

L 8 SB 2073/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 14 SB 6204/10

Datum

02.05.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2073/12

Datum

23.05.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 02.05.2012 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 (statt 40) seit 25.05.2009 zusteht.

Der Klägerin, geboren 1957, italienische Staatsangehörige, war vom Landratsamt B. (LRA) mit Bescheid vom 17.12.2007 (Blatt 24/25 der Beklagtenakte) ein GdB von 30 seit 15.10.2007 zuerkannt worden (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Gebrauchseinschränkung des rechten Fußes: Teil-GdB 30; zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 22/23 der Beklagtenakte). Ein (Neu-)Feststellungsantrag vom 02.12.2008 (Blatt 29/32 der Beklagtenakte) blieb ohne Erfolg (Bescheid vom 29.01.2009, Blatt 45/56 der Beklagtenakte).

Am 25.05.2009 beantragte die Klägerin erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 48/51 der Beklagtenakte). Zu diesem Antrag verwies sie auf einen akuten Bandscheibenvorfall in der HWS, einen Bandscheibenvorfall in der LWS und akute chronische Schmerzen.

Das LRA zog eine Auskunft von Dr. W. vom 06.10.2009 bei (Blatt 58, 59 der Beklagtenakte), der auch Berichte des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G. (Blatt 60/62 der Beklagtenakte) vorlegte. Auf Grund einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. K. vom 14.12.2009 (Blatt 65/66 der Beklagtenakte; Funktionsbeeinträchtigungen: zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Gebrauchseinschränkung des rechten Fußes, depressive Verstimmung: Teil-GdB 30) lehnte das LRA die (Neu-)Feststellung des GdB mit Bescheid vom 23.12.2009 ab (Blatt 67/68 der Beklagtenakte); eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen sei nicht eingetreten.

Mit ihrem Widerspruch vom 11.01.2010 (Blatt 69 = 71, 72 der Beklagtenakte) legte die Klägerin ärztliche Unterlagen vor (Blatt 73/84 der Beklagtenakte).

Das LRA zog den Entlassbericht vom 23.03.2010 über die in der Klinik S. W. in M. zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei (Blatt 86/96 der Beklagtenakte). Dort wurde u.a. eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.

Die Klägerin beantragte am 11.03.2010 (Blatt 100/101 der Beklagtenakte) erneut u.a. die höhere (Neu-)Feststellung des GdB. Nun teilte die Klägerin eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einen medianen Bandscheibenvorfall, eine Wurzelreizsymptomatik, eine Bandscheibenvorwölbung ohne leitbare Wurzelkompression ohne sensomotorische Defizite sowie ein Hallux valgus und persistierende Schmerzen mit.

Dr. M. schlug in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.04.2010 (Blatt 98/99 der Beklagtenakte) vor, den GdB auf 40 zu erhöhen. Eine weitere Besserung sei derzeit nicht zu erzielen (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Gebrauchseinschränkung des rechten Fußes, depressive Verstimmung: Teil-GdB 40).

Die Klägerin legte weitere ärztliche Unterlagen vor (Blatt 103/106 der Beklagtenakte), insbesondere ein arbeitsamtsärztliches Gutachten von Dr. F. vom 26.06.2009, der von einer Leistungsunfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt für mehr als sechs Monate ausgeht.

In einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.06.2010 schlug Dr. M.-T. vor, den GdB wie folgt zu bestimmen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Gebrauchseinschränkung des rechten Fußes: Teil-GdB 30 Chronisches Schmerzsyndrom, depressive Verstimmung: Teil-GdB 40 Gesamt-GdB: 40 Dem folgend stellte das LRA mit (Teil-)Abhilfebescheid vom 17.06.2010 (Blatt 111/112 der Beklagtenakte) den GdB seit 25.05.2009 mit 40 fest. Nachdem die Klägerin den Widerspruch weiterführte, wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.09.2010 (Blatt 116/117 der Beklagtenakte) zurück.

Am 04.10.2010 hat die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Unter Hinweis auf die Wirbelsäulenerkrankungen und das chronische Schmerzsyndrom hat sie u.a. ausgeführt, sie sei kaum noch in der Lage, den Haushalt selbst zu versorgen. Sie benötige häufige Ruhepausen und könne aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden weder länger sitzen noch längere Zeit stehen oder gehen. Die Klägerin hat ärztliche Unterlagen vorgelegt (Blatt 34/42, 45/52, 56, 67/70, 81/84, 161/164, 320/322, 331 = 335 der SG-Akte).

