

L 8 SB 1008/13

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

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 24 SB 2659/11

Datum
28.02.2013

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1008/13

Datum
28.03.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.02.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 seit 16.07.2010 zusteht, hilfsweise zumindest die Voraussetzungen einer Gleichstellung gemäß [§ 2 Abs. 3 SGB IX](#) zu erreichen (Blatt 48 der Senatsakte).

Die 1962 geborene Klägerin, deutsche Staatsangehörige, ist vollschichtig in einem Hotel als Zimmermädchen beschäftigt.

Am 16.07.2010 beantragte sie beim Landratsamt B. - Versorgungsamt in S. - (im Folgenden: LRA) die (Erst-)Feststellung eines GdB (Blatt 1/4 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag verwies sie auf eine arterielle Hypertonie, eine ACG-Arthrose links sowie ein Outlet-Impingement bei hyperthropher AC-Gelenksarthrose der linken Schulter.

Das LRA holte eine Auskunft des behandelnden Internisten Dr. K. ein, der ausführte, unter Therapie hätten sich noch nicht ganz zufriedenstellende Blutdruckwerte gezeigt (Blatt 8 der Beklagtenakte). Dr. K. legte weitere ärztliche Berichte und Unterlagen vor (Blatt 9/30 der Beklagtenakte), u.a. - einen Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 08.12.2009 (Blatt 9 der Beklagtenakte), aus dem sich ergibt, die Klägerin habe seit 5 bis 6 Jahren Kopfschmerzen, - einen Bericht des Internisten, Angiologen, Diabetologen Dr. N. vom 26.02.2010 (Blatt 10 der Beklagtenakte), der eine Nierenstenose ausschloss, aber eine arterielle Hypertonie feststellte, - Berichte der Ärztin für Pathologie Dr. G. vom 16.04.2010 (Blatt 13, 14 der Beklagtenakte), - einen Entlassbericht von Dr. W. vom 28.05.2010 aus der ambulanten Rehabilitation (29.04.2010 bis 28.05.2010) im N. m. Z. B. C. (Blatt 20/26 der Beklagtenakte). Der Versorgungsarzt S. schätzte in seiner Stellungnahme vom 06.09.2010 (Blatt 32/33 der Beklagtenakte) den GdB auf 10 ein (zugrundeliegende Funktionsstörungen: Bluthochdruck (Teil-GdB 1), Schulter-Arm-Syndrom, operiert, (Teil-GdB 10)). Dem folgend lehnte das LRA mit Bescheid vom 28.09.2010 (Blatt 34/35 der Beklagtenakte) die Feststellung eines GdB ab, weil die geltend gemachten Gesundheitsstörungen eines Schulter-Arm-Syndroms, operiert, und eines Bluthochdrucks keinen GdB von wenigstens 20 bedingten.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch vom 28.10.2010 (Blatt 36/38 der Beklagtenakte) begründete die Klägerin u.a. damit, dass sie neben den orthopädischen Erkrankungen, die für sich genommen bereits einen GdB von 40 rechtfertigten, auch an einem Schlafapnoe-Syndrom sowie einem Bluthochdruck leide, für den ebenfalls ein Einzel-GdB von 20 bis 30 anzusetzen sei. Des Weiteren leide sie an neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen wie schweren Schlafstörungen, chronischer Müdigkeit, einem Gefühl der ständigen Abgeschlagenheit und Überforderung, mangelnder Stressresistenz sowie einem schweren psychischen Belastungssyndrom. Für diese sei ebenfalls ein Einzel-GdB von 30 bis 40 anzusetzen.

Auf Anfrage des LRA teilte der Arzt für Orthopädie Dr. G. am 22.11.2010 (Blatt 42 der Beklagtenakte) u.a. mit, beklagt würden Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Hier zeigten sich immer wieder rezidivierende Blockierungen der HWS, BWS und LWS, die durch chirotherapeutische Behandlungen, Infiltrationen und manuelle Therapien gebessert werden könnten. Die Röntgenaufnahmen der LWS vom 27.05.2008 zeigten einen unauffälligen Befund mit unauffälliger Lordosierung und normaler Weite der Zwischenwirbelräume. Die Röntgenaufnahme der HWS vom 08.07.2008 zeige eine normale Lordosierung der HWS mit normaler Weite der Zwischenwirbelräume ohne osteochondrotische oder spondylotische Ausziehungen.

Die Klägerin hat vorgelegt - den OP-Bericht von Dr. S. vom 02.02.2010 (Blatt 49/50 der Beklagtenakte) über eine am 26.01.2010 durchgeführte Arthroskopie und Bursoskopie des linken Schultergelenks, - einen Bericht des Facharztes für Neurochirurgie Dr. K. vom 28.11.2010 (Blatt 51/53 der Beklagtenakte), in dem er einen Residualschmerzzustand bei Zustand nach endoskopischer Schulteroperation links und Zustand nach Radiusfraktur rechts beschreibt. In diesem Bericht führt Dr. K. aus: "Es wurde bislang eine Schwerbehinderung von 20 vom Versorgungsamt festgestellt, durch weitere Versuche wäre denkbar dass man auf 30 käme, dafür wird man jedoch einen langen Weg einplanen müssen." - einen Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. vom 06.12.2010 (Blatt 46/47 der Beklagtenakte), Dr. L. führte aus, die Klägerin habe 2006 einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem sie sich eine Radiusfraktur des rechten Unterarms zugezogen habe. Seitdem habe die Klägerin in der rechten Hand Schmerzen, die sowohl in Ruhe als auch bei Belastung vorhanden seien bzw. sich verstärkten. Die Hand schwelle an und sei in ihrer Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Hinzu kämen schmerzhaft Veränderungen des linken Schultergelenks (Arthrose und Tendinitis). Die Muskulatur des linken Unterarms und der linken Hand sei deutlich dystrophisch. Infolge der seit 2006 anhaltenden chronischen Schmerzen habe die Klägerin eine depressive Symptomatik entwickelt, gekennzeichnet durch eine ausgeprägte affektive Herabstimmung, die bis zum Fehlen jeglicher emotionaler Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit gehe. Schließlich bestehe ein sozialer Rückzug, sie meide so gut wie alle Kontakte außerhalb des Hauses.

