

L 6 SB 2961/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 787/12
Datum
21.06.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 2961/13
Datum
21.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft.

Die 1954 geborene Klägerin ist deutsche Staatsangehörige und in Rumänien aufgewachsen. Dort wurde sie zur Schneiderin ausgebildet. In diesem Beruf arbeitete sie bis zum 35. Lebensjahr. Im August 1990 siedelte sie in die Bundesrepublik Deutschland über. Aus ihrer Ehe gingen zwei Kinder hervor, wovon der Sohn bei einem Verkehrsunfall im Jahre 1997 tödlich verunglückte. Von Ende 1990 bis zur arbeitgeberseitigen krankheitsbedingten Kündigung mit Wirkung zu Ende Februar 2012 arbeitete sie bei der Dambach-Werke GmbH in Gaggenau, einem Unternehmen für Verkehrstechnik; anfangs als Produktionshelferin an einer Stanzmaschine für Folien, Papier und Kartonagen, anschließend als Stanzerin im Einzelakkord und ab Oktober 2008 in der Weiterverarbeitung und Verpackung. Seither ist sie arbeitslos. Ihr Antrag auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente vom 30. Juli 2012 blieb bei erhaltener vollsichtiger Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes erfolglos.

Am 19. August 2010 beantragte die Klägerin erstmals die Feststellung des GdB. Gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z.-C. von Dezember 2010, wonach die Kniearthrosen beidseits und die Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform mit einem Teil-GdB von 30 sowie der Bluthochdruck einerseits und die Mittelnervendruckschädigung rechts (Karpaltunnel-Syndrom), das operierte Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts und die Fingerpolyarthrose andererseits jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten seien, wurde mit Bescheid vom 16. Dezember 2010 der GdB mit 30 seit 19. August 2010 festgestellt. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, der nach Hinweis des Beklagten auf seine Verfristung am 22. Februar 2011 zurückgenommen wurde. Gleichzeitig erklärte sie, das Schreiben, mit dem sie Widerspruch erhoben habe, möge als Überprüfungsantrag gemäß § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gelten. Mit Schreiben vom 16. April 2011 führte sie aus, im Überprüfungsverfahren gegen den Bescheid vom 16. Dezember 2010 werde die Feststellung eines höheren GdB als 30 beantragt.

Der Beklagte zog verschiedene medizinische Unterlagen bei. Nach dem Bericht des Facharztes für Innere Medizin Dr. G. von Mai 2011 habe bei der Klägerin eine mittelgradig-depressive Episode mit deutlich ausgeprägter Somatisierungstendenz bestanden. Dies habe sich bei den in den letzten Monaten durchgeführten Untersuchungen gezeigt. Bereits 2010 sei ein Therapieversuch mit Amitriptylin, 25 mg unternommen worden. Dieser Arzneistoff sei jedoch von dem Arzt für Pneumologie Dr. H. wegen Unverträglichkeit abgesetzt worden. Seither habe die Klägerin keine Antidepressiva mehr eingenommen. Eine psychotherapeutische Behandlung habe nicht stattgefunden.

Dr. H. teilte im Mai 2011 mit, er habe bei der Klägerin ein Asthma bronchiale bei sinubronchiale Syndrom, eine arterielle Hypertonie und eine Depression diagnostiziert. Eine Operation der Nasennebenhöhlen sei im März 2011 erfolgt. Die Klägerin habe über Husten und Luftnot geklagt. Die Lungenfunktionskontrolle habe Mitte April 2011 keinen Hinweis auf eine Obstruktion ergeben, im Gegensatz zur Untersuchung drei Monate zuvor, als eine leichte Form festgestellt worden sei.

Nach den versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Z.-C. von Juni, Juli und August 2011 seien nun zusätzlich eine seelische Störung mit einem Teil-GdB von 20 und ein Bronchialasthma mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen. Eine mindestens mittelgradige psychische Behinderung sei demgegenüber nicht dokumentiert, weshalb eine Mittelwertbildung vorgeschlagen werde. Der sich hieraus ergebende

Gesamt-GdB sei ab August 2010 nachgewiesen.

Daraufhin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 5. August 2011, unter Hinweis auf [§ 48 SGB X](#), den GdB mit 40 seit 1. August 2010 fest. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 27. Januar 2012 zurückgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 27. Februar 2012 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Dieses hat über den die Klägerin behandelnden Hausarzt, den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D., medizinische Befundberichte beigezogen und darüber hinaus den Dipl.-Psych. Dr. Dr. B., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H. sowie den Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. M. schriftlich als sachverständige Zeugen befragt.

Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. hat im Mai 2012 ausgeführt, diagnostisch handele es sich um eine partiell somatisierte, partiell chronifizierte, eher agitierte Depression. Ende Juni 2011 habe sich eine deutliche depressive Grundstimmung mit Einengung der affektiven Schwingungsfähigkeit und relativer Freudlosigkeit gefunden. Den GdB hierfür bewerte er mit 20.

Dr. H. hat im selben Monat kundgetan, im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule habe eine mäßige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung bestanden. Bei der Klägerin lