dem Senat, wie auch gegenüber dem SG, lediglich Befunde mitteilen, die auf einen Wirbelsäulenschaden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, hindeuten. Er selbst hat die BWS-Beschwerden aus dem Jahr 2011 (August bis Anfang Oktober 2011) als vorübergehend bezeichnet. Dem entspricht auch der Bericht der medizinischen Rehabilitation in Bad S. vom 27.12.2011, wo ein relevanter BWS-Schaden nicht mehr dargestellt werden konnte. Daher konnten diese Funktionsbeeinträchtigungen nicht als dauerhafte Behinderung i.S.d. [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) berücksichtigt werden. Soweit im Bericht des Radiologiezentrums M. vom 26.03.2012 (Blatt 26 der Senatsakte) BWS-Beschwerden angesprochen wurden, wurde insoweit eine unklare Genese angegeben und lediglich eine flache Bandscheibenprotrusion ohne Nervenwurzelkontakt im Segment BWK 10/11 mitgeteilt. Arzt R. konnte aber auch nach seinen späteren Untersuchungsterminen BWS-Beschwerden nicht mehr mitteilen. Hieraus lässt sich aber ein höherer Teil-GdB nicht ableiten.

Auch hinsichtlich der LWS-Beschwerden liegen keine Beeinträchtigungen vor, die über das Maß schwerer funktioneller Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, die mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten sind, hinausgehen. Der Orthopäde R. konnte lediglich eine immer wieder auftretende Irritation L5/S1 beidseits mit Schmerzausstrahlung in die Beine, die schwach seien, wie bei einer Spinalkanalstenose, darstellen. Auch die weiteren Befunde einer stark bis sehr stark verspannten LWS mit Druckschmerz paravertebral und einem Zeichen von Ott bei 30/31 cm bzw. Schober von 10/11 cm deuten auf eine gewisse Verschlechterung der Symptomatik hin, bedeuten aber keine Erhöhung des Teil-GdB von 30. Insoweit sieht sich der Senat auch durch den von der Klägerin vorgelegten Bericht von Dr. E. aus dem Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrum der Universitätsmedizin M. vom 04.04.2013 (Blatt 66, 67 der Senatsakte) bestärkt. Dort war mitgeteilt worden, es bestehe ein degeneratives LWS-Syndrom mit Lumboischialgie rechts. Die Klägerin hatte im Untersuchungszimmer ein regelrechtes Gangbild gezeigt, jedoch auch einen Reklinationsschmerz sowie einen mäßigen Klopfschmerz im-Bereich der LWS. Es wurde die Fortführung konservativer Therapien empfohlen. Aus diesen Unterlagen geht noch gerade keine ausgeprägtere Wirbelsäulenerkrankung hervor, als vom SG und dem Beklagten angenommen. Dies wird auch durch den Bericht des Radiologiezentrums M. vom 28.01.2013 (Blatt 39 = 48 der Senatsakte) bestätigt. Dort war bei einer Magnetresonanztomographie der LWS lediglich eine Lumboischialgie rechts bei im Vergleich zur Voruntersuchung nahezu unverändertem Untersuchungsbefund bei mäßiger Steilstellung der LWS mit multisegmentalen breitbasigen Bandscheibenprotrusionen und im Segment LWK 4/5 ausgeprägteren medio-lateralen Protrusionen, hier mit NPP, mitgeteilt worden. Daraus lässt sich aber nicht der Schluss ableiten, der Teil-GdB von 30 sei zu niedrig.

Auch aus den Vorbefunden lässt sich ein ausgeprägteres Wirbelsäulenleiden nicht ableiten, als noch im Jahr 2010 in der S. Klinik (Bericht vom 08.09.2010) ein normales/annähernd normales Bewegungsausmaß erhoben werden konnte (dazu vgl. Blatt 30 ff der SG-Akte); gleiches gilt - nur unwesentlich eingeschränkt im Bewegungsausmaß - aufgrund des Reha-Entlassberichts der S. R. Klinik vom 27.12.2011 (Blatt 44 ff der SG-Akte).

Die von Orthopäden R. genannten, am 15.03.2012 geklagten Beschwerden des rechten Knies i.S. einer Gonarthrose rechts/Menskopathie bedingen keinen eigenständigen Teil-GdB. Denn Bewegungseinschränkungen o.ä. sind nicht feststellbar gewesen (dazu vgl. B Nr. 18.14 VG). Vielmehr hatte Herr R. eine gute Beweglichkeit attestiert und bei den späteren Untersuchungen der Klägerin am 02.04.2012, 17.01.2013, 31.01.2013 und 14.02.2013 (vgl. Blatt 49 der Senatsakte) Kniebeschwerden rechts nicht mehr erheben können.

Ob für die Achillodynie ein Teil-GdB von 10 entsprechend der Bewertung des Beklagten zu veranschlagen ist, kann - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - dahinstehen. Die Schmerzen wegen der Achillodynie sind abgeklungen. Weder hat die Klägerin solche Beschwerden anlässlich der Behandlung in der S. R. Klinik im Jahr 2011 angegeben (vgl. Bericht der S. R. Klinik vom 27.12.2011), noch konnten die Ärzte der Klinik (vgl. Blatt 49 der SG-Akte) oder die behandelnden Ärzte solche aktuell noch darstellen.