Auf Grundlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. M.-T. vom 24.02.2011 (Blatt 59/60 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsstörungen: Bluthochdruck (Teil-GdB 10), Schulter-Arm-Syndrom, operiert, Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks (Teil-GdB 10), Depressive Verstimmung (Teil-GdB 10); mangels Teil-GdB von 10 nicht berücksichtigte Gesundheitsstörungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Fußbeschwerden links, Verdacht auf Morbus Sudeck) sowie unter Berücksichtigung eines Bescheids der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten vom 08.10.2007 (BGN, Blatt 72/73 der Beklagtenakte) über die Ablehnung eines Rentenanspruchs und eines von Prof. Dr. S. für die BGN erstellten Ersten Rentengutachtens vom 04.06.2007 (Blatt 67/71 der Beklagtenakte) stellte das LRA mit (Teil-)Abhilfebescheid vom 31.03.2011 (Blatt 75/76 der Beklagtenakte) bei der Klägerin ab dem 16.07.2010 einen GdB von 20 fest.

Nachdem die Klägerin auch hiergegen (Blatt 80/82 der Beklagtenakte) Widerspruch erhob und auf ihre Funktionsbehinderung verwies, wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch im Übrigen zurück (Widerspruchsbescheid vom 28.04.2011, Blatt 84/86 der Beklagtenakte). Die bei der Klägerin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen seien in vollem Umfang erfasst und mit einem GdB von 20 ausreichend bewertet.

Am 03.05.2011 hat die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Sie sei in multipler Weise derart chronisch beeinträchtigt, dass ein GdB von wenigstens 50 anzuerkennen sei. Es bestünden orthopädische, internistische und neurologisch-psychiatrische Erkrankungen. Die Klägerin hat hierzu einen Bericht des Facharztes für Diagnostische Radiologie und Chirurgie Dr. S. vom 07.06.2011 (Blatt 12 der SG-Akte) vorgelegt, in dem dieser einen Verdacht auf lumbalen Bandscheibenvorfall, Lumbalgie links, angab.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 25/44, 45/46, 53/59 und 63/65 der SG-Akte Bezug genommen. Der Internist und Gastroenterologe Dr. K. hat dem SG am 27.06.2011 geschrieben, er teile die ihm übersandte Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes. Es liege eine leichte Hypertonie vor. Dr. G., Arzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, hat dem SG mit Schreiben vom 02.07.2011 mitgeteilt, die vorhandenen Beschwerden seien allesamt als geringfügig bis leicht einzustufen. Er schließe sich der ihm übersandten Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes an. Die Schultererkrankung sei bedingt durch eine Ausstrahlung von der HWS, die Schulter selbst zeige sich unauffällig, sodass keine Bewegungseinschränkung bedingt sei. Auch liege eine Instabilität des Schultergelenks nicht vor. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. K. hat dem SG gegenüber ausgeführt (Schreiben vom 19.09.2011), die Klägerin sei lediglich am 26.11.2010, am 11.03.2011 und am 01.06.2011 bei ihm gewesen. Ein Schulter-Arm-Syndrom links leichten bis mittleren Grades bedinge einen Teil-GdB von 20, Restbeschwerden nach operativer Behandlung einer Handgelenksfraktur rechts leichteren Grades bedingen einen Teil-GdB von 10. Wegen Bewegungsstörungen am linken Vorfuß infolge eines Hallux valgus sei eine orthopädische Beurteilung notwendig. Er teile die ihm übersandte Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes. Dr. L., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, hat dem SG am 01.11.2011 geschrieben, bei der Klägerin bestünde eine chronische Depression, eine Sudeck'sche Dystrophie nach Radiusfraktur des rechten Unterarms und Arthrose und Tendinitis des rechten Schultergelenks sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Alleine aus psychiatrischer Sicht betrage der GdB mindestens 50. Hierfür sei der soziale Rückzug verantwortlich. Die Klägerin meide so gut wie alle Kontakte.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 29.12.2011 (Blatt 69/70) vorgeschlagen, die GdB-Bewertung wie folgt zu fassen: - Seelische Störung, Depressive Verstimmung (Teil-GdB 20), - Bluthochdruck (Teil-GdB 10), - Schulter-Arm-Syndrom, operiert, Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks (Teil-GdB 10), Gesamt-GdB: 20.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. V. und gemäß [§ 109 SGG](#) beim Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychotherapie, Rehabilitationswesen, Dr. R. ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 78/94 sowie 106/118 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. V. hat in seinem Gutachten vom 28.03.2012 eine somatoforme Schmerzstörung, eine depressive Störung, derzeit leicht ausgeprägt, sowie ein leichtes Karpaltunnelsyndrom links festgestellt (fachfremde Diagnosen: 2006 distale Radiusfraktur rechts, folgenlos verheilt, kein Hinweis für komplexes regionales Schmerzssyndrom (Morbus Sudeck); degenerative Veränderungen linkes Schultergelenk). Für die somatoforme Schmerzstörung und die depressive Störung hat Dr. V. einen Teil-GdB von 20, für das Karpaltunnelsyndrom einen Teil-GdB von 10 vorgeschlagen. Den Gesamt-GdB stellte er mit 20 fest. Dr. R. hat (Gutachten vom 06.11.2012) bei der Klägerin eine somatoforme Schmerzstörung bei ängstlicher, abhängiger Persönlichkeit mit Bildungsmangel und Anpassungsstörung sowie einen Zustand nach Radiusfraktur rechts festgestellt. Die depressive Verstimmung sei mit einem Teil-GdB von 30, die Folgen der Radiusfraktur mit einem Teil-GdB von 20, der Hypertonus mit einem Teil-GdB von 10 und die Adipositas mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Zusammen genommen mit Persönlichkeitsstörung, Bildungsmangel und Depressionsneigung sei der Gesamt-GdB mit 50 anzusetzen.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. vom 15.12.2012 (Blatt 123/124 der SG-Akte), der ausgeführt hat, aus dem Status einer Nichtschwimmerin könne nicht, wie aber von Dr. R. angenommen, auf eine soziale Phobie geschlossen werden, vorgeschlagen, die GdB-Bewertung wie folgt zu fassen: - Seelische Störung, Depressive Verstimmung (Teil-GdB 20), - Bluthochdruck (Teil-GdB 10), - Schulter-Arm-Syndrom, operiert, Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks, Carpaltunnelsyndrom (Teil-GdB 10),

