

## L 8 SB 4698/13

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

1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 14 SB 817/12  
Datum  
04.10.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 4698/13

Datum  
25.09.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 04.10.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Der Klägerin werden Verschuldungskosten auferlegt. Sie hat Gerichtskosten in Höhe von 225,00 EUR zu tragen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) (50 anstelle von 40).

Die 1965 geborene Klägerin ist türkische Staatsangehörige und Inhaberin einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis. Das Landratsamt R.-N.-Kreis - Versorgungsamt - stellte bei der Klägerin zuletzt mit Bescheid vom 16.06.2010 einen GdB von 40 seit dem 28.04.2010 fest. Dem lagen folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde (Bl. 116 bis 119 der Verwaltungsakte):

- funktionelle Organbeschwerden, depressive Verstimmung, chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 30), - degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20), - Magenerkrankung (Teil-GdB 10), - chronische Nebenhöhlenentzündung (Teil-GdB 10), - Schwerhörigkeit (Teil-GdB 10).

Den dagegen eingelegten Widerspruch der Klägerin wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2010 als unbegründet zurück (Bl. 135 und 136 der Verwaltungsakte).

Die Klägerin beantragte am 10.08.2011 beim Versorgungsamt R.-N.-Kreis die Erhöhung des GdB und machte zur Begründung ein chronisches HWS-Syndrom, eine depressive Episode, eine Schlafstörung, einen Grübelzwang, ein Reizdarmsyndrom, eine chronische Migräne sowie ein Sicca-Syndrom der Augen geltend (Bl. 140 und 141 der Verwaltungsakte). Die Klägerin fügte ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei: einen Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 26.10.2009, einen Arztbrief des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. B. vom 08.07.2010, einen Arztbrief der Internistin und Rheumatologin Dr. S.-K. vom 23.08.2010 und ein Laborblatt erstellt am 31.08.2010, einen Arztbrief des Orthopäden L.vom 30.09.2010, einen Sonographiebericht der chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums M. vom 20.10.2010, einen Arztbrief des Internisten und Gastroenterologen Prof. Dr. K. vom 02.11.2010, einen Bericht des Pathologen Dr. D.vom 03.11.2010, einen Arztbrief des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. B. vom 09.02.2011 sowie einen Arztbrief der Fachärztin für Radiologische Diagnostik Dr. A. vom 23.03.2011 (Bl. 142 bis 153 der Verwaltungsakte).

Das Landratsamt R.-N.-Kreis forderte Untersuchungsbefunde bei dem Orthopäden Dr. B., bei dem Neurologen und Psychiater Dr. K. sowie bei dem Augenarzt Dr. S. an (Bl. 156, 159 und 162 der Verwaltungsakte) und holte eine versorgungsärztliche Stellungnahme bei Dr. S. ein, welcher die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen unter dem 12.10.2011 wie folgt bewertete:

- funktionelle Organbeschwerden, depressive Verstimmung, chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 30), - degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20), - Magenerkrankung (Teil-GdB 10), - chronische Nebenhöhlenentzündung (Teil-GdB 10), - Schwerhörigkeit (Teil-GdB 10) und - Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform, Großzehengrundgelenksarthrose links (Teil-GdB 10).

Der Gesamt-GdB betrage 40. Die Sehinderung und das Sicca-Syndrom, die Laktoseunverträglichkeit sowie der Verdacht auf ein

Reizmagen- und Reizdarmsyndrom bewirkten keine Funktionsbeeinträchtigung (Bl. 163 und 164 der Verwaltungsakte).

Daraufhin lehnte das Landratsamt R.-N.-Kreis - Versorgungsamt - den Erhöhungsantrag der Klägerin mit Bescheid vom 18.10.2011 ab (Bl. 165 und 166 der Verwaltungsakte).

Dagegen legte die Prozessbevollmächtigte der Klägerin mit Schreiben vom 25.10.2011 Widerspruch ein, zu dessen Begründung sie vortrug, die Verhältnisse, welche der letzten maßgeblichen Feststellung zugrunde liegen, hätten sich durch Hinzukommen weiterer Funktionsbeeinträchtigungen geändert, was nunmehr zu einer Erhöhung des GdB auf mindestens 50 führen müsse. Insbesondere sei trotz Behandlung der Depressionen der Klägerin keine Besserung eingetreten. Weiter machten "die akute HWS" und die damit zusammenhängenden Schmerzen des rechten Armes und die ständigen Kopfschmerzen es der Klägerin unmöglich, am öffentlichen Leben teilzunehmen und ihren Alltag "normal" zu gestalten. Sie müsse mehrmals in der Woche Diclofenac Sandoz (50 mg-Zäpfchen) zu sich nehmen, da sie Schmerztabletten wegen ihrer Magenbeschwerden nicht mehr einnehmen könne. Sie nehme die Antidepressiva Amioxid und Amitriptylin ein, welche zur täglichen Übelkeit führten. Dem Widerspruch beigefügt waren ein fachärztliches Attest des Orthopäden Dr. B. vom 04.11.2011, ein psychologischer Befundbericht der Psychotherapeutin und Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 21.11.2011 sowie ein Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 28.11.2011 (Bl. 167 und 171 bis 176 der Verwaltungsakte).

