

L 3 SB 80/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 2141/13
Datum
17.12.2014

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 80/15
Datum
16.12.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 17. Dezember 2014 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten der Klägerin sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
Tatbestand:
Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der Beklagte hatte auf Grund der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. A. vom 21.02.2008, in der als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und eine Kalksalzminderung des Knochens mit einem Einzel-GdB von 20, eine Blutarmut mit einem Einzel-GdB von 10, eine im Stadium I bis II abgeheilte Sarkoidose und ein hyperreagibles Bronchialsystem mit einem Einzel-GdB von 10, ein Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 10, eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke und beider Hüftgelenke mit einem Einzel-GdB von 10 sowie eine depressive Verstimmung, ein chronisches Schmerzsyndrom, ein Restless-legs-Syndrom und funktionelle Organbeschwerden mit einem Einzel-GdB von 20 sowie der Gesamt-GdB mit 30 beurteilt worden waren, mit Bescheid vom 03.03.2008 bei der im Jahr 1957 geborenen Klägerin den GdB mit 30 seit 09.05.2007 festgestellt.

Die Klägerin beantragte am 20.08.2012 die Neufeststellung ihres GdB. Der Beklagte holte den Befundbericht des Internisten Dr. B. vom 15.10.2012 ein. Dieser berichtete unter Beifügung diverser Arztbriefe über eine behandlungsbedürftige Schlafapnoe mit noch nicht erfolgter Einleitung einer Masken-Therapie sowie anhaltende Fersensporen-Beschwerden beidseits. Dr. C. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 19.11.2012 als zusätzliche Funktionsbeeinträchtigung ein Schlaf-Apnoe-Syndrom mit einem Einzel-GdB von 20 sowie einen zusammen mit der Funktionsbehinderung beider Kniegelenke und beider Hüftgelenke mit einem Einzel-GdB von 10 eingeschätzten Fersensporen beidseits und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Der Beklagte hob mit Bescheid vom 10.12.2012 den Bescheid vom 03.03.2008 auf und stellte den GdB mit 40 seit 20.08.2012 fest.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Sie legte diverse Arztbriefe vor. Der Beklagte holte den Befundbericht des Urologen Dr. D. vom Juni 2013 ein. Dieser berichtete über eine rezidivierende Zystitis und permanent geklagte Unterleibs- und Unterbauchbeschwerden. Ferner zog der Beklagte einen Arztbrief des Internisten Dr. E. vom 08.02.2013 bei. Darin wurden eine kardiale Ursache für die geäußerten Atemnotbeschwerden ausgeschlossen, Sarkoidoseveränderungen der Bronchialschleimhaut beschrieben, ein Asthma verneint sowie eine chronische Nasenatmungsbehinderung bei einem Zustand nach operativer Sanierung diagnostiziert. Dr. F.-G. berücksichtigte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 11.07.2013 den Bluthochdruck nun mit einem Einzel-GdB von 20 und bewertete den Gesamt-GdB weiterhin mit 40. Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2013 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.08.2013 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Das SG hat die Frauenärztin Dr. H. im November 2013, die Frauenärztin Dr. I. unter dem 08.11.2013, Frauenärztin Dr. J.-K. unter dem 15.11.2013, Dr. D. unter dem 23.11.2013 und die Internistin Dr. L. unter dem 08.03.2014 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. H. hat einen unauffälligen gynäkologischen Befund bei Zustand nach Hysterektomie mitgeteilt. Dr. I. hat unter Vorlage diverser Arztbriefe ausgeführt, eine Funktionsbeeinträchtigung habe sich nicht feststellen lassen. Einen objektivierbaren Befund für die von der Klägerin geklagten Flankenschmerzen habe sie nicht erheben können. Dr. J.-K. hat ausgeführt, eine Änderung des Gesundheitszustandes lasse sich nicht feststellen. Die von der Klägerin geklagten Beschwerden seien vorwiegend anamnestisch festzuhalten, so dass der Befund zu den von der Klägerin vorgebrachten Klagen diskrepant gewesen sei. Eine Einschränkung im Alltag sei nicht beklagt worden. Dr. D. hat eine rezidivierende Zystitis und ein chronisches Beckenschmerzsyndrom beschrieben. Ferner bestünden dysurische Miktionsbeschwerden mit Allgurie. Dr. L. hat über Anzeichen einer

hypertensiven Herzerkrankung in Form einer beginnenden linksventrikulären Myokardhypertrophie und diastolischen Relaxationsstörung Grad II berichtet. Der arterielle Hypertonus sei medikamentös gut eingestellt. Zu keinem Zeitpunkt seien Hinweise für eine Belastungskoronarinsuffizienz dokumentiert worden. Ferner lägen ein Schlafapnoe-Syndrom und ein intrinsic Asthma bronchiale sowie eine Reflux-Krankheit vor. Auf kardiologischem Fachgebiet sei der GdB mit maximal 20 einzuschätzen. Dr. M. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 06.06.2014 ausgeführt, für ein Angebot im Sinne eines höheren GdB ergäben die vorliegenden Befundunterlagen keine ausreichende Grundlage.

Mit Gerichtsbescheid vom 17.12.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, der GdB sei mit 40 ausreichend bewertet. Auf gynäkologischem Fachgebiet könne kein GdB vergeben werden. Im Rahmen der Behandlung bei Dr. H. habe sich ein unauffälliger gynäkologischer Befund bei Zustand nach Hysterektomie ergeben. Dr. I. habe eine Funktionsbeeinträchtigung verneint. Dr. J.-K. habe keine Aussagen zur Funktionseinschränkung getroffen. Eine Einschränkung im Alltag sei nicht geklagt worden. Auf urologischem Fachgebiet sei der GdB wegen der von Dr. D. beschriebenen chronischen Zystitis mit 10 zu bewerten. Der von Dr. L. auf kardiologischem Fachgebiet mit maximal 20 bewertete GdB entspreche dem vom Beklagten für den Bluthochdruck vergebenen GdB, so dass auch hier eine Höherbewertung nicht erfolgen könne.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.01.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Sie hat mehrere Arztbriefe vorgelegt, in denen unter anderem Lumboischialgien beschrieben und der Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall geäußert worden sind. Sie hat ferner zur Begründung ausgeführt, die ausgeprägte Schlafapnoe sei nicht berücksichtigt worden. Gleiches gelte für die chronische Nasenatmungsbehinderung. Warum auf dem Gebiet der Gynäkologie ein GdB nicht feststellbar sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Sie leide ferner permanent an Unterleibsbeschwerden.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 17. Dezember 2014 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 10. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den GdB mit 50 seit 20. August 2012 festzustellen.

Der Beklage beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der Wirbelsäule sei bereits ein Einzel-GdB von 20 berücksichtigt worden. Die nun hier verstärkt aufgetretenen Beschwerden könnten derzeit nicht zu einer Höherbewertung führen, da es sich zunächst einmal um eine akute Verschlimmerung handele. Das Schlafapnoe-Syndrom sei bereits mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet worden, obwohl die Klägerin bisher gar keine nächtliche nasale Überdruckbehandlung durchführe. Eine chronische Nasenatmungsbehinderung mit Auswirkung auf den GdB sei nicht ersichtlich. Unabhängig davon sei auch bereits eine Sarkoidose und ein hyperreagibles Bronchialsystem zusätzlich berücksichtigt worden. Für die geltend gemachten Unterleibsbeschwerden hätten die behandelnden Gynäkologen keinen relevanten objektiven Befund feststellen können.