Gesamt-GdB: 20.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 28.02.2013 die Klage abgewiesen. Bei der Klägerin komme die Feststellung eines höheren GdB als 20 nicht in Betracht.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 06.03.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin unter Wiederholung ihres Widerspruchs- bzw. Klagevorbringens am 06.03.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Sie leide an einem Schlafapnoe-Syndrom, Bluthochdruck, einer chronischen Lungenerkrankung, einer Wirbelsäulenerkrankung mit erheblicher Funktionsbehinderung, HWS-, LWS- und BWS-Schäden, einem Schulter-Arm-Syndrom, einem Zustand nach Schulter-Operation, Schmerzen und Funktionsbehinderung der Schulter links, Schmerzzustände insbesondere im Bereich des Rückens, Schmerzen im Bereich der linken Hand und aller Finger der linken Hand (ein Öffnen der linken Hand sei nicht möglich), einem Carpal-tunnelsyndrom links, einem Zustand nach Radiusfraktur rechts, einem Morbus Sudeck, erheblichen Gehstörungen, Schmerzen im Fersenbereich sowie an neurologischen und psychiatrischen Störungen, schweren Schlafstörungen, chronischer Müdigkeit, einem Gefühl der ständigen Abgeschlagenheit und Überforderung, einer deutlichen Leistungsreduzierung auch im Alltag, einer mangelnden Stressresistenz, einem schweren psychischen Belastungssyndrom sowie an Adipositas. Sie sei ist ständig mit allem überfordert und müsse sich tagsüber oft stundenlang hinlegen. Sie schließe sich dem Gutachten von Dr. R. an. Das SG habe die zahlreichen Schmerzen und die daraus folgenden Schwierigkeiten für den Alltag unzureichend gewürdigt. Sie leide neben den Schmerzen unter einer deutlichen Minderbelastbarkeit.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.02.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides des Landratsamts B. vom 28.09.2011 in der Fassung des (Teil-)Abhilfebescheids vom 31.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 28.04.2011 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit 16.07.2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Im Vordergrund stehe eine leichtere seelische Störung. Daneben lägen leichte Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet sowie durch einen Bluthochdruck vor. Während die Klägerin bei Dr. V. einen normalen Tagesablauf mit vollschichtiger Tätigkeit als Zimmermädchen in einem Hotel geschildert habe, habe sie sich bei Dr. R. ausgesprochen unbeholfen, ungeschickt und nicht in der Lage gezeigt, einen einfachen Zahlen bzw. Buchstabentest durchzuführen. Laut den Angaben bei Dr. V. sei sie jedoch 5 Jahren in der Türkei in die Schule gegangen, was ihr keine Schwierigkeiten bereitet habe. Es dränge sich deshalb der Eindruck auf, dass die Klägerin im Rahmen der Begutachtung bei Dr. R. ein gewisses zielgerichtetes Verhalten an den Tag gelegt habe, das nicht ihrem tatsächlichen Zustand entspreche. Insofern sei das Gutachten Dr. R. nicht nachvollziehbar.