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme bei Dr. B. wies das Regierungspräsidium S.t - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 14.02.2012 als unbegründet zurück (Bl. 177 und 178 sowie 180 bis 182 der Verwaltungsakte).

Dagegen erhob die Prozessbevollmächtigte der Klägerin am 09.03.2012 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG), zu deren Begründung sie vortrug, für die funktionellen Organbeschwerden, die depressive Verstimmung und das chronische Schmerzsyndrom müsse mindestens ein GdB von 50 festgestellt werden. Die orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB in Höhe von mindestens 40 zu bewerten. Die übrigen Erkrankungen seien jeweils unzutreffend mit einem Teil-GdB von 10 bewertet worden. In Anbetracht der Funktionsbeeinträchtigungen müsse ein GdB in Höhe von mindestens 50 festgestellt werden.

Das SG erhob Beweis durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 21/26, 27, 28/54 und 56/69 der SG-Akte verwiesen.

Der Neurologe und Psychiater Dr. K. teilte dem SG unter dem 19.07.2012 mit, die Klägerin befinde sich seit 22.10.2009 zeitweise in seiner nervenärztlichen Behandlung. Sie habe ihn im Jahr 2009 zweimal, im Jahr 2010 einmal, im Jahr 2011 sechsmal und im Jahr 2012 am 17.02., 23.03 und zuletzt am 10.07.2012 konsultiert. Beim letzten Konsultationstermin habe sich eine massive psychische Zustandsverschlechterung im Sinne einer Überforderungssymptomatik mit ausgeprägter Depression, Antriebslosigkeit, Erschöpfung und Zunahme der Ganzkörperschmerzen ergeben. Der Teil-GdB auf psychiatrischem Fachgebiet sei bis November 2011 mit 50 und danach mit 70 zu bewerten.

Der Orthopäde Dr. B. schrieb dem SG am 19.07.2012, die Klägerin befinde sich seit 2009 bei ihm in Behandlung. Bei der Klägerin bestünden ein chronisch rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Großzehengrundgelenksarthrose links, Senk-Spreizfüße, ein Schulter-Nacken-Arm-Syndrom beidseits, degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule sowie eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung. Die Behinderungen seien leicht- bis mittelgradig ausgeprägt.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin Dr. G. berichtete unter dem 23.07.2012, die Klägerin befinde sich seit 2003 bei ihr in hausärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Die Klägerin leide unter chronischen Wirbelsäulenschmerzen, Gelenkbeschwerden und unter einem therapieresistenten Fibromyalgiesyndrom. Weiter lägen eine chronische Depression mit Angst und somatoformer Schmerzstörung sowie zum Großteil psychisch bedingte gastrointestinale Beschwerden vor, welche auch nicht therapierbar seien. Die Gesundheitsstörungen der Klägerin seien als schwer zu bezeichnen.

Der Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin - M.-B.-Klinik - Dr. C.s sagte unter dem 18.09.2012 aus, die Klägerin habe sich vom 16.05.2012 bis 20.06.2012 in stationärer Behandlung befunden. Die Klägerin leide unter Angst und depressiver Störung, gemischt, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, akuten Schmerzen sowie Migräne, rechtsseitigen Schmerzen im Rahmen eines degenerativen HWS- und LWS-Syndroms sowie gastroösophagealem Reflux mit Sodbrennen. Die Gesundheitsstörungen seien bis auf den Reflux, welcher leicht sei, als mittelschwer einzuschätzen. Im Rahmen des stationären Aufenthalts habe eine leichte Besserung des seelischen Befindens erzielt werden können, deren Nachhaltigkeit aber nicht absehbar sei.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin reichte mit Schreiben vom 04.04.2013 ein fachärztliches Attest des Orthopäden Dr. B. vom 21.03.2013 ein.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.10.2013 wies das SG die Klage als unbegründet ab. Zur Begründung führte das SG aus, ein Einzel-GdB von 30 für die Behinderungen der Klägerin im Funktionssystem des Gehirns/der Psyche sei angemessen. Die Behinderungen im Funktionssystem der Haltungs- und Bewegungsorgane rechtfertigten einen Einzel-GdB von 20. Der Beklagte sei zutreffend zu der Bewertung gelangt, dass hieraus ein Gesamt-GdB von 40 folge. Die übrigen mit einem Einzel-GdB von 10 bewerteten Behinderungen könnten im Rahmen der Gesamt-GdB-Bewertung keine Berücksichtigung finden.

Gegen den der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 16.10.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat diese am 30.10.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt, zu deren Begründung sie vorträgt, das SG habe die Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. K. außer Acht gelassen. Ferner sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Funktionsbeeinträchtigungen mit den Einzel-GdB von 10 im Rahmen der Gesamtbewertung keine Berücksichtigung fänden. Schließlich habe sie bereits erstinstanzlich beantragt, ein Sachverständigengutachten einzuholen.

Mit Schriftsatz vom 29.09.2014 hat die Prozessbevollmächtigte der Klägerin einen Arztbrief des Facharztes für Neurochirurgie Dr. M.vom 09.09.2014 vorgelegt (Bl. 23/24 der Senatsakte).