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 85/110 sowie 111/158 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G. hat mit Schreiben vom 01.06.2011 unter Vorlage weiterer Befundberichte die Diagnosen einer chronischen Cervicobrachialgie bei Bandscheibenvorfall C5/C6 mit radikulärer Schmerzsymptomatik, eines Zustandes nach Nukleoplastie C5/C6 rechts am 13.4.2011, einer chronischen Lumboischialgie bei Osteochondrose L4/L5, einer Spondylodiscitis rechts L4/L5, einer Bandscheibenprotrusion L4/L5 links, rechts L5/S1, einer Osteoporose, eines Zustandes nach Hallux valgus OP links, einer Arthritis rechtes Schultergelenk sowie eines Vitamin-D3-Mangels benannt. Es habe sich über die Jahre eine zunehmende Beschwerdesymptomatik, vor allem im Bereich der HWS und LWS mit erheblicher Einschränkung ihrer Belastbarkeit und Beweglichkeit gezeigt, sodass regelmäßige schmerztherapeutische und auch Infiltrationsbehandlungen durchgeführt worden seien. All diese Maßnahmen hätten keine wesentliche Verbesserung gezeigt. Der Allgemeinarzt W. hat dem SG am 06.06.2011 mitgeteilt, aufgrund der cervikalen und lumbalen Bandscheibenvorfälle bestünden dauerhafte schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen. Er hat auch eine reaktive depressive Verstimmung unter chronischen Schmerzzuständen angegeben.

Das SG hat aus dem dort geführten Rentenverfahren S 12 R 5471/10 das neurologisch-psychiatrische Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. R. vom 02.03.2011 beigezogen (Blatt 176/204 der SG-Akte), ebenso das fachorthopädische Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H. vom 15.08.2011 (Blatt 205/226 der SG-Akte). Dr. R. hat auf nervenärztlichem Fachgebiet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Körperschmerzen insbesondere bei Bewegung festgestellt. Dr. H. hat ausgeführt, die Klägerin leide auf orthopädischem Fachgebiet in erster Linie an einem chronisch degenerativen Wirbelsäulensyndrom mit Punktum maximum HWS und LWS. Multiple Bandscheibenvorfälle seien im Bereich der HWS diagnostiziert worden, ebenso Bandscheibenprotrusionen im Bereich der LWS. Neurologische Defizite im Bereich der oberen und unteren Extremitäten fehlten. Zusätzlich bestehe ein Impingementsyndrom an beiden Schultern, das jedoch beidseits keine Funktionsdefizite zeige. Auch bestehe ein Hallux valgus rechts bei gutem operiertem Korrekturergebnis auf der linken Seite, Funktionsdefizite an beiden Füßen würden nicht hervorgerufen.

Das SG hat weiterhin Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens bei dem Sozialmediziner Dr. S. mit Zusatzbegutachtung durch den Facharzt für Orthopädie Dr. H. (Gutachten vom 21.10.2011) und den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. (Gutachten vom 24.10.2011). Wegen des Inhalts und zum Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf Blatt 236/292 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. H. hat die Veränderungen im Bereich der HWS und LWS mit einem Teil-GdB von 30 unter Einschluss eines hierdurch ausgelösten Schmerzsyndroms bewertet, die Beschwerden im Bereich des Schultergelenks, beider Kniegelenke sowie der beidseitigen Fußfehlform jeweils mit einem Teil-GdB von unter 10. Dr. S. hat eine länger anhaltende depressive Störung (derzeit leichtgradig ausgeprägt) sowie eine Schmerzstörung festgestellt und für die depressive Symptomatik einen Teil-GdB von eher 10 angenommen. Ein Teil-GdB von 20 könne noch gerechtfertigt werden, wenn wahrscheinliche Schwankungen und eine Schmerzstörung einbezogen würden. Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 13.12.2011 unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. H. und Dr. S. mitgeteilt, ein Gesamt-GdB von 30 sei ausreichend.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 02.05.2012 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40. Zwar sei gegenüber dem dem Bescheid vom 17.12.2007 zugrunde liegenden Gesundheitszustand eine wesentliche Änderung eingetreten, diese rechtfertige jedoch weiterhin nicht die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Die Klägerin leide seit Jahren an Verschleißerscheinungen und Bandscheibenschäden der Hals- und Lendenwirbelsäule mit chronischen Schmerzsyndromen. Entscheidend seien aber nicht die Diagnose oder der z.B. röntgenologisch erhobene Befund, sondern vielmehr die tatsächlichen Auswirkungen einer Gesundheitsstörung. Der Gutachter habe eine relevante Einschränkung der Beweglichkeit der HWS und LWS sowie in diesem Bereich vorliegende neurologische Defizite nicht feststellen können, die von der Klägerin geschilderten Beschwerden und Schmerzen ließen sich durch die objektivierten organischen Veränderungen nicht vollständig erklären und seien der bereits diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung zugeschrieben worden. Die festgestellten Funktionsstörungen seien mittelgradig und würden unter Berücksichtigung des Schmerzsyndroms mit einem GdB von 30 bewertet. Dies stehe in Übereinstimmung mit den Feststellungen des Sachverständigen Dr. H., der ebenfalls keine neurologischen Defizite und eine nur endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und LWS festgestellt habe, sodass ein Teil-GdB von 30 ausreichend sei. Auf nervenärztlichem Gebiet bestehe eine derzeit leichtgradig ausgeprägte länger anhaltende depressive Störung sowie eine leichte Schmerzstörung, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten seien.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 03.05.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 16.05.2012 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Sowohl Dr. W. als auch Dr. G. gingen von einer schwergradigen Schädigung an der Wirbelsäule in zwei Bereichen aus. Aus diesem Grund sei sie im D.Klinikum S. in Behandlung. Hierfür sei ein GdB von 40 bei schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten gerechtfertigt. Dem Attest von Dr. G. vom 08.03.2012 sei zu entnehmen, dass ihre Beschwerden im Wirbelsäulenbereich HWS und LWS seit 2008 zugenommen hätten und die Belastbarkeit sowie Beweglichkeit erheblich eingeschränkt sei. Daher könne das Gutachten Dr. H. nicht nachvollzogen werden. Ferner gingen Dr. H. als auch Dr. G. von einer mittelgradigen depressiven Episode aus. Dazu passe die Einschätzung von Dr. S. nicht. In der Gesamtschau sei von einer schweren funktionellen Auswirkung in zwei Wirbelsäulenabschnitten auszugehen, die einen Teil - GdB in Höhe von 40 rechtfertige, ferner von einer