Die Klägerin hat - einen Bericht des Facharztes für Radiologie und Chirurgie Dr. S. vom 07.06.2011 (Blatt 33 der Senatsakte), - einen Bericht von Dr. G. vom 03.06.2013 (Blatt 35 der Senatsakte) sowie - ein mit "Gutachterliche Stellungnahme" überschriebenen Auskunfts von Dr. L. vom 16.07.2013 (Blatt 36/37 der Senatsakte) sowie - ein von Dr. L. an den Bevollmächtigten der Klägerin gerichtetes Schreiben vom 09.08.2013 (Blatt 42/43 der Senatsakte) vorgelegt.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten in einem Termin am 21.10.2013 erörtert Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termin wird auf Blatt 47/49 der Senatsakte Bezug genommen.

Die Klägerin hat daraufhin - ein Attest von Dr. G. vom 30.10.2013 (Blatt 55 der Senatsakte), - ein Attest von Dr. K. vom 03.12.2013 (Blatt 56 der Senatsakte), - einen Bericht von Dr. S. vom 06.09.2012 (Blatt 57 der Senatsakte), - einen Bericht des Radiologen Dr. D. vom 22.05.2013 (Blatt 58 der Senatsakte), - einen Bericht des HNO-Arztes Dr. P. vom 29.10.2012 (Blatt 59 der Senatsakte), - einen Bericht des Neurologen Dr. R. vom 23.09.2010 (Blatt 60/61 der Senatsakte), - einen Bericht der Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie Dr. R. vom 26.01.2011 (Blatt 62 der Senatsakte), - einen Reha-Entlassbericht vom 28.05.2010 (Dr. W., Blatt 63/69 der Senatsakte) sowie - einen Bericht des Internisten, Angiologen, Diabetologen Dr. N. vom 26.02.2010 (Blatt 70 der Senatsakte) vorgelegt.

Der Beklagte hat mitgeteilt (Schreiben vom 20.01.2014, Blatt 71/72 der Senatsakte), auch in Kenntnis der vorgelegten ärztlichen Unterlagen verbleibe sie bei ihrer Auffassung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Bl74, 75 der Senatsakte).

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der weiteren Einzelheit des Sachverhalts wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des 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 unbegründet.

Der Bescheid des Landratsamts B. vom 28.09.2011 in der Fassung des (Teil-)Abhilfebescheids vom 31.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 28.04.2011 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 20. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 28.02.2013 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

Bei der Klägerin bestehen zunächst Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet. Die Funktionsstörungen im Funktionssystem Arme (A 2.

Buchst e VG), wozu auch die Schulter und die Hände gehören, ergeben sich im Fall der Klägerin aus dem operierten Schulter-Arm-Syndrom, der Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks und dem Karpaltunnelsyndrom. Hierfür hat der Beklagte einen Teil-GdB von 10 angenommen. Dies ist angemessen und zutreffend. Gemäß B Nr. 18.13 VG begründen - Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 10 und - Bewegungseinschränkungen des Handgelenks geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40 Grad/einen Teil-GdB-Rahmen von 0 bis 10. Die Klägerin kann die Schulter aktiv bis 100°, passiv bis 120° (Abduktion), aktiv 120°, passiv 130° (Anteversion) sowie 30° in der Außenrotation bewegen (vgl. den Reha-Entlassbericht von Dr. W. vom 28.05.2010 Blatt 63/69, dort Blatt 69 der Senatsakte). Auch konnte Dr. W. mit Ausnahme der Schultergelenke sonst schmerzfreie Beweglichkeit der sonstigen Gelenke der oberen Extremitäten feststellen (Blatt 67/68 der Senatsakte). Auch am 03.06.2013 konnte der behandelnde Orthopäde Dr. G. noch eine freie - wenn auch schmerzhafte - Beweglichkeit der Schulter feststellen, von Beeinträchtigungen der Funktion der Hand bzw. der Handgelenke konnte er nicht berichten (Blatt 35 der Senatsakte); in dem von der Klägerin vorgelegten Attest vom 30.10.2013 (Blatt 55 der Senatsakte) hat Dr. G. hinsichtlich der oberen Extremitäten ebenfalls lediglich von einer Bursitis olecrani (Schleimbeutelentzündung im Ellenbogen), einer Bursitis subacromialis rechts (Schleimbeutelentzündung im Schultergelenk) berichtet. Dr. R. konnte von einer erfolgreichen Operation des Karpaltunnelsyndroms rechts (Bericht vom 23.09.2010, Blatt 60/61 der Senatsakte), Dr. K. von einer erfolgreichen Schulteroperation - zwar mit einem Residualschmerz, aber ohne objektivierbare Auffälligkeiten (Bericht vom 28.11.2010, Blatt 35/37 der SG-Akte) - berichten. Hinsichtlich des Karpaltunnelsyndroms links hat Dr. K. bereits im Jahr 2010 zu einer Operation geraten (Blatt 37 der SG-Akte, wiederholt im Jahr 2011, Blatt 39/40 der SG-Akte). Dieses hat Dr. V. in seinem Gutachten mit einem Teil-GdB von 10 bewertet. Vor diesem Hintergrund ist auch die Zustimmung von Dr. G. zur versorgungsärztlichen Einschätzung des Teil-GdB (vgl. seine Auskunft gegenüber dem SG, Blatt 45/46 der SG-Akte) schlüssig. Auf dieser Basis konnte der Senat für das Funktionssystem der oberen Extremitäten unter Einschluss des leichten Karpaltunnelsyndroms links lediglich einen Teil-GdB von 10 feststellen.