Die Berichterstatterin hat mit den Beteiligten am 13.01.2015 einen Erörterungstermin durchgeführt. Auf die hierzu ergangene Niederschrift wird verwiesen (Bl. 29/31 der Senatsakte).

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten bei dem Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S ... eingeholt. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 40/69 der Senatsakte verwiesen.

Im aufgrund einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 10.06.2015 erstellten Gutachten vom 17.06.2015 hat Dr. S ... auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ein chronifiziertes mittelgradiges depressives Syndrom auf dem Boden chronischer depressiver Verstimmungen (Dysthymia) und Somatisierungstendenzen diagnostiziert. Es hat sich kein Anhalt für eine relevante Erkrankung des neurologischen Fachgebietes gefunden. Das seelische Leiden der Klägerin bedinge einen Einzel-GdB von 30. Die Symptomatik sei indes nicht so gravierend ausgeprägt, dass hierdurch ein GdB von 40 gerechtfertigt sei. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, das Schulter-Arm-Syndrom rechts, die muskulären Verspannungen und das Kopfschmerzsyndrom seien mit einem Einzel-GdB von 20, die Magenerkrankung, die chronische Nasennebenhöhlenentzündung, die Schwerhörigkeit sowie die Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform und Großzehengrundgelenksarthrose links jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Die Klägerin beantragt sachdienlich gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 04.10.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids des Landratsamts Rhein-Neckar-Kreis - Versorgungsamt - vom 18.10.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Regierungspräsidiums Baden-Württemberg - Landesversorgungsamt - vom 14.02.2012 zu verurteilen, bei der Klägerin einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 10.08.2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids und führt aus, das SG habe sich mit der Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. K. ausreichend auseinandergesetzt und ausführlich begründet, warum dessen Einschätzung des GdB nicht gefolgt werden könne.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt. (Bl. 73 und 74 der Senatsakte). Mit der Terminsbestimmung des Vorsitzenden vom 05.08.2015 ist die Klägerin auf die Missbräuchlichkeit der Prozessführung und die Möglichkeit der Auferlegung von Kosten nach [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) hingewiesen worden (Bl. 70/71 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vom Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Prozessakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet.

Das SG hat mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 04.10.2013 die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Landratsamts R.-N.-Kreis - Versorgungsamt - vom 18.10.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Regierungspräsidiums S. - Landesversorgungsamt - vom 14.02.2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst nach Funktionssystemen (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) getrennt, später nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt GdB (dazu s. unten) 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.

Die im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (vgl. dazu Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) bestehenden Behinderungen der Klägerin sind mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten.

Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem Teil-GdB von 0 bis 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Erst schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten rechtfertigen einen Teil-GdB von 50 bis 70, mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen Teil-GdB von 80 bis 100.

Die Klägerin leidet vor allem unter einem chronifizierten mittelgradigen depressiven Syndrom auf dem Boden chronischer depressiver Verstimmungen (Dysthymia) sowie Somatisierungstendenzen. Dies entnimmt der Senat dem auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) eingeholten und nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 10.06.2015 erstellten Gutachten des Facharztes für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S ... vom 17.06.2015. Die bei der Klägerin aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung vorliegenden funktionellen Auswirkungen entsprechen stärker behindernden Störungen mit einer wesentlich eingeschränkten Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, welche nach Auffassung des Senats einen Einzel-GdB von 30 gerade noch bedingen. Bei der Untersuchung durch Dr. S ... wirkte die Klägerin in der Gestik und Mimik angespannt und mitgenommen. Sie war aber auskunftsbereit und kooperativ. Es ergab sich klinisch kein Anhalt für eine manifeste Simulation oder Dissimulation. Die Klägerin war im interaktionellen Verhalten angemessen und zeigte eine regelrecht modulierte Sprache. Es ließen sich keine Gedächtnisstörungen nachweisen und es ergab sich kein Anhalt für eine hirnrorganisch bedingte psychische Symptomatik. Eine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung lag nicht vor. Die Klägerin wirkte in der Grundstimmung belastet, niedergeschlagen und depressiv. Sie war innerlich vermehrt angespannt und klagsam. Es zeigte sich eine Affektlabilität mit einer Weinerlichkeit. Die affektive Resonanzfähigkeit war zum negativen Pol hin verschoben. Demgegenüber konnte die Klägerin aber auch wenige Male spontan und authentisch lächeln. Das formale Denken war nicht verlangsamt, sondern folgerichtig. Es fanden sich keine inhaltlichen Denkstörungen. Die Klägerin war in ihren Aussagen auf die lebensgeschichtlichen Belastungen (Alkoholkonsum und körperliche Gewalt des Ex-Ehemannes) und vor allem auf die Drogenerkrankung ihres jüngsten Sohnes zentriert. Es ergab sich kein Anhalt für eine produktiv-psychotische Symptomatik oder für eine Sinnestäuschung oder Ich-Störung. Vielmehr ergaben sich Hinweise auf Somatisierungstendenzen mit vorwiegender Projektion auf das muskulo-skelettale System. Es ergab sich kein Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung oder für eine sozialmedizinisch relevante Suchterkrankung. Es bestand auch keine Suizidalität.