mittelgradigen depressiven Episode, die einen Teil - GdB in Höhe von zumindest 20, eher 30, rechtfertige. Lasse man die darüber hinaus festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen der Schultergelenke, Kniegelenke und beidseitiger Fußfehlform außer Betracht, so rechtfertige die Gesamtschau auf orthopädischen und psychiatrischem Fachgebiet einen Gesamt-GdB von zumindest 50, da die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen doch verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Die Klägerin hat einen Bericht der Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H. vom 19.04.2013 vorgelegt (Blatt 55 der Senatsakte), wo sich die Klägerin erstmals am 19.04.2013 vorgestellt hatte.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 02.05.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids des Landratsamtes B. vom 23.12.2009 in der Fassung des (Teil-) Abhilfebescheids vom 17.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 08.09.2010 zu verurteilen, bei ihr einen GdB von mindestens 50 seit 25.05.2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Dr. S. sei zu dem Ergebnis gelangt, die objektiven Befunde könnten auf nervenärztlichen Gebiet nur grenzwertig einen Teil-GdB von 20 begründen und die Funktionseinschränkung der HWS und LWS rechtfertigten bei Verschleißerscheinungen und Bandscheibenschäden keinen höheren Teil-GdB als 30. Mit dem SG werde die Auffassung vertreten, ein höherer GdB und damit die Schwerbehinderteneigenschaft sei bei der Klägerin auch aufgrund von Überlagerungen des im psychiatrischen GdB enthaltenen Schmerzsyndroms mit den orthopädischen Beeinträchtigungen nicht zu begründen.