Auf internistischem Fachgebiet besteht weder eine relevante Herz- bzw. Lungenerkrankung - der Bericht des Radiologiezentrums M. vom 19.07.2011 (Blatt 43 der SG-Akte) teilt ein allseits leicht vergrößertes Herz und bronchitische Zeichnungsvermehrung ohne Hinweis auf frische Infiltrate oder Ergussbildungen mit -, noch bedingt der Diabetes mellitus Typ II und die Autoimmunthyreoiditis vom Typ Hashimoto, mithin die Schilddrüsenerkrankung, eine GdB-relevante Funktionsstörung. Der Diabetes mellitus ist im Grenzbereich, aber ohne Folgeerkrankungen, die Schilddrüsenerkrankung ist medikamentös ordentlich eingestellt. Damit konnte sich der Senat in Ansehung der Vorgaben von B Nr. 15.1 bzw. 15.6 VG und der Auskunft der behandelnden Ärztin Dr. W.-N. (Blatt 58 der Senatsakte) nicht vom Vorliegen eines entsprechenden Teil-GdB überzeugen. Soweit der Beklagte wegen Bluthochdrucks einen Teil-GdB von 10 angenommen hat, konnte der Senat jedenfalls keine Erkrankungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen feststellen, die einen höheren Teil-GdB begründen könnten.

Auch die berichteten Beinödeme stellen keine Funktionsstörung mit dauerhaft behindernder Wirkung dar. Dies hat das SG zutreffend ausgeführt; sie konnten nicht mit einer sechs Monate überdauernden Wirkung festgestellt werden.

Die Adipositas (125 kg bei 163 cm, vgl. den Entlassbericht der S. R.-Klinik vom 27.12.2011, Blatt 44 der SG-Akte) stellt keine Behinderung dar. Gemäß B Nr. 15.3 VG bedingt die Adipositas für sich keinen Teil-GdB; Folgeerkrankungen konnten aber nicht festgestellt werden.

Das Venenleiden, das von der Klägerin als Verschlusskrankheit bezeichnet wurde und wegen dem sie bei Dr. R.-M. in Behandlung ist, begründet ebenfalls keinen Teil-GdB. Nach erfolgreicher Operation im August 2012 ist die Klägerin beschwerdefrei (vgl. den Bericht des Gefäßzentrums O. vom 03.08.2012, Blatt 41 ff der Senatsakte). Für die Zeit nach der Operation konnte keine Funktionseinschränkung mehr angegeben werden. Für die Zeit vor der Operation hatte Dr. R.-M. lediglich leichte Funktionsbeeinträchtigungen durch die Varikosis angegeben. Damit konnte sich der Senat weder für die Zeit vor noch für die Zeit nach der Operation im August 2012 vom Vorliegen einer GdB-relevanten Funktionsbeeinträchtigung überzeugen.

Die von Dr. R.-M. angegebenen Parästhesien konnten von keinem anderen ärztlichen Behandler bestätigt werden, weshalb ein Teil-GdB auch insoweit nicht anzunehmen ist.

Der von der Hausärztin E. geschilderte chronische Erschöpfungszustand ist ebenfalls nicht als Behinderung festzustellen, denn auch hier hat

es sich um eine Beeinträchtigung vorübergehender Art gehandelt. Frau E. konnte diesen Zustand nicht als für mehr als sechs Monate bestehend angeben. Hierfür spricht auch, dass zu Beginn der Rehabilitation in der S. R.-Klinik bei der Klägerin Stimmungsschwankungen festzustellen waren, diese sich aber unter einer psychotherapeutischen Behandlung verbessert hatten (vgl. den Entlassbericht vom 27.12.2011, Blatt 50, 51 der SG-Akte).

Weitere Funktionsbeeinträchtigungen, die einen Teil-GdB von mindestens 10 bedingen, liegen beim Kläger nicht vor.

Auch die Feststellung des Gesamt-GdB von 30 ist zutreffend. Denn 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 (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG 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). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Das ist bei der Klägerin nicht der Fall. Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB mit 30 zutreffend bemessen ist. Ist der Gesamt-GdB heute, wie auch im Bescheid vom 10.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.03.2008 mit 30 zu bewerten, so ist eine wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 SGB X](#) nicht eingetreten.

Die Auskünfte der behandelnden Ärzte unter Einschluss der von der Klägerin vorgelegten Berichte sind schlüssig, bilden den Gesundheitszustand der Klägerin in vollem Umfang ab und bilden so die Grundlage der Entscheidung des Senats. Daher waren weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht durchzuführen. Soweit die Klägerin zunächst beantragt hatte, ein orthopädisches und ein phlebologisches Gutachten einzuholen, und dies nicht lediglich eine Beweisermittlungsanregung darstellen sollte, hat sie diesen Beweisantrag nicht aufrecht erhalten. Denn mit dem ausdrücklichen Verzicht auf ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) sowie der Zustimmung zur Entscheidung nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ist der Beweisantrag überholt (vgl. BSG 31.05.2000 - [B 2 U 142/00 B](#), juris), er wurde auch nicht hilfsweise aufrechterhalten.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-12-03