Nach der von Dr. S. erhobenen Medikamentenanamnese nimmt die Klägerin das Antidepressivum Cymbalta 30 mg (ein bis zwei Tabletten zur Nacht) sowie Ibuflamtabletten oder Diclofenac 100 mg-Zäpfchen bei Bedarf sowie zwei Tabletten Novalgin ein. Ferner stellt sich die Klägerin nach ihren Angaben bei Dr. S. etwa einmal im Monat bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. vor und geht ca. alle 14 Tage zur psychotherapeutischen Behandlung zu der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie Dr. G ... Nach den Aussagen der Klägerin im Erörterungstermin vom 13.01.2015 geht sie einmal in der Woche zu Dr. G. und ca. ein bis zweimal im Monat zu Dr. K ... Gegenüber den von Dr. K. dem Sozialgericht unter dem 19.07.2012 mitgeteilten Konsultationsterminen (2009: 22.10. und 03.11.; 2010: 13.07.; 2011: 06.05., 15.07., 01.09., 15.09., 21.10. und 18.11.; 2012: 17.02., 23.03. und zuletzt 10.07.) hat sich eine erhöhte Behandlungsfrequenz ergeben, was für einen entsprechenden Leidensdruck der Klägerin spricht.

Jedoch hält es der Senat nicht für angemessen, den GdB-Rahmen für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit von 30 bis 40 nach oben hin auszuschöpfen. Hier ist zu bedenken, dass sich die Klägerin wegen ihrer psychiatrischen Beschwerden bislang lediglich einmal vom 16.05.2012 bis 20.06.2012 stationär in Behandlung befunden hat (damals in der Michael-Balint-Klinik in Königfeld). Weiter ist zu bedenken, dass die Klägerin fünf Tage die Woche berufstätig ist. So hat sie gegenüber Dr. S ... und auch im Erörterungstermin vom 13.01.2015 berichtet, sie sei als Küchenhilfe für vier Stunden täglich im Universitätsklinikum Mannheim beschäftigt. Im Erörterungstermin vom 13.01.2015 hat sie zusätzlich berichtet, sie putze noch für zwei Stunden in einem Altersheim. Weiter ergibt sich aus dem gegenüber Dr. S. geschilderten Tagesablauf der Klägerin, dass sie zu unterschiedlichen Zeiten morgens aufsteht, dann von 11.30 Uhr bis 15.30 Uhr arbeiten geht. Nach der Arbeit geht sie zu ihrer Mutter, wo sie isst und trinkt. Anschließend geht die Klägerin nach Hause und macht auch noch den Haushalt. Zu ihren Interessen befragt hat die Klägerin ausgeführt, sie schaue deutsches und türkisches Fernsehen, lese türkische Erzählungen und schaue im Internet nach entsprechender Literatur. Zudem zeigte sie sich auch gesellschaftspolitisch interessiert (Rolle der Frau in der türkischen Gesellschaft). Weiter hat die Klägerin sowohl inner- als auch außerfamiliäre soziale Kontakte. So hat sie Freunde, welche sie gerne besucht und mit denen sie zusammen spazieren geht und von den Problemen erzählt. Weiter wird die Klägerin auch von ihrer Tochter mit den beiden Enkelkindern aus S. besucht. Ferner hat sie zuletzt im Jahr 2011 in der Türkei Urlaub gemacht.

Nach alledem verkennt der Senat zwar nicht die Probleme der Klägerin vor allen Dingen durch die familiäre Belastung durch ihren drogenabhängigen Sohn. Jedoch muss hier auch gesehen werden, dass die Klägerin noch einer beruflichen Tätigkeit nachgehen kann und durchaus über soziale Kontakte und einen strukturierten Tagesablauf verfügt. Vor diesem Hintergrund erscheint es dem Senat nicht angemessen, den GdB-Rahmen von 30 bis 40 nach oben auszuschöpfen und die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankungen mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten. Die Bewertung mit einem Einzel-GdB von 30 erscheint angemessen und leidensgerecht. Diese Auffassung wird unterstützt durch die Einschätzung des Gutachters Dr. S ... im Gutachten vom 17.06.2015 und die Einschätzung des sachverständigen Zeugen Dr. C. vom 18.09.2012 gegenüber dem SG. Dr. C. kann seine Einschätzung auf die

Beobachtung der Klägerin während ihres stationären Aufenthalts vom 16.05.2012 bis 20.06.2012 in der M.-B.-Klinik stützen. Die Einschätzung entspricht auch den Feststellungen im Entlassungsbericht der Michael-Balint-Klinik vom 12.07.2012, wonach die Klägerin für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft in Teilzeit sofort arbeitsfähig entlassen worden ist. Weiter ist dort in Übereinstimmung mit den Feststellungen des Sachverständigen Dr. S. ausgeführt, dass das häusliche Leben bewältigt werden kann, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen adäquat gestaltet werden können und eine Teilnahme am Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben möglich ist.