Der Senat hat gemäß [§ 109 SGG](#) Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens beim Facharzt für Neurochirurgie, Facharzt für Orthopädie und Facharzt für Unfallchirurgie Dr. S. sowie beim Facharzt für Neurologie Dr. G ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 39/52 sowie 67/115 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 13.05.2013 ausgeführt, auf neurochirurgischem, orthopädischem und unfallchirurgischem Fachgebiet bestünden - eine manifeste generalisierte Osteoporose, Vitamin D-Mangel mit Zustand nach Rippenfrakturen, - Aufbraucherscheinungen der HWS bei fortgeschrittenem Verschleiß mit Höhenminderung des Bandscheibenraumes (Osteochondrose) und kyphotischer Segmentfehlstellung sowie Einengung der Neuroforamina in Höhe C 5/6, Facettengelenkarthrose C 6/7, - ein Zustand nach Nukleoplastie C 5/6, - Reizerscheinungen der muskulären Rotatorenmanschette beider Schultern (Impingement-Syndrom) - Aufbraucherscheinungen der LWS mit anhaltender schmerzhafter Belastbarkeitsminderung mit sensiblen Nervenwurzelreizerscheinungen und Sensibilitätsminderung im Dermatom S 1, - ein Zustand nach Nukleoplastie in Höhe L 3/4 bei Verschmälerung des Bandscheibenraums L 4/5, degenerativ-entzündlichen Reizerscheinungen in Höhe L4/5 (Osteochondrose, Modic I und II-Veränderungen), einer geringfügigen Bandscheibenprotrusion, bei Aufbraucherscheinungen der Facettengelenke (Spondylarthrose) L 4/5 und 5/5 1 sowie - ein Zustand nach Hallux valgus-OP beidseits mit Hallux valgus-Rezidiv rechts (Fußverformung des I. Strahls), Senk-Spreizfuß bds ... Es sei von mittelgradigen chronischen schmerzhaften Funktionseinschränkung der Wirbelsäule im HWS und LWS-Bereich auszugehen, die mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten seien. Das Fehlen wesentlicher neurologischer Defizite, höhergradiger Verformungen oder einer Instabilität etwa mit degenerativem Gleitwirbel und die in den Funktionsaufnahmen nachweisbar erhaltene Gesamtbeweglichkeit dieser Wirbelsäulenabschnitte ließen eine Bewertung mit 30 angemessen erscheinen. Die Verschleißerscheinungen im Bereich der Schultergelenke seien bei Fehlen wesentlicher Beweglichkeitseinschränkungen/Schultersteife mit einem GdB von 10, die Funktionsstörungen im Bereich der Kniegelenke sowie die beidseitige Fußverformung mit einem GdB von jeweils unter 10 zu bewerten. Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 19.12.2013 - fachfremd - mitgeteilt, die Klägerin leide seit Jahren zum einen an degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden, zum anderen jedoch an einer offensichtlich bislang unzureichend gewürdigten Vitamin-D-Mangelstörung mit einer hierdurch bedingten ausgeprägten Osteoporose/Osteomalazie mit begleitenden Gelenk- und Muskelschmerzen. Die bisherigen Substitutionsbehandlungen hätten diesbezüglich zu keinem ausreichenden Effekt geführt, im Vordergrund stünden belastungs- und druckabhängige Schmerzen, welche die Beweglichkeit und Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Untersuchten erheblich einschränkten. Darüber hinaus lägen ausgeprägte degenerative Skelettveränderungen, betont im Bereich der Wirbelsäule und großen Gelenke vor. Sowohl die orthopädisch gesicherten degenerativen Veränderungen des Skelettsystems, als auch die osteoporotischen/malazischen Veränderungen überlagerten sich gegenseitig. Das muskuloskelettale System sei insgesamt schmerzhaft und brüchig, insofern erklärten sich auch die beschriebenen Rippenfrakturen. Der GdB sei mit 60 in Bezug auf die Vitamin D-Mangel-bedingten muskuloskelettalen Beschwerden anzusetzen, der Gesamt-GdB ebenfalls mit 60.

Der Beklagte ist unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 17.03.2014 dem Gutachten entgegen getreten (Blatt 118/120 der Senatsakte). Der Einschätzung von Dr. G. könne nicht gefolgt werden. Die labortechnische Vitamin D-Bestimmung (25-OH) habe erniedrigte Werte ergeben, wohl im Sinne eines nutritiven, d.h. ernährungsbedingten Vitamin D-Mangels. Hieraus könne ebenso wie aus messtechnischen nachgewiesenen Minderungen des Knochenmineralsalzgehaltes ein GdB nicht abgeleitet werden. Vielmehr sei der GdB abhängig vom Ausmaß der funktionellen Störung und ggf. auch von dem durch Verformung und damit Mehrbelastungen dynamischer Strukturen hervorgerufenem Schmerz. Diese seien aber in den jetzt vorgeschlagenen bzw. festgestellten Teil-GdB-Werten von 20 bzw. 30 für die Schmerzsymptomatik ausreichend berücksichtigt.

Zuletzt hat die Klägerin (Schreiben vom 06.05.2014, Blatt 129/130 der Senatsakte) ausgeführt, gemäß dem Gutachten von Dr. G. führe der Vitamin D-Mangel zu generalisierten Skelett- und Muskelschmerzen. Insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und großer Gelenke lägen ausgeprägte degenerative Skelettveränderungen vor. Dies führe zu schweren muskuloskelettalen Beschwerden. Auch wenn die Diagnose in dieser Form neu sei, so decke sich die Einschätzungen von Dr. G. mit ihren eigenen. Dass die bisherigen gutachterlichen Feststellungen zu ihren Ungunsten abweichend ausgefallen seien, hänge offenkundig damit zusammen, dass die Symptomatik nicht erkannt und somit auch nicht diagnostiziert worden sei. Außerdem sei zu befürchten, dass die Sachverständigen sich unbewusst auch von ihrem äußeren Eindruck hätten täuschen lassen. So lege sie großen Wert auf ein gepflegtes Erscheinungsbild und darauf, sich ihre Beschwerden möglichst nicht anmerken zu lassen. Dennoch müsse gerade aufgrund des Gutachtens von Dr. G. von einem GdB zumindest von 50 ausgegangen werden.