Der Senat hat die Akte der Deutschen Rentenversicherung Bund beigezogen, welche insbesondere die Gutachten des Internisten Dr. N. vom 16.01.2015, des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. O. vom 17.01.2015 und der Psychiaterin und Neurologin Dr. P. vom 13.04.2015 sowie diverse Arztbriefe beinhalten. Dr. N. hat auf seinem Fachgebiet eine arterielle Hypertonie, einen Zustand nach pulmonaler Sarkoidose im Stadium I bis II in Remission und ein geringgradiges intrinsic Asthma bronchiale diagnostiziert. Dr. O. hat auf seinem Fachgebiet ein chronisches Wirbelsäulensyndrom, einen Bandscheibenvorfall L5/S1 links, ein leichtes degeneratives Halswirbelsäulensyndrom, ein subacromiales Impingement, einen Acromio-Clavikular-Sporn, eine Acromio-Clavikular-Arthrose beidseits, eine Gonarthrose links im Grad I, einen Zustand nach Arthroskopie im Kniegelenk links, einen Hallux rigidus beidseits, einen plantaren Fersensporn beidseits, einen Spreizfuß beidseits und eine Fibromyalgie diagnostiziert. Er hat ausgeführt, die Klägerin beklage Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat. Insbesondere die Schmerzen in der Wirbelsäulenregion und die Ausstrahlungen in das linke Bein beeinträchtigten die Gehstrecke und die allgemeine Lebensqualität. Durch Schmerzen in der Schulterregion könnten Tätigkeiten mit vermehrtem Armeinsatz nicht mehr durchgeführt werden. Längeres Sitzen verursache nach Aussagen der Klägerin zusätzlich massive Schmerzen in der Lumbalregion. Der Bandscheibenvorfall führe zu einer mäßigen bis deutlichen Einschränkung der Funktion mit teilweise radikulärer Symptomatik in das Dermatom S1. Die mäßige Degeneration der Halswirbelsäule ohne radikuläre Symptomatik und der Schulterergelenke führe zu mäßigen Einschränkungen der Funktion. Die Funktion des Kniegelenks sei frei. Ferner bestünden eine Einschränkung des rechten Großzehengrundgelenks und chronische Fersenschmerzen beidseits. Das Gesamtbild weise auf ein Fibromyalgie-Syndrom hin. Dr. P. hat auf seinem Fachgebiet ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen sowie eine mittelgradige Depression diagnostiziert. Er hat ausgeführt, die Klägerin könne psychodynamische Zusammenhänge zwischen erlebtem psychischen Schmerz und körperlichem Schmerz kaum herstellen. Einem psychotherapeutischen Ansatz gegenüber sei sie nicht offen.

Dr. Q. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.10.2015 die Funktionsbehinderung und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 20, die depressive Verstimmung, das chronische Schmerzsyndrom und die funktionellen Organbeschwerden mit einem Einzel-GdB von 20, die Knorpelschäden am linken Kniegelenk, den Fersensporn beidseits und die Großzehengrundgelenksarthrose beidseits mit einem Einzel-GdB von 10, die Sarkoidose und das hyperreagible Bronchialsystem mit einem Einzel-GdB von 10, den Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 10 sowie das Schlafapnoe-Syndrom mit einem Einzel-GdB von 20 berücksichtigt und den Gesamt-GdB mit 30 bewertet.

Sodann hat die Klägerin weitere Arztbriefe vorgelegt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach § 151 Abs. 2 SGG form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 SGG aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Gerichtsbescheides des SG vom 17.12.2014, mit dem die auf die Aufhebung des Bescheides des Beklagten vom 10.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2013 und auf Verurteilung des Beklagten, den GdB mit 50 seit 20.08.2012 festzustellen, gerichtete Klage abgewiesen worden ist. Die Klägerin erstrebt neben der Aufhebung dieses Gerichtsbescheides des SG die Aufhebung des Bescheides des Beklagten und dessen Verpflichtung, bei ihr den GdB mit 50 seit 20.08.2012 festzustellen. Dieses prozessuale Ziel verfolgt die Klägerin zulässigerweise gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch der Klägerin auf Neufeststellung des GdB ist § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit § 2 Abs. 1 und § 69 Abs. 1 und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Von einer solchen ist bei einer Änderung im Gesundheitszustand auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung oder Herabsetzung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt, während das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 regelmäßig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt.