Dabei begründet der Zustand nach Schulter-Operation an sich keinen eigenständigen Teil-GdB, sondern ist im Rahmen der Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen des Schultergelenks zu berücksichtigen. Die Schmerzen der Schulter sind ebenfalls im Rahmen der vorstehenden Bewertung des auf das Funktionssystem der oberen Extremitäten entfallenden Teil-GdB berücksichtigt. Gleiches gilt für den Zustand nach Radiusfraktur rechts, sowie die Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der linken Hand und der Finger der linken Hand. Soweit die Klägerin angibt, ein Öffnen der linken Hand sei nicht möglich, hat keiner der Ärzte hierzu medizinische Ursachen angeben, geschweige denn diese Störung überhaupt bestätigen können. Lediglich ein beklagtes nächtliches Einschlafen der Finger (Blatt 60 der Senatsakte) konnte ärztlich dargelegt werden, jedoch war der neurologische Befund insoweit unauffällig (vgl. Bericht Dr. R. vom 23.09.2010, Blatt 60/61 der Senatsakte).

Im Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Hals-wirbelsäule zählt, ist ein Teil-GdB von mehr als 10 nicht anzunehmen. Zwar hat Dr. G. zuletzt (Blatt 55 der Senatsakte) eine BWS-Blockierung, eine Lumboschialgie links mit Verdacht auf lumbalen Bandscheibenvorfall, eine SIG-Blockierung links sowie eine Cervicobrachialgie links mitgeteilt. Dr. G. hatte schon unter dem 22.11.2010 dem Beklagten (Blatt 42 der Beklagtenakte) mitgeteilt, es komme immer wieder zu rezidivierenden Blockierungen der HWS, BWS und LWS, die durch chirotherapeutische Behandlungen, Infiltrationen und manuelle Therapien gebessert werden könnten. Darstell- bzw. messbare Funktionsbeeinträchtigungen, außer bloßen Schmerzen, konnten aber weder die behandelnden Ärzte noch die Klägerin im Erörterungstermin darlegen. Dagegen konnte Dr. W. (Blatt 63/69, dort Blatt 68 der Senatsakte) darlegen, dass die Halswirbelsäule bei freier Beweglichkeit in alle Richtungen, schmerzlos, ohne Druckschmerz über den Dornfortsätzen oder paravertebral vorgefunden worden war. Es bestand ein weitgehender Schulter- und Beckengeradestand, eine wesentliche skoliootische Fehlstellung war nicht vorhanden. Ein Klopfschmerz über den Dornfortsätzen von Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule bestand nicht. Auch ein Druckschmerz paravertebral oder im Bereich der SIG bestand nicht. Der Finger-Boden-Abstand war mit 20 cm, schmerzlos, bei raschem Wiederaufrichten des Oberkörpers, berichtet worden; Dr. R. berichtet unter dem 26.01.2011 von Zeichen nach Schober bzw. Ott von jeweils 4 cm (Blatt 38 der SG-Akte). Dr. G. hat gegenüber dem SG (Blatt 45/46 der SG-Akte) die Wirbelsäulenbeschwerden bei Druckschmerz im unteren LWS-Bereich, SIG links und Verdachts auf lumbalen Bandscheibenvorfall - der sich aber am 07.06.2011 nicht erhärten ließ - als leichtgradig eingestuft. Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten bestehen nicht. Angesichts der derzeit vorliegenden Unterlagen und Befunde ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass angesichts der rezidivierenden Blockierungen der HWS, BWS und LWS mithin geringe funktionelle Auswirkungen vorliegen, sodass allenfalls ein Teil-GdB von 10 angenommen werden konnte. Bei der GdB-Bewertung des Funktionssystems der Wirbelsäule hat der Senat auch die Schmerzzustände im Bereich des Rückens berücksichtigt.

Hinsichtlich des Funktionssystems der Beine konnte sich der Senat nicht vom Vorliegen einer GdB-relevanten Gonarthrose überzeugen. Zwar hat Dr. G. am 30.10.2013 (Blatt 55 der Senatsakte) eine primäre Gonarthrose links bzw. rechts angegeben, doch konnte der Senat - auch wenn die Klägerin Gehstörungen geltend macht - aus keiner der vorliegenden ärztlichen Unterlagen Anhaltspunkte für eine relevante Bewegungseinschränkung im Kniegelenk i.S. von B Nr. 18.14 VG ableiten. Ein Teil-GdB war daher nicht anzusetzen. Auch begründen die Schmerzen im Fersenbereich keinen eigenständigen Teil-GdB. Dr. G. hat gegenüber dem SG (Blatt 45/46 der SG-Akte) lediglich einen Druckschmerz im Bereich der linken Ferse bei äußerlich unauffälliger Ferse ohne röntgenologisch nachweisbarem Fersensporen dargelegt. In seinen letzten Äußerungen vom 03.06.2013 (Blatt 35 der Senatsakte) und vom 30.10.2013 (Blatt 55 der Senatsakte) hat er Erkrankungen bzw. Beschwerden der Ferse nicht mehr angeben können. Ein Teil-GdB war daher - auch wenn die Klägerin Gehstörungen angibt - nicht anzusetzen. Gleiches gilt für die Nagelmykose am Großzeh rechts sowie den Hallux valgus links.

Soweit die Klägerin erhebliche Gehstörungen geltend macht, ist hierfür ein hinreichendes organisches Korrelat von keinem Arzt beschrieben worden, somit begründet dies auch keinen Teil-GdB.