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

Entscheidungsgründe:

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

Gegenüber dem der GdB-Feststellung zuletzt zugrundeliegenden Bescheid vom 17.12.2007 (Blatt 25 der Beklagtenakte) ist zwar eine rechtserhebliche wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) eingetreten, denn der (Gesamt-)GdB ist seit 25.05.2009 mit 40 zu bewerten. Der angefochtene Bescheid vom 23.12.2009 (Blatt 67/68 der Beklagtenakte) in der Fassung des (Teil-)Abhilfebescheids vom 17.06.2010 (Blatt 111/112 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.09.2010 (Blatt 116/117 der Beklagtenakte) hat diese wesentliche Änderung der Sachlage aber nachvollzogen, weshalb der Klägerin kein Anspruch auf weitergehende (höhere) Neufeststellung des GdB zusteht. Auch der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist daher nicht zu beanstanden.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen zutreffend dargestellt und die medizinischen Unterlagen, Befunde, Auskünfte und Gutachten umfassend und widerspruchsfrei gewürdigt. Es ist – auch nach eigener Prüfung aufgrund der Beweisaufnahme durch den Senat – zu einer zutreffenden und angemessenen Bewertung der Teil-GdB gelangt. Der Senat nimmt daher unter Berücksichtigung der im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen und der hier durchgeführten Beweisaufnahme zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 02.05.2012 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

Die Behinderungen der Klägerin im Funktionssystem des Rumpfes (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG), wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, sind mit dem Teil-GdB 30 ausreichend bemessen. Der orthopädische Gutachter Dr. S. hat die Klägerin am 04.03.2013 untersucht. Dabei hat er im Bereich der HWS bei aktiver spontaner Bewegung keine erkennbare Einschränkung feststellen können. Bei der Beweglichkeitsprüfung hat Dr. S. folgende Bewegungsmaße festgestellt: HWS-Inklination 45/0/45°, HWS Seitbeugung links/rechts 20/0/20°, HWS-Drehung in Neutralstellung links/rechts 45/0/45°, in Inklination 30/0/30°, in Reklination 45/0/45°. Dabei hatte die Klägerin jeweils ausgeprägte Schmerzen angegeben. Jedoch konnte Dr. S. lediglich einen mäßigen Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der gesamten HWS, BWS und LWS erheben, jedoch keinen Wirbelsäulenerschütterungsschmerz. Auch bestand kein umschriebener Dornfortsatzschiebeschmerz im Bereich der LWS in Bauchlage. Die Ott-Messstrecke war nicht wesentlich eingeschränkt (31/30/28 cm; Norm: 32/30/27 cm), das Schober-Maß lag bei 13/10/9 cm (Norm 15-10-7 cm). Die Rumpfdrehung im Sitzen war bis 30/0/30° (Norm: 40/0/40°), die Rumpfsseitbeugung im Stehen bis 20/0/20° (Norm: 30/0/30°) möglich (zum Ganzen vgl. Blatt 46 der Senatsakte = Seite 8 des Gutachtens). Dr. H. hatte bei seiner Untersuchung am 19.10.2011 folgende Bewegungsmaße der HWS feststellen können: Beugung/Streckung 30/0/30° Seitneigung rechts/links 40/0/40° Drehung rechts/links 50/0/50° Rechts- und Linksneigung der LWS betrugen jeweils 30°, die Rumpfdrehung nach rechts/links betrug bei der Untersuchung durch Dr. H. ebenfalls jeweils 30°. Die Zeichen nach Ott betrugen 28,5/30/32,5 cm und nach Schober 8,5/10/13,0 cm (zum Ganzen vgl. Blatt 263 der SG-Akte = Seite 17 des Gutachtens Dr. H.). Dr. H. hatte bei der Klägerin bei seiner Untersuchung am 18.07.2011 eine HWS-Beweglichkeit wie folgt festgestellt: Vor-/Rückneigung 30/0/30° Seitneigung rechts/links 40/0/40° Drehen rechts/links 60/0/60° Dabei hat Dr. H. einen massiven Klopf- und Stauchungsschmerz der gesamten BWS und LWS feststellen können. Das Zeichen nach Ott hat er mit 30/31 cm, das Zeichen nach Schober mit 10/12 cm angegeben, die Links-/Rechtsneigung der Wirbelsäule mit jeweils 30°, die Rumpfdrehung nach beiden Seiten ebenfalls mit jeweils 30° angegeben.