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX 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. Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden. Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Als GdB werden dabei nach § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist hierbei gemäß § 69 Abs. 1 Satz 6 SGB IX nur dann zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach § 70 Abs. 2 SGB IX in der Fassung ab 15.01.2015 (BGBl. II S. 15) wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Zwar ist von dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden, indes bestimmt § 159 Abs. 7 SGB IX in der Fassung ab 15.01.2015 (BGBl. II S. 15), dass - soweit noch keine Verordnung nach § 70 Abs. 2 SGB IX erlassen ist - die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG in der Fassung ab 01.07.2011 (BGBl. I S. 2904) erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist für die konkrete Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 (BGBl. I 2412), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 (BGBl. I 2904), 14.07.2010 (BGBl. I 928), 17.12.2010 (BGBl. I 2124), 28.10.2011 (BGBl. I 2153) und 11.10.2012 (BGBl. I 2122) geändert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständigen anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - B 9 SB 3/12 R - juris).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB gemäß § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach § 2 Abs. 1 SGB IX und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann - nach den den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. a in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB - in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen. Außerdem sind nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind. Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich trichterförmige Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen. Darüber hinaus sind vom Tatsachengericht die rechtlichen Vorgaben zu beachten. Rechtlicher Ausgangspunkt sind stets § 2 Abs. 1 in Verbindung mit § 69 Abs. 1 und 3 SGB IX; danach sind insbesondere die Auswirkungen nicht nur vorübergehender Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft maßgebend (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - B 9 SB 3/12 R - juris).

Im vorliegenden Fall ist bei der Prüfung einer wesentlichen Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X der Zeitraum ab der letztmaligen Feststellung des Gesamt-GdB mit Bescheid vom 03.03.2008 zu beurteilen.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Grundsätze ist bei der Klägerin keine über den mit Bescheid vom 10.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2013 festgestellten GdB von 40 seit 20.08.2012 hinausgehende wesentliche Änderung der Gesundheitsverhältnisse eingetreten, so dass sie keinen Anspruch auf Neufeststellung des Gesamt-GdB mit mehr als 40 seit 20.08.2012 hat.

Im Bereich des Funktionssystems "Rumpf" ist der Einzel-GdB höchstens mit 20 zu bewerten.

Nach dem überzeugenden Renten-Gutachten des Dr. O. vom 17.01.2015 liegt bei der Klägerin ein chronisches Wirbelsäulensyndrom, ein Bandscheibenvorfall L5/S1 links und ein leichtes degeneratives Halswirbelsäulensyndrom vor. Der Sachverständige geht unter Zugrundelegung der von ihm erhobenen Befunde zu Recht von einer mäßigen bis deutlichen Einschränkung der Funktion mit teilweise radikulärer Symptomatik in das Dermatome S1 sowie einer mäßigen Degeneration der Halswirbelsäule mit mäßigen Funktionseinschränkungen und ohne radikuläre Symptomatik aus. Bei dem Wirbelsäulenleiden der Klägerin handelt es sich mithin in Abgleich mit den VG, Teil B, Nr. 18.9 nur um mit einem GdB von 20 einzuschätzende mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt - nämlich im Bereich der Lendenwirbelsäule - und noch nicht um mit einem GdB von 30 einzuschätzende schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder gar mit einem GdB zwischen 30 und 40 einzuschätzende mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten. Die diesbezügliche Einschätzung des Dr. Q. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.10.2015 ist daher zutreffend.