Der Senat konnte sich demgegenüber der Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. K. vom 19.07.2012 gegenüber dem SG nicht anschließen. Die Aussage von Dr. K. lässt eine Orientierung an den VG vermissen. Weiter wird die Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. K., worauf das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zu Recht hingewiesen hat, auch durch die von ihm beigefügten eigenen Befundberichte nicht gestützt. So berichtet Dr. K. in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 19.07.2012, dass die Depression der Klägerin als "sehr schwer" einzuordnen sei. Demgegenüber beschreibt Dr. K. in seinen Arztbriefen vom 13.07.2010 und 28.11.2011 eine mittelgradige depressive Störung. Die in seiner Aussage vom 19.07.2012 angenommene massive psychische Zustandsverschlechterung wird in ihrer funktionell sich auswirkenden Ausprägung nicht erläutert, vielmehr ergibt sich in der nachfolgenden gutachterlichen Untersuchung von Dr. S., dass keine graduelle Änderung gegenüber früheren psychischen Befunden eingetreten ist. Entweder handelt es sich um eine nicht GdB-relevante vorübergehende zeitlich unbedeutende Verschlechterung oder eine nur therapeutisch wahrgenommene Verschlechterung des nach der im Juni 2012 durch die stationäre Behandlung in der Balint-Klinik erreichten verbesserten Gesundheitszustandes, die letztlich nur auf das zuvor bestandene Ausmaß der psychischen Beeinträchtigungen zurückführte.

Nach alledem hält der Senat einen Einzel-GdB von 30 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche für angemessen.

Das Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG), ist bei der Klägerin durch Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule gekennzeichnet, die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sind.

Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist für Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 10, für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20 und für Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 30 vorgesehen. Ein Teil-GdB von 30 bis 40 kommt erst bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten in Betracht. Zu den sogenannten Wirbelsäulensyndromen zählen beispielsweise das Schulter-Arm-Syndrom, das Lumbalsyndrom, die Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen.

Die Klägerin leidet unter einem chronisch-rezidivierenden Wirbelsäulensyndrom, einem beidseitigen Schulter-Nacken-Arm-Syndrom sowie unter degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Dies entnimmt der Senat der Aussage des als sachverständigen Zeugen vom SG gehörten behandelnden Orthopäden der Klägerin Dr. B. vom 19.07.2012.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie Dr. G. hat in ihrer sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG am 23.07.2012 folgende Bewegungsausmaße der Halswirbelsäule mitgeteilt: Seitneigung 30-0-30 ° (Norm: 45-0-45 °), Rotation 45-0-45 ° (Norm: 60/80-0-60/80 °) und Flexion/Extension 30-0-30 ° (Norm: 35/45-0-35/45 °). Demgegenüber ist im Entlassungsbericht der M.-B.-Klinik vom 12.07.2012 eine freie Beweglichkeit an HWS, BWS und LWS sowie ein Fingerbodenabstand von 0 cm dokumentiert. Im Arztbrief des Orthopäden Herrn L. vom 27.10.2009 zeigte die Halswirbelsäule eine Einschränkung in Reklination und in Neutralposition, vornehmlich in der tiefen Etage. Auch nach Lösen sämtlicher Blockaden in der HWS ließen sich keine wesentlichen Veränderungen erreichen, sodass eine strukturelle, muskuläre Problematik zunehmend war. In der Reklination fanden sich Schmerzen vornehmlich in den Triggerpunkten über Trapez und Levator, aber auch in den Facetten bei 6/7 rechts. Neurologisch fanden sich keine eindeutigen Ausfälle und auch keine Reduktion der groben Kraft. Allerdings fanden sich eine deutliche Empfindlichkeit beim Beklopfen des Nervus Medianus im Sinne eines positiven Hoffmann-Tinel-Zeichens neben einem positiven Phalenphänomen. Die MRT-Untersuchung der HWS ergab vom groben Aspekt her keine Einengung der Neuroforamina oder auch des Spinalkanals. Es zeigten sich allenfalls kleinere Verdichtungen in den Etagen 3, 4, 5. Es ergaben sich aber keine Hinweise für Protrusionen (Bl. 127 der Verwaltungsakte). Im Arztbrief vom 30.09.2010 berichtete Herr Ludwig, dass sich keine nennenswerten eindeutigen Pathologien fanden, welche die von der Klägerin geklagten erheblichen Beschwerden beginnend in der Schädelmitte mit Ausstrahlung bis in den rechten Arm erklären könnten. Die Klägerin sei in erheblichem Maße klagsam und mit absoluter Sicherheit hochgradig psychoreaktiv alteriert. Herr L. führte aus, dass ein psychoreaktives Beschwerdebild vorliege, welches sich nicht durch eine nennenswerte Funktionseinschränkung der HWS darstellen lasse. Die von der Klägerin beschriebenen Beschwerden entsprächen nicht einer typischen orthopädischen Pathologie (Bl. 146 der Verwaltungsakte). Zwar ist im Arztbrief des Neurochirurgen Dr. M. vom 09.09.2014 eine Trizepsparese KG 3/5 rechts und KG 4/5 sowie eine Faustschlussparese KG 4/5 beidseits festgestellt. Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich schwach auslösbar und es bestand eine starke Druckschmerzhaftigkeit über den Facettengelenken der HWS beidseits. Dr. M. empfahl aufgrund der chronischen Cervicobrachialgie mit bereits bestehender Parese ein MRT der HWS zum Ausschluss eines Bandscheibenvorfalles oder einer Spinalkanalstenose. Demgegenüber konnte Dr. S. aus Sicht des einschlägigen Fachgebiets der Neurologie bei seiner Untersuchung der Klägerin am 10.06.2015 keine wesentlichen Einschränkungen der Halswirbelsäulenbeweglichkeit feststellen. Nur bei endgradigen Bewegungen der Halswirbelsäule nach rechts gab die Klägerin Schmerzen an. Die Kopfdrehung und Schulterhebung war beidseits ohne Hinweise für Paresen möglich. Es bestanden diskrete Muskelverspannungen im Schultergürtelbereich und bei endgradigen Bewegungen der Schulter rechts wurden Beschwerden angeführt. Alle Gelenke der oberen und unteren Extremitäten waren aktiv und passiv frei beweglich. Es ergaben sich keine Nervendehnungszeichen. Der Fingerkuppen-Bodenabstand betrug ca. 35 cm. Das Hoffmann-Tinel-Zeichen über dem rechten Sulcus ulnaris war positiv. Es ergaben sich keine wesentlichen Einschränkungen der Fingerfeinmotorik. Der allein von Dr. M. bei der wohl nur einmaligen Vorstellung der Klägerin am 24.06.2014 erhobene Befund war somit nicht wiederholbar, weshalb der Senat ihn nicht hat berücksichtigen können.