Damit haben die Gutachter im Wesentlichen dieselben - schmerzhaften - Bewegungsmöglichkeiten darstellen können; eine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit der HWS und der LWS konnte dabei aber nicht festgestellt werden. Auch haben die Röntgen- und Kernspinaufnahmen bei allen Gutachtern im Wesentlichen dieselben Befunde gezeigt. Alle Gutachter, auch Dr. H., haben Osteochondrosen festgestellt, dagegen konnte keiner der Gutachter neurologische Defizite erheben. Solche werden auch nicht im neurologischen Gutachten von Dr. G. beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist die Darstellung der Erkrankungen von Dr. S. mit den bereits im Tatbestand genannten Diagnosen auch für den Senat nachvollziehbar. Die von Dr. H. und Dr. S. jeweils getroffenen Bewertungen des Teil-GdB mit 30 sind nur unter besonderer Berücksichtigung der aus der Osteoporose folgenden Schmerzen unter Beachtung der Vorgaben von B Nr. 18.9 VG anzunehmen. Denn dort sind als Beispiele für mittelgradige funktionelle Auswirkungen Verformungen, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome genannt. Als Beispiele für schwere funktionelle Auswirkungen sind dagegen Verformungen, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome beschrieben. Da vorliegend lediglich die LWS und die BWS, mithin lediglich zwei Wirbelsäulenabschnitte, betroffen sind, die Beweglichkeit der Wirbelsäule aber durch diese Gesundheitsstörungen nur unwesentlich eingeschränkt ist, mit Ausnahme von Wurzelreizungen sonst keine neurologischen Ausfälle vorliegen und höhergradige Verformungen nicht bestehen, konnte sich der Senat auch unter Berücksichtigung der bestehenden Schmerzen und der Muskelminderung lediglich davon überzeugen, dass es sich um mittelgradige funktionelle Auswirkungen handelt, die unter Berücksichtigung der Schmerzen und Osteoporose mit einem Teil-GdB von 30 ausreichend bewertet sind. Dabei hat der Senat auch die bestehenden Bandscheibenvorfälle bzw. Protrusionen ebenso berücksichtigt, wie Schmerzen und Muskelminderungen. Der Teil-GdB von 40 muss insoweit - hier nicht vorliegenden - schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorbehalten bleiben (dazu vgl. Senatsurteil vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) - juris). Daher konnte der Senat auch nicht den Auskünften der behandelnden Ärzte folgend einen höheren Teil-GdB annehmen.

Das Funktionssystem der Arme ist bei der Klägerin auch durch das an beiden Schultern bestehende Impingementsyndrom betroffen. Wesentliche gdb-relevante funktionelle Auswirkungen konnte der Senat jedoch nicht feststellen. So hat Dr. S. folgende Bewegungsmaße gemessen (Blatt 46 der Senatsakte = Seite 8 des Gutachtens): Retro-/Anteversion/Elevation: 30/0/150 (Norm: 40/0/150-170) Abduktion/Heranführung 180/0/30 (Norm: 180/0/20-40) Dr. H. und Dr. H. hatten bei ihren Untersuchungen folgende Werte gemessen: Dr. H. Dr. H. rechts links rechts links An-/Abspreizung: 160/0/30 160/0/30 160/0/30 160/0/30 Vor-/Rückhebung 160/0/30 160/0/30 30/0/150 30/0/150 Außen-/Innendrehung 50/0/90 50/0/90 40/0/90 40/0/90 Mit diesen Bewegungsmaßen erreicht die Klägerin nicht den für Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit nach B Nr. 18.13 VG vorgesehenen Teil-GdB von 10.

Im Funktionssystem der Beine (A Nr. 2 Buchst. e) VG) besteht bei der Klägerin ein Zustand nach Hallux valgus-Operation beidseits mit Hallux valgus-Rezidiv rechts (Fußverformung des I. Strahls) und Senk-Spreizfuß beidseits. Dieser führt aber nicht zu wesentlichen Funktionseinschränkungen, weshalb mit den Gutachtern Dr. H. und Dr. S. hier ein Teil-GdB von unter 10 anzunehmen ist (dazu vgl. B Nr. 18.14 VG). Die darüber hinaus bestehenden Gesundheitsstörungen in den Knien mit unzureichender muskulärer Führung und geringen arthrotischen Veränderungen (vgl. Dr. H., Blatt 276 der SG-Akte = Seite 30 des Gutachtens) führen nach den Erhebungen von Dr. S. (Blatt 47 der Senatsakte = Seite 9 des Gutachtens) nicht zu Beweglichkeitseinschränkungen (gemessene Bewegungsmaße bei Dr. S.: beidseits

5/0/140; bei Dr. H.: beidseits 0/0/130), weshalb auch insoweit unter Berücksichtigung der Vorgaben von B Nr. 18.14 VG und entsprechend den Angaben der Gutachter ein Teil-GdB von 10 nicht anzunehmen ist. Damit ist aber auch unter integrierender Betrachtung im Funktionssystem der Beine ein Einzel-GdB von 10 nicht anzunehmen.