Im Bereich des Funktionssystems "Gehirn einschließlich Psyche" ist der Einzel-GdB ebenfalls mit 20 zu bewerten. Schlüssig und gut nachvollziehbar hat Dr. P. in seinem Renten-Gutachten vom 13.04.2015 ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen sowie eine Depression diagnostiziert, was dazu führt, dass die Klägerin psychodynamische Zusammenhänge zwischen erlebtem psychischen Schmerz und körperlichem Schmerz kaum herstellen kann. Der Senat hat sich davon überzeugt, dass in Abgleich mit den VG, Teil B, Nr. 3.7 diese psychische Erkrankung der Klägerin eine mit einem GdB zwischen 0 und 20 zu bewertende leichtere psychovegetative oder psychische Störung und noch keine mit einem GdB zwischen 30 und 40 zu bewertende stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bedingt. Zwar hat Dr. P. die von ihm diagnostizierte Depression als mittelgradig eingestuft und die Einschätzung vertreten, dass die Klägerin einfache Tätigkeiten nur noch maximal in einem Umfang von 3 bis 4 Stunden täglich durchführen könne. Allein die Angabe, dass die Klägerin im Affekt herabgestimmt und vermindert schwingungsfähig gewirkt sowie Schlafstörungen geschildert hat, ist für eine derartige Beurteilung unzureichend. Dr. P. hat seine Leistungseinschätzung auch nicht schlüssig begründet. Sein Gutachten lässt eine Wiedergabe des Alltagsverhaltens der Klägerin und ihres psychosozialen Umfelds vermissen und setzt sich nicht damit auseinander, dass die Klägerin trotz ihrer Beschwerden seit dem Jahr 2004 in der Lage ist, ihre demenzkranke und seit dem Jahr 2012 in die Pflegestufe 2 eingestufte Mutter zu pflegen. Hinzu kommt, dass sich die Klägerin nach den Angaben des Sachverständigen einem psychotherapeutischem Ansatz gegenüber nicht offen zeigt und sich wohl deswegen bislang nicht in eine regelmäßige dauerhafte fachpsychiatrische Behandlung begeben hat, woraus der Senat folgert, dass ein einen höheren GdB rechtfertigender Leidensdruck gerade nicht besteht.

Auch im Funktionssystem "Atmung" ist ein Einzel-GdB von 20 angemessen. Nach dem Renten-Gutachten des Dr. N. vom 16.01.2015 besteht bei der Klägerin ein Zustand nach pulmonaler Sarkoidose im Stadium I bis II in Remission und ein geringgradiges intrinsic Asthma bronchiale. Hinzu kommt die vom Internisten Dr. R. in seinem Arztbrief vom 02.10.2012 und vom Internisten Dr. B. in seinem Befundbericht vom 15.10.2012 beschriebene Schlafapnoe mit noch nicht erfolgter Einleitung einer Masken-Therapie. Ferner ist die im Arztbrief des Internisten Dr. E. vom 08.02.2013 beschriebene chronische Nasenatmungsbehinderung bei einem Zustand nach operativer Sanierung zu berücksichtigen. Dass diese Erkrankungen in ihrer Gesamtheit keinen höheren GdB als 20 rechtfertigen, ergibt sich zum einen daraus, dass die Notwendigkeit einer nach den VG, Teil B, Nr. 8.7 einen GdB von 20 bedingenden kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung nicht gegeben ist sowie aus den Darlegungen des Sachverständigen, dass sich aus den von ihm festgestellten Erkrankungen keinerlei Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin auf dem Arbeitsmarkt ableiten lässt. Auch eine einen GdB von mehr als 20 rechtfertigende Beeinträchtigung der sonstigen Partizipationsfähigkeit der Klägerin lässt sich nach der Überzeugung des Senats aus diesen Erkrankungen nicht ableiten.