Ein Morbus Sudeck, wie von Dr. L. angeführt, - heute eher als CRPS bezeichnet - konnte bei der Klägerin nicht festgestellt werden. Denn Dr. V. (Blatt 92 der SG-Akte = Seite 15 des Gutachtens) konnte entsprechende Veränderungen und Störungen nicht erheben. Ein Teil-GdB war daher nicht anzunehmen.

Auch eine rheumatische Erkrankung konnte ausgeschlossen werden (vgl. Bericht Dr. R. vom 26.01.2011, Blatt 38 der SG-Akte). Soweit Dr. R. (a.a.O.) von einem chronischen Schmerzsyndrom des Fibromyalgie-Typs ausgeht, begründet auch eine Fibromyalgie nach B Nr. 18.4 VG keinen eigenständigen Teil-GdB im orthopädischen Bereich. Die Erkrankung ist vielmehr als Schmerzzerkrankung im Rahmen der psychischen Erkrankungen entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

Auf internistischem Fachgebiet besteht bei der Klägerin ein Bluthochdruck, der mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend und zutreffend bewertet ist. Insbesondere hat der vom SG befragte Internist Dr. K. lediglich einen leichtgradigen Hypertonus feststellen können (Blatt 25 der SG-Akte). Auch hat er sich der Bewertung mit einem Teil-GdB von 10 durch den Versorgungsarzt angeschlossen. Aus den von Dr. K. vorgelegten Unterlagen, aber auch aus den zahlreichen im Verwaltungsverfahren eingeholten Unterlagen, ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades, wie sie B Nr. 9.3 VG für die Eröffnung des GdB-Rahmens von 20 bis 40 vorsehen, z.B. Augenhintergrundveränderungen, Fundus hypertonicus I-II und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie, oder einen diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung. Damit liegt lediglich eine leichte Form der Hypertonie vor, für die nach B Nr. 9.3 VG ein GdB-Rahmen von 0 bis 10 eröffnet ist, sodass die Bewertung mit einem Teil-GdB von 10 angemessen ist.

Soweit die Klägerin angibt, an einem Schlafapnoe-Syndrom zu leiden, finden sich hierfür in den Unterlagen der behandelnden Ärzte (vgl. z.B. die Unterlagen von Dr. K. auf Blatt 25/44 der SG-Akte) keine Ansätze. Soweit die Klägerin im Erörterungstermin (Blatt 47/49 der Senatsakte) angegeben hat, von einem Arzt wegen des Schlaf-Apnoe-Syndroms ein Spray bekommen zu haben, lässt sich dies weder bei den befragten Ärzten, aber auch nicht aus den von der Klägerin vorgelegten ärztlichen Unterlagen erhärten. Wenn die Klägerin aber angibt, schlecht zu schlafen, unausgeruht zu sein, liegt jedenfalls eine internistische Ursache nicht vor. Daher kann für dieses Leiden auch im Zusammenhang mit internistischen Erkrankungen kein Teil-GdB angenommen werden.

Auch die von der Klägerin behauptete chronische Lungenerkrankung findet sich in den Auskünften und Unterlagen der behandelnden Ärzte nicht. Weder konnte der Hausarzt und Internist Dr. K. (dazu vgl. dessen Auskunft und Unterlagen auf Blatt 25/44 der SG-Akte sowie die in der Beklagtenakte vorliegenden Unterlagen) hierzu etwas mitteilen, noch steht die Klägerin in lungenfachärztlicher Behandlung, sodass eine Teil-GdB auch insoweit nicht anzusetzen war.

Aus dem Bericht von Dr. S. vom 03.04.2009 (Blatt 12 der Beklagtenakte) ergibt sich ein unklarer Leberbündelherd. Im Bericht vom 06.09.2012 (Blatt 57 der Senatsakte) werden dann drei Hämangiome im rechten Leberlappen mit Schmerzen im Oberbauch beschrieben. Dem Gutachter Dr. R. hat die Klägerin im Rahmen der Untersuchung am 28.08.2012 (Blatt 110 der SG-Akte = Seite 5 des Gutachtens) jedoch keine Schmerzen im Oberbauch, vielmehr lediglich Kopf-, Kreuz-/Rückenschmerzen sowie Gliederschmerzen, angegeben. Auch Dr. K. hat - obwohl die Berichte von Dr. S. an ihn gerichtet waren - auch in seinem Attest vom 03.12.2013 (Blatt 56 der Senatsakte) lediglich angegeben, die Leberhämangiome müssten immer wieder kontrolliert werden. Besondere Kost muss die Klägerin nicht einnehmen, Beschwerden, insbesondere überdauernde Schmerzen, konnte Dr. K. auch ins seinem Attest insoweit nicht schildern; der Allgemeinzustand wird von keinem der Ärzte als reduziert bzw. beeinträchtigt beschrieben, was auch durch das Übergewicht bestätigt werden dürfte. Unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Organveränderungen (Dr. S. spricht hinsichtlich eines Hämangioms von einer regredienten, sich zurückbildenden Verlaufsform) sowie der Funktionseinbußen, dem Ausmaß der Beschwerden, der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und der Notwendigkeit einer besonderen Kostform (zu diesen Anhaltspunkten vgl. B Nr. 10.3 VG) kann der Senat keinen Teil-GdB von mehr als 10 feststellen. Der Senat sieht sich insoweit durch den Bericht von Dr. D. vom 22.05.2013 bestätigt (Blatt 58 der Senatsakte), worin dieser über eine unauffällige Lebersonografie von gutartigen ("benignen") Leberhämangiomen im Rahmen einer Verlaufskontrolle der Leberhämangiome berichtet.