Darüber hinaus sind die Funktionssysteme der Arme, Beine und des Rumpfes insgesamt durch die Gesundheitsstörung der auch schon von Dr. S. und Dr. G. (vgl. dessen Aussage gegenüber dem SG) festgestellten manifesten generalisierten Osteoporose bei Vitamin D-Mangel betroffen. Die von Dr. G. diagnostizierte Osteoporose/Osteomalazie bei Vitamin D-Mangel mit generalisierten Gelenk- und Muskelschmerzen ist daher weder neu festgestellt, noch von ihm erstmals in ihren Auswirkungen beschrieben. Auch Dr. G. hatte bereits gegenüber dem SG eine ausgeprägte Osteoporose bei Vitamin D-Mangel mitgeteilt, Dr. J. im Juni 2010 einen Vitamin-D-Mangel festgestellt. Gemäß B Nr. 18.1 VG ist bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten (z.B. Osteoporose, Osteopenie bei hormonellen Störungen, gastrointestinalen Resorptionsstörungen, Nierenschäden) der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB. Die hieraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin sind im Wesentlichen durch die Schmerzen, nicht durch funktionelle Bewegungsausfälle (zu den Messdaten der Gutachten Dr. H., Dr. H. und Dr. S. vgl. oben bzw. 225/226 der SG-Akte, Blatt 273/274 der SG-Akte, 46/47 der Senatsakte), geprägt. Der Senat hat daher ihre Bewertung in den Funktionssystemen der Arme, Beine und des Rumpfes vorgenommen und dort bei der Bemessung des GdB berücksichtigt. Nur soweit die Schmerzen dort nicht berücksichtigt werden konnten, werden diese bei den Störungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche berücksichtigt. Auch die mit der Gesundheitsstörung verbundenen Muskelminderungen bedingen vorliegend ausweislich den Ausführungen der Gutachter keine Funktionsbeeinträchtigungen. Der Senat stimmt daher der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 17.03.2014 zu, als nicht die Diagnose, sondern die funktionellen Auswirkungen zu bewerten sind und solche wesentlicher Art aber nicht vorliegen. Auch Dr. G. konnte - mangels eigener Messung und Befunderhebung z.B. zu den Bewegungsmaßen und Einschränkungen im Alltag - keine Angaben machen, die von Befunden der orthopädischen Gutachter abweichen würden. Die von Dr. G. angenommene Brüchigkeit des skelettaren Systems als solches, die er durch die Rippenfraktur bestätigt sieht, begründet für sich jedoch keinen eigenständigen Teil-GdB. Die von Dr. G. angenommenen ausgeprägten degenerativen Skelettveränderungen sind in den orthopädischen Gutachten durch Auswertung der Röntgen- und MRT-Befunde berücksichtigt. Die hierauf beruhenden funktionellen Beeinträchtigungen (Bewegungseinschränkung, Schmerzen) haben Eingang in die Teil-GdB-Wertung für Wirbelsäulen und Extremitäten etc. gefunden.