Nach alledem konnte der Senat allenfalls mittelschwere Funktionsbeeinträchtigungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Halswirbelsäule)

feststellen. Lediglich bei den von Dr. G. erhobenen Bewegungsmaßstäben handelt es sich um allenfalls mittelgradige Bewegungseinschränkungen in der Halswirbelsäule. Wie aufgeführt sind sonst keine bzw. lediglich endgradige Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule dokumentiert. Die bei der Untersuchung durch Dr. S. nicht mehr dokumentierten Paresen und unter weiterer Berücksichtigung der von der Klägerin glaubhaft angegebenen Schmerzen konnte der Senat für das Funktionssystem des Rumpfes allenfalls einen Einzel-GdB von 20 feststellen.

Im Funktionssystem der Beine konnte der Senat allenfalls einen Einzel-GdB von 10 feststellen.

Hier leidet die Klägerin unter einer Großzehengrundgelenksarthrose links sowie unter Senk- und Spreizfüßen. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des Orthopäden Dr. B. vom 08.07.2010 (Bl. 143 der Verwaltungsakte). Nach Teil B Ziff. 18.14 VG ergeben andere Fußdeformitäten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z.B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung geringen Grades einen Teil-GdB von 10 und stärkeren Grades einen Teil-GdB von 20. Die Versteifung der Großzehengelenke in günstiger Stellung ist mit einem Teil-GdB von 0 bis 10 und in ungünstiger Stellung (z.B. Plantarflexion im Grundgelenk über 10 °) mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Vorliegend sind stärkere funktionelle Auswirkungen aufgrund der Großzehengrundgelenksarthrose und der Senk- und Spreizfüße, welche die Vergabe eines höheren Einzel-GdB als 10 rechtfertigen könnten, nicht dokumentiert. Daher hält der Senat für das Funktionssystem der Beine einen Einzel-GdB von 10 für angemessen. Diese Einschätzung wird auch durch den Gutachter Dr. S ... bestätigt.

Im Funktionssystem der Verdauung liegen bei der Klägerin Funktionsbeeinträchtigungen vor, welche allenfalls einen Einzel-GdB von 10 rechtfertigen. Die Klägerin leidet unter einem Dickdarmmeteorismus und einer Milchzuckerunverträglichkeit. Weiter bestanden ein Verdacht auf ein Reizmagen-Reizdarmsyndrom und eine chronische Ösophagitis bei Verdacht auf gastroösophagealen Reflux. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 04.08.2008 (Bl. 54 der Verwaltungsakte), den Arztbriefen des Facharztes für Innere Medizin und Gastroenterologie Prof. Dr. K. vom 18.06.2009 (Bl. 98 der Verwaltungsakte) und 02.11.2010 (Bl. 39 der SG-Akte) sowie dem Arztbrief der Fachärztin für Radiologische Diagnostik Dr. A. (Bl. 41 der SG-Akte).