Eine Nierenerkrankung konnte ausgeschlossen werden (Blatt 10 der Beklagtenakte). So berichtet auch Dr. D. zuletzt (Bericht vom 22.05.2013, Blatt 58 der Senatsakte) von unauffälligen Nieren. Selbiges hatte schon im Jahr 2010 Dr. K. beschrieben (Blatt 11 der Beklagtenakte). Auch hat der Hausarzt der Klägerin, der Internist Dr. K., bei seiner Befragung durch das SG keinerlei Nierenerkrankung angegeben. Eine Einschränkung der Nierenfunktion oder eine Nierenfehlbildung konnte nicht festgestellt werden. Ein Teil-GdB i.S. von B 12.1 VG war daher nicht anzusetzen.

Die von der Klägerin angegebene Adipositas, bei 80 kg und 1,69 m (vgl. Blatt 84 der SG-Akte = Seite 7 des Gutachtens Dr. V.; BMI), was einem BMI von 28,01 kg/m² entspricht, bedingt gemäß B Nr. 15.3 VG allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden können die Annahme eines GdB begründen. Diese Folgen sind - soweit vorhanden - bereits dort bewertet.

Die Funktions-/Gesundheitsstörungen im Funktionssystem des "Gehirns einschließlich Psyche" (A Nr. 2 Buchst. e VG) sind mit einem Teil-GdB von 20 zutreffend, angemessen und ausreichend bewertet. Bei der Klägerin besteht eine somatoforme Schmerzstörung - die auch die Schmerzen, die Dr. R. der Fibromyalgie zuschreibt, umfasst - sowie eine depressive Störung (zum Karpaltunnelsyndrom s. oben). Diese Störung wird von Dr. V. (Blatt 93 der SG-Akte = Seite 16 des Gutachtens) als mittelschwer eingestuft und mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Dem schließt sich der Senat an. Wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen, wie sie der Teil-GdB-Rahmen von 30 bis 40 nach B Nr. 3.7 VG voraussetzt, konnte der Senat nicht feststellen. Die Klägerin arbeitet vollschichtig und hat ausweislich des bei Dr. V. geschilderten Tagesablaufs (Blatt 86/87 der SG-Akte = Seite 9/10 des Gutachtens) einen geregelten Tagesablauf; die Tochter wohnt im Haus, Besuche bei Geschwistern, Eltern, und Spaziergänge an freien Wochenenden hat sie ausdrücklich angegeben (Blatt 87 der SG-Akte = Seite 10 des Gutachtens). Krankheitsbedingte Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit konnte der Senat nicht feststellen. Insbesondere kann der Senat aus den von der Klägerin angegebenen schweren Schlafstörungen, der chronischen Müdigkeit, einem Gefühl der ständigen Abgeschlagenheit und Überforderung und einer deutliche Leistungsreduzierung auch im Alltag - die Glaubhaftigkeit dieser Angaben einmal unterstellt - nicht hierauf schließen. Soweit die Klägerin auf ihre Müdigkeit verweist, ist das - wie Dr. V. nachvollziehbar ausgeführt hat - nicht auf eine Erkrankung zurückzuführen, sondern auf den früh beginnenden und anstrengenden Tagesablauf der Klägerin mit durchaus schwerer Tätigkeit im Hotel (Reinigung von ca. 20 Zimmern von 6:00 Uhr bis 15:00 Uhr mit zwei halbstündigen Pausen). Dass die dann müde Klägerin keine großen Freundes- oder Familienbesuche mehr macht, ist nachvollziehbar und eher nicht krankhaft bedingt. So hat sie im Erörterungstermin ausgeführt, ihre in L. lebenden Eltern kaum zu besuchen; auf Nachfrage hat sie aber auch angegeben, diese seien über den Sommer "bis November" in der Türkei. Daraus kann kein krankhaft bedingter sozialer Rückzug abgeleitet werden. Damit kann der Senat die somatoforme Schmerzstörung allenfalls - wie Dr. V. dargestellt hat - als eine mittelschwere, keine stärker behindernde Störung i.S. von B Nr. 3.7 VG einstufen.

Der Senat folgt der gutachterlichen Einschätzung von Dr. R. nicht. Dessen Schlüsse aus dem Status als Nichtschwimmerin sowie dem Uhren- und Baumtest bleiben vage und in der Sache nicht nachvollziehbar. Gegen die von Dr. R. angenommene schwere soziale Phobie spricht nicht zuletzt der Tagesablauf der Klägerin mit vollschichtiger Arbeit mit Kunden- bzw. Mitarbeiterkontakten, den Spaziergängen und den