Hinzu kommen noch weitere Einzel-GdB-Werte von 10 in den Funktionssystemen "Beine" und "Herz-Kreislauf". In Bezug auf das orthopädische Fachgebiet stützt sich der Senat insoweit auf das Renten-Gutachten des Dr. O., in dem dieser zwar eine Gonarthrose links im Grad I, einen Zustand nach Arthroskopie im Kniegelenk links, einen Hallux rigidus beidseits, einen plantaren Fersensporn beidseits und einen Spreizfuß beidseits diagnostiziert hat. GdB-relevante Bewegungseinschränkungen gehen aus seinem Gutachten aber nicht hervor, zumal der Sachverständige insbesondere eine freie Funktion des Kniegelenks beschrieben hat. In Bezug auf das internistische Fachgebiet verweist der Senat auf die sachverständige Zeugenauskunft der Dr. L. vom 08.03.2014, in der nur über Anzeichen einer hypertensiven Herzerkrankung in Form einer beginnenden linksventrikulären Myokardhypertrophie und diastolischen Relaxationsstörung Grad II und einen medikamentös gut eingestellten arteriellen Hypertonus berichtet worden ist und zu keinem Zeitpunkt Hinweise für eine Belastungskoronarinsuffizienz dokumentiert worden sind.

Weitere Einzel-GdB-Werte lassen sich aus den aktenkundigen Befunden nicht herleiten. Zwar hat Dr. O. in seinem Renten-Gutachten ein subacromiales Impingement, einen Acromio-Clavikular-Sporn und eine Acromio-Clavikular-Arthrose beidseits diagnostiziert. Funktionseinschränkungen, die einen GdB rechtfertigen könnten, sind im Bereich der Arme indes nicht objektiviert. Auch auf gynäkologischem Fachgebiet lässt sich bei der Klägerin kein GdB feststellen. Insoweit stützt sich der Senat auf die sachverständigen Zeugenauskünfte der Dr. H. vom November 2013, der Dr. I. vom 08.11.2013, der Dr. J.-K. vom 15.11.2013 und des Dr. D. vom 23.11.2013. Daraus ergibt sich ein unauffälliger gynäkologischer Befund bei Zustand nach Hysterektomie und ohne Funktionsbeeinträchtigung. Ein objektivierbarer Befund für die von der Klägerin geklagten Flankenschmerzen hat sich nicht erheben lassen. Zwar sind eine rezidivierende Zystitis, ein chronisches Beckenschmerzsyndrom sowie dysurische Miktionsbeschwerden mit Allgurie beschrieben worden. Ein objektives Korrelat hierfür ergibt sich aus den aktenkundigen Unterlagen aber gerade nicht.

Aus den von der Klägerin umfangreich vorgelegten Arztbriefen - insbesondere aus den Jahren 2014 und 2015 - ergibt sich für den Senat kein anderes Bild. So hat zwar die Internistin Dr. S. in ihrem Arztbrief vom 21.08.2014 ein intrinsic Asthma mit Husteln beschrieben, aber keine verwertbaren Funktionseinschränkungen dokumentiert. Dasselbe ergibt sich für die vom Internisten Dr. T. in seinem Arztbrief vom 26.11.2014 dargelegte multimorbide Erkrankung. Auch die im Bereich des orthopädischen Fachgebiets mitgeteilten Befunde rechtfertigen keine höhere GdB-Bewertung. Dies gilt zunächst für die von der Gemeinschaftspraxis für Radiologie Dres. U., V. und W. unter dem 19.03.2014, dem 20.03.2014 und dem 29.12.2014 dargelegten radiologischen Befunde, die für die Feststellung von GdB-relevanten Funktionseinschränkungen nicht aussagekräftig sind. Ferner hat der Chirurg Dr. X. in seinem Arztbrief vom 26.03.2014 ein relevantes phlebologisches/arterielles Leiden beider Beine ausgeschlossen und lediglich die teilweise im orthopädischen Renten-Gutachten beschriebenen Erkrankungen wie Polyarthrosen, Fersensporn und degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom wiedergegeben. Auch die vom

Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Y. in seinem Arztbrief vom 19.05.2014 beschriebene Bewegungseinschränkung und paravertebrale Muskelverspannung im Bereich der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in die Schultern rechtfertigt keinen höheren GdB, zumal er keine Bewegungsmaße in Bezug auf die Halswirbelsäule und eine nicht-eingeschränkte Schulterbeweglichkeit festgestellt hat. Auch die Arztbriefe des H.Z.-Z.-Klinikums Z.-Z. vom 15.12.2014 mit dem darin geäußerten Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall L4/5 und den mitgeteilten Veränderungen in Form einer leichten linkskonvexen Skoliose sowie eines etwas verschmälerten Gelenkspalts L4/5 und vom 16.12.2014 mit dem darin beschriebenen deutlichen Schonhinken sowie mäßigen Druckschmerz über den unteren Facetten- und Iliosakralgelenken, des Neurochirurgen Dr. Ä. vom 14.07.2015 in Bezug auf die bereits bekannte Lumboischialgie links sowie des Orthopäden Dr. Ö. vom 16.10.2015 mit darin beschriebener/n chronischen therapieresistenten Lumboischialgien, Osteochondrose und chronischen Schmerzsyndroms geben keine dauerhaften und höhere GdB-Bewertungen rechtfertigende Bewegungseinschränkungen wieder. Nichts anderes gilt für das im Arztbrief des H.Z.-Z.-Klinikums Z.-Z. vom 16.12.2014 als "deutlich" beschriebene Schonhinken. Dass es sich dabei nicht um einen dauerhaften GdB-relevanten Zustand handelt, ergibt sich insbesondere daraus, dass hierfür ursächliche Befunde sich nicht haben objektivieren lassen. Fersen- und Hackengang sowie einseitiges Kniebeugen haben seitengleich durchgeführt werden können, Paresen der unteren Extremität haben sich nicht gezeigt und die Muskeleigenreflexe sind seitengleich lebhaft gewesen. Ferner weist der Senat darauf hin, dass die Neurologin und Psychiaterin Dr. Ü. in ihrem Arztbrief vom 19.05.2014 zwar einen Tremor und eine psychische Belastung durch eine körperliche Krankheit und die Allgemeinärztin Dr. Aa. in ihrem Arztbrief vom 24.06.2014 Schmerzverarbeitungsstörungen und ein Fibromyalgiesyndrom beschrieben haben, aber eine regelmäßige und dauerhaft erforderliche fachpsychiatrische Behandlung nicht dokumentiert ist.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Einzel-GdB-Werte (Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Rumpf", Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche", Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Atmung", Einzel-GdB 10 für das Funktionssystem "Beine", Einzel-GdB 10 für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf") hat der Beklagte und ihm folgend das SG den Gesamt-GdB rechtsfehlerfrei seit 20.08.2012 nicht - wie aber von der Klägerin beansprucht - mit 50 festgestellt. Denn bei der Bildung des Gesamt-GdB ist nach den VG, Teil A, Nr. 2 und 3 von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und ist dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Bei der Bemessung des Gesamt-GdB ist auch ein Vergleich mit anderen schwerwiegenden Erkrankungsbildern anzustellen. Denn nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind. Gemessen an diesen Voraussetzungen sind die bei der Klägerin bestehenden Erkrankungen insgesamt nicht mit Gesundheitsschäden zu vergleichen, deren Funktionsbeeinträchtigungen einen Gesamt-GdB von 50 begründen.

Mithin ist seit Erlass des Bescheides vom 03.03.2008 keine über den mit Bescheid vom 10.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2013 festgestellten GdB von 40 seit 20.08.2012 hinausgehende wesentliche Änderung der Gesundheitsverhältnisse eingetreten, so dass die Klägerin keinen Anspruch auf Neufeststellung des Gesamt-GdB mit mehr als 40 seit 20.08.2012 hat. Der Gerichtsbescheid des SG, mit dem die auf die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung des GdB mit 50 gerichtete Klage abgewiesen worden ist, hat sich daher als rechtmäßig erwiesen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-19