Bei der Klägerin besteht im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) eine länger anhaltende depressive Störung sowie eine Schmerzstörung. Diese Gesundheitsstörungen sind nach B Nr. 3.7 VG zu bewerten. Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, welche funktionellen Auswirkungen durch die Gesundheitsstörung hervorgerufen werden. Nach B Nr. 3.7 VG setzt eine stärker behindernde Störung eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit voraus. Die als Beispiel genannte somatoforme Störung liegt als eine nicht oder nicht hinreichend auf organische Erkrankungen zurückzuführende Gesundheitsstörung nicht vor. Denn mit Dr. G. können die Schmerzen gerade auf die Osteoporose und den Vitamin D-Mangel zurückgeführt werden und sind daher organisch erklärbar. Dementsprechend hat auch Dr. S. zutreffend die isolierte Diagnose einer Schmerzstörung gestellt. Daher kann auch aus dem Bericht der Klinik S. W., das eine somatoforme Schmerzstörung angenommen hatte, nicht weitergehendes abgeleitet werden, zumal dort auch keine weitergehenden wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit beschrieben sind. Die bestehenden organisch bedingten Schmerzen und auch die angegebene depressive Erkrankung haben jedoch nicht zu einem wesentlichen sozialen Rückzug der Klägerin geführt. Die Klägerin lebt mit ihrem Ehemann und der Schwiegermutter in einer Wohnung. Sie erledigt den Haushalt für alle drei Personen alleine - lediglich manchmal helfe der Ehemann hat sie Dr. S. gesagt (Blatt 286 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens). Diese Angaben stehen in krassem Widerspruch zu den Angaben in der Klagebegründung, wo die Klägerin behauptet hatte, den Haushalt kaum mehr alleine führen zu können. Nach Klageerhebung hat sie aber auch im Rentenverfahren der dortigen Gutachterin Dr. R. erklärt (Blatt 188 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens), den Haushalt - damals noch neben einer Teilzeittätigkeit - alleine zu führen; auch Dr. S. gegenüber hat sie dies so angegeben (Blatt 239 der SG-Akte = Seite 7 des Gutachtens). Auch hat sie den Gutachtern gegenüber angegeben, sich gelegentlich mit einer Freundin zum Pizzaessen zu treffen (Blatt 187 der SG-Akte), eine Freundin in W. zu treffen, auch wenn die Treffen seltener geworden seien (Blatt 187 der SG-Akte), einen kleinen Bekanntenkreis zu haben (Blatt 286 RS der SG-Akte), Freunde zu haben und sich mit ihren Geschwistern gut austauschen zu können (Blatt 186 RS der SG-Akte). Auch der Kontakt zum Enkel, der mit ihrer Tochter zu Besuch kommt und mit dem sie spielt bzw. mit dem sie Schreiben übt (Blatt 187 der SG-Akte), zeigen, dass ein sozialer Rückzug nicht stattgefunden hat. Auch konnten die Gutachter durchweg - auch Dr. G. - feststellen, dass die Klägerin bewusstseinsklar, allseits orientiert, zugewandt, die körperlichen Beschwerden angemessen vortragend, jedoch verlangsamt und schmerzüberlagert wirkt. Die Schwingungsbreite war nicht eingeschränkt, der Gedankengang formal und inhaltlich unauffällig (Gutachten Dr. S. Blatt 288 der SG-Akte = Seite 15 des Gutachtens). Vor diesem Hintergrund kann sich der Senat nicht davon überzeugen, dass - trotz der Schmerzen und der depressiven Erkrankung - eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt, weshalb der Teil-GdB insoweit mit 20, also am oberen Rand des für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen vorgesehenen Rahmens, zutreffend bemessen ist.

Der wesentlich höheren Einschätzung des Teil-GdB durch Dr. G. konnte der Senat nicht folgen. Denn Dr. G. hat ohne Benennung entsprechender funktioneller Beeinträchtigungen und ohne Auseinandersetzung mit den Vorgaben der VG einen hohen Teil-GdB-Wert lediglich behauptet. Die angegebenen gravierenden degenerativen Veränderungen hatten die orthopädischen Gutachter nicht so feststellen können. Auch der Annahme von Dr. H. (Blatt 55 der Senatsakte), es liege eine reaktive depressive Verstimmung vor kann ein höherer Teil-GdB-Wert als 20 nicht entnommen werden. Denn auch dort war bei einer einmaligen Untersuchung festgestellt worden, dass die Klägerin in der Lage sei, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden.

Soweit teilweise eine Fibromyalgie angenommen wurde, führt diese zu keiner anderen Beurteilung des GdB. Denn nach B Nr. 18.4 VG sind die Fibromyalgie und ähnliche Syndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Die körperlichen Auswirkungen wurden bereits im Rahmen der Funktionssysteme des Rumpfes usw. berücksichtigt. Die Schmerzen wurden bei der Schmerzstörung bewertet.

Die Frühform einer primärbiliären Zirrhose mit unauffälligen Cholestaseenzymen und positivem Anti-M2-AMA bei geringer Hepatomegalie ist ohne klinische Symptomatik und ohne funktionelle Auswirkungen geblieben, die Leberwerte waren im Normbereich (Bericht Dr. F. vom 13.10.10, Blatt 41 der SG-Akte). Diese Gesundheitsstörung der Leber bedingt daher im Funktionssystem der Verdauung keinen Teil-GdB.

Weitere Gesundheitsstörungen mit wesentlichen Funktionseinschränkungen, die mindestens einen Teil-GdB von 10 bedingen, sind bei der

Klägerin nicht ersichtlich und auch nicht vorgetragen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen sowie die Gutachten bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den Gutachten und den sachverständigen Zeugenauskünften dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)).

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 40 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 30 für das Funktionssystem des Rumpfes - Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 40 überzeugen. Insbesondere konnten die Gutachter - auch Dr. G. - darlegen, dass zwischen den Behinderungen am skelettalen System einschließlich der Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes und den zusammen mit der depressiven Erkrankung bewerteten Schmerzen eine wesentliche Überschneidung besteht. Daher ist der Gesamt-GdB mit 40 ausreichend und angemessen bemessen.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 40 ist aber im Verhältnis zu dem bis dahin maßgeblichen Bescheid vom 17.12.2007 eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht eingetreten, sodass ein Anspruch auf höhere Neufeststellung des GdB nicht besteht. 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

2014-06-10