Besuchen bei der Familie. Auch ist die Klägerin nicht so häufig arbeitsunfähig geschrieben, dass angenommen werden könnte, dies sei ein Anhalt für die angebliche schwere soziale Phobie. Eine Minderbegabung oder eine Pseudodemenz, die Dr. R. der Klägerin unterstellt, werden von Dr. R. nur als Möglichkeit diskutiert. Einen nervenärztlich oder psychologisch überzeugenden Befund hat Dr. R. weder erhoben noch dargelegt. Seine im Gutachten dargelegte Exploration der Klägerin lässt das Auftreten entsprechender Ausfallerscheinungen nicht erkennen. Ebenso wenig ist der von ihm vermutete Bildungsmangel und die kulturellen Besonderheiten (Blatt 116 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens) keine GdB-relevante Behinderung. Eine Pseudodemenz liegt nicht vor. Dr. R. selbst konnte hierzu keine Befunde erheben, vielmehr hat er diese Erkrankung lediglich im Rahmen der Suche nach einer Erklärung für die im Baum- und Uhrentest gezeigten, auch für Dr. R. nicht nachvollziehbaren Ergebnisse, erwogen. Soweit Dr. R. meint, die Klägerin habe vermutlich lediglich die erlittene Radiusfraktur rechts fehlerhaft verarbeitet und nicht in ihre Persönlichkeit integrieren und akzeptieren können (Blatt 114 der SG-Akte = Seite 9 des Gutachtens), so ist dem mit der von Dr. V. gestellten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Störung ausreichend Rechnung getragen. Auch führen die im Gutachten von Dr. R. dargestellten Befundergebnisse nicht dazu, dass der Senat Zweifel an den Befunden und der Einschätzung von Dr. V. hätte oder haben müsste, weshalb eine weitere Beweisaufnahme nicht erforderlich ist.

Bei der Begutachtung durch Dr. V. war zwar eine gewisse depressive Verstimmung nachvollziehbar, allerdings fand sich keine deutliche Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit (dazu vgl. Blatt 91 ff der SG-Akte = Seite 14 ff des Gutachtens). Dr. V. berichtet (Blatt 88 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens) davon, dass die Stimmung nicht depressiv abgesenkt, die Schwingungsfähigkeit in der Untersuchungssituation nicht wesentlich eingeschränkt gewesen sei. Es habe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe von sehr starken Schmerzen und der fehlenden Beeinträchtigung durch die Schmerzen während der Anamneseerhebung bestanden. Konzentrationsstörung, Merkfähigkeitsstörung, Ängste, Zwänge, Wahn- oder Ichstörung, Sinnestäuschung oder Suizidalität konnte der Gutachter nicht feststellen. Die bei Dr. R. abweichenden Befunde sind nach Überzeugung des Senats dem interessegeleiteten Verhalten der Klägerin geschuldet (dazu vgl. auch den Hinweis von Dr. K. am Ende seines Berichts vom 28.11.2010, Blatt 51/53 der Beklagtenakte); auch Dr. R. musste mitteilen, dass ein "Simulationsverdacht" nicht ausgeräumt sei. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat dem Gutachten von Dr. R. nicht folgen. Die im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche bestehende somatoforme Schmerzstörung und die leicht ausgeprägte depressive Störung, die nach Überzeugung des Senats nicht wenigstens zu einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit geführt haben, sind mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Dabei sind auch die von der Klägerin geschilderten Schmerzen - soweit diese nicht bereits bei den Funktionsstörungen anderenorts berücksichtigt sind - sowie die Schlafstörungen berücksichtigt.

Der Auffassung von Dr. L. folgt der Senat nicht, denn dieser hat keinerlei Befunde mitgeteilt, die seine GdB-Einschätzung stützten. Vielmehr hat er im Wesentlichen fachfremde Einschätzungen zu den orthopädischen Erkrankungen dargestellt und sich mit unter Hinweis auf die Schmerzen mit einer nicht näher begründeten Einschätzung des psychiatrischen Teil des GdB begnügt. Angesichts der überzeugenden Ausführung des Gutachters Dr. V., des behandelnden Orthopäden Dr. G. und des behandelnden Hausarztes und Internisten Dr. K. konnte der Senat insoweit weder den Einschätzungen von Dr. L. noch von Dr. K. folgen.

Die Kopfschmerzen (dazu vgl. den Bericht von Dr. S. vom 08.12.2009 (Blatt 9 der Beklagtenakte) - alle drei Wochen für einen Tag - bedingen keinen Teil-GdB; eine Migräne i.S. von B Nr. 2.3 VG liegt nicht vor.

Sonstige Gesundheitsstörungen mit einer wesentlichen Funktionseinschränkung sind bei der Klägerin nicht ersichtlich.

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 20 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach 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.

Hiervon ausgehend konnte sich der Senat aufgrund der Teil-GdB-Werte von einem - Teil-GdB von 20 für die seelische Störung, depressive Verstimmung, - Teil-GdB von 10 für den Bluthochdruck, - Teil-GdB von 10 für die Lebererkrankung - Teil-GdB von 10 für das Schulter-Arm-Syndrom, operiert, die Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks und einem - Teil-GdB von 10 für die Wirbelsäulenerkrankung - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - und unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktionsbehinderungen sowie Schmerzen usw. nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 20 überzeugen. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass sich insbesondere die Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet untereinander, wie auch die Behinderungen auf nervenärztlichem Fachgebiet, insbesondere die Schmerzen, gegenseitig überlagern, was für sich genommen schon gegen eine erhöhende Wirkung spricht.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 20 hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine höhere Festsetzung des GdB als bereits vom LRA bzw. dem Beklagten im angefochtenen Bescheid vom 28.09.2011 in der Fassung des (Teil-)Abhilfebescheids vom 31.03.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.04.2011 festgestellt. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus

Login
BWB
Saved
2014-04-02