Nach Teil B Ziff. 10.1 VG ist bei einer Refluxkrankheit der Speiseröhre mit anhaltenden Refluxbeschwerden je nach Ausmaß ein Teil-GdB von 10 bis 30 zu vergeben. Nach Teil B Ziff. 10.2 VG ist bei organischen und funktionellen Krankheiten des Magen-Darmkanals der GdB nach dem Grad der Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, der Schwere der Organstörung und nach der Notwendigkeit besonderer Diätkost zu beurteilen. Bei allergisch bedingten Krankheiten ist auch die Vermeidbarkeit der Allergene von Bedeutung. Nach Teil B Ziff. 10.2.1 VG ergibt ein Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) einen Teil-GdB von 0 bis 10. Wesentliche Funktionseinschränkungen, welche die Vergabe eines höheren Einzel-GdB als 10 für das Funktionssystem der Verdauung ergeben könnten, sind nicht dokumentiert. Bei der Klägerin wurde am 18.06.2009 und am 02.11.2010 eine Magenspiegelung durchgeführt. Am 18.06.2009 ergaben sich lediglich diskrete Zeichen einer Antrumgastritis bei ansonsten unauffälligem endoskopischen Befund im oberen Gastrointestinalgut. Es ergab sich kein Hinweis auf eine achsiale Hiatusgleithernie oder eine Refluxösophagitis. Ein Ulcus ventriculi et duodeni oder ein Tumor wurde ausgeschlossen, ebenso eine Helikobacter pylori-Besiedlung im Biopsieschnelltest. Es ergab sich lediglich ein Verdacht auf funktionelle Beschwerden (Dyspepsie/Reizmagen). Bei der Magenspiegelung am 02.11.2010 ergab sich ebenfalls ein unauffälliger endoskopischer Befund im oberen Gastrointestinaltrakt. Die histologische Untersuchung von Magenschleimhaut aus Antrum und Corpus sowie der Colonschleimhaut ergab jeweils keinen Anhalt für Malignität (vgl. Histologiebericht vom 02.11.2010; Bl. 151 der Verwaltungsakte). Ebenso ergab sich auch hier kein Hinweis auf eine Helikobacter pylori-Besiedlung im Biopsieschnelltest. Der endoskopische Befund im unteren Gastrointestinaltrakt war ebenfalls unauffällig. Ein Polyp/Tumor im Colon wurde ausgeschlossen, ebenso eine entzündliche Darmerkrankung. Es ergab sich lediglich ein Verdacht auf eine funktionelle Magendarmerkrankung (Reizmagen-Reizdarm-Syndrom). Eine am 23.03.2011 durchgeführte Computertomographie des Abdomens ergab lediglich einen ausgeprägten Dickdarmmeteorismus bei ansonsten unauffälliger Darstellung der Ober- und Unterbauchorgane (vgl. Arztbrief der Fachärztin für Radiologische Diagnostik Dr. A. vom 23.03.2011; Bl. 41 der SG-Akte).

Die von Dr. Köhler im Arztbrief vom 04.08.2008 erwähnte chronische Ösophagitis konnte bei der Magenspiegelung durch Prof. Dr. K. am 18.06.2009 nicht bestätigt werden. Nach alledem fanden sich bis auf die bei der Magenspiegelung vom 18.06.2009 gefundenen diskreten Anzeichen einer Antrumgastritis sowie die im Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 04.10.2011 (Bl. 42 der SG-Akte) diagnostizierte Milchzuckerunverträglichkeit keine organischen Ursachen für die Beschwerden der Klägerin. Der Verdacht auf Reizdarm-Reizmagen-Syndrom ist bislang nicht bestätigt. Funktionelle Auswirkungen der Laktoseunverträglichkeit und des Dickdarmmeteorismus, welche eine Erhöhung des Einzel-GdB von 10 für das Funktionssystem der Verdauung rechtfertigen könnten, sind von der Klägerin weder vorgetragen, noch in den ärztlichen Unterlagen dokumentiert. Nach alledem hält der Senat für das Funktionssystem der Verdauung einen Einzel-GdB von 10 für angemessen.

Im Funktionssystem der Atmung liegen bei der Klägerin Funktionsbeeinträchtigungen vor, welche allenfalls die Vergabe eines Teil-GdB von 10 rechtfertigen.

Die Klägerin leidet unter einer chronischen Nebenhöhlenentzündung. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des HNO-Arztes Dr. G. vom 18.03.2009 sowie dem Pathologiebericht von Prof. Dr. K. vom 11.03.2009 (Bl. 90 und 91 der Verwaltungsakte). Nach Teil B Ziff. 6.2 VG ist eine chronische Nebenhöhlenentzündung leichteren Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen) mit einem Teil-GdB von 0 bis 10 und schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizerscheinungen und Polypenbildung) mit einem Teil-GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Bei der Klägerin sind keine wesentlichen Neben- und Folgeerscheinungen der chronischen Nebenhöhlenentzündung dokumentiert, sodass hier kein höherer Teil-GdB als 10 vergeben werden kann. Damit ist für das Funktionssystem der Atmung ein Einzel-GdB von 10 angemessen.

Im Funktionssystem der Ohren ist bei der Klägerin allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt. Die Klägerin leidet unter einer Innenohrschwerhörigkeit. Dies entnimmt der Senat dem Tonaudiogramm des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. Reis vom 15.04.2010 (Bl. 109 der Verwaltungsakte). Nach Ziff. 5.2.2 und 5.2.4 der VG ergibt sich aus dem Tonaudiogramm von Dr. R. zunächst ein prozentualer Hörverlust für das rechte Ohr von 35% und für das linke von 29% (4-Frequenztafel nach Röser 1973). Dies ergibt nach Ziff. 5.2.4. VG einen GdB von 15.

Für das Funktionssystem der Augen kann allenfalls ein Teil-GdB von 10 vergeben werden. Die Klägerin leidet ausweislich des Befundberichts des Augenarztes Dr. S. vom 11.07.2011 (Bl. 162 der Verwaltungsakte) unter einem Sicca-Syndrom. Der von Dr. S. gemessene Visus mit

Korrektur betrug am rechten Auge 0,8 und am linken Auge 0,6. Nach Teil B Ziff. 4 VG ist für die Beurteilung des GdB bei einer Sehbehinderung in erster Linie die korrigierte Sehschärfe maßgebend. Die Sehschärfe ist grundsätzlich entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) nach DIN 58220 zu bestimmen. Nach der unter 4.3 VG abgebildeten MdE-Tabelle der DOG beträgt der GdB wegen der bei der Klägerin von Dr. S. gemessenen Sehschärfe 5. Aufgrund dieser Sehschärfe und des Sicca-Syndroms, aufgrund dessen keine weiteren Funktionseinschränkungen dokumentiert sind, kann für das Funktionssystem der Augen höchstens ein Einzel-GdB von 10 vergeben werden.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht, noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen 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 sachverständigen Zeugenauskünften und dem Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen mit 40, gebildet aus Teilwerten von

- 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Rumpfes, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Verdauung, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Atmung, - 15 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Ohren, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Beine und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Augen, wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken (vgl. hierzu Teil A Ziff. 3 Buchst. d) ee)), zu bemessen.

Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass sich die orthopädischen Beeinträchtigungen der Klägerin mit den psychischen Beeinträchtigungen überschneiden.

Im Übrigen sind gemäß Teil A, Nr. 3 b) VG bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdB-Werte angegeben sind (vgl. BSG, Beschluss vom 20.04.2015 - B 9 SB 98/14 B -; juris Rn. 7). Danach liegen bei der Klägerin keine dauernden Funktionseinschränkungen vor, die mit den nach den VG einen Gesamt-GdB von 50 bedingenden Funktionseinschränkungen, wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel oder bei einer völligen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden, Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung oder Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung vergleichbar wären.

Die Schwerbehinderteneigenschaft wird insgesamt daher nicht erreicht.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 40 ist im Vergleich zum Bescheid vom 16.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.12.2010 keine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 eingetreten, weshalb die Klägerin auch keinen Anspruch auf Änderung - höhere (Neu)-Feststellung des GdB hat.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Darüber hinaus werden der Klägerin nach § 192 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG Kosten i.H.v. 225,00 EUR auferlegt. Die Klägerin war durch den schriftlichen und ihrer Bevollmächtigten zugestellten Hinweis des Vorsitzenden vom 05.08.2015 auf die Missbräuchlichkeit der Prozessführung und die Möglichkeit der Kostenauflegung hingewiesen worden. In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu § 34 Abs. 2 BVerfGG ist ein Missbrauch dann gegeben, wenn eine Rechtsverfolgung offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist und sie von jedem Einsichtigen als völlig aussichtslos angesehen werden muss (BVerfG 11.10.2001, Az. BvR 1271/01 m.w.N.).

Die Prozessführung der Klägerin ist vorliegend missbräuchlich. Bereits im erstinstanzlichen Verfahren hat - mit Ausnahme der sachverständigen Zeugen Dr. K. und Dr. G. - kein Arzt das Klagebegehren gestützt. Nachdem nunmehr im Berufungsverfahren sogar der auf Verlangen der Klägerin nach § 109 SGG befragte Gutachter Dr. S ... den Gesamt-GdB mit 40 bewertet hat, musste jedem selbst einfach denkenden Beteiligten klar geworden sein, dass der Rechtsstreit keine Aussicht auf Erfolg haben wird. Dies muss auch der anwaltlich vertretenen Klägerin erkennbar gewesen sein, weshalb die Fortführung des Verfahrens missbräuchlich ist. Denn die mit dem Antrag nach § 109 SGG notgedrungen auch intendierte Überprüfung der das Berufungsbegehren stützenden sachverständigen Zeugenaussage dieser Ärzte führte nicht zu deren Bestätigung, vielmehr beurteilte der Sachverständige Dr. S ... die Aussagen von Dr. G. und Dr. K. ausdrücklich als gutachterlich nicht neutral und durch subjektive therapeutische Sicht geprägt, was er in Übereinstimmung mit anderen Ärzten durch seinen erhobenen psychischen Befund begründet hat. Die Klägerin hat weder substantielle Einwände gegen das Gutachten erhoben noch hat sie überhaupt nach Gutachtensvorlage sachlich Stellung genommen. Die Klägerin hat sich daher dieser vom Arzt ihres Vertrauens vermittelten Erkenntnis bewusst verschlossen, sodass ein Fall der missbräuchlichen Fortführung des Verfahrens vorliegt, weshalb der Senat ihr unter Ausübung pflichtgemäßen Ermessens Kosten i.H.d. Mindestbetrages von 225,00 EUR auferlegt hat.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login  
BWB  
Saved  
2015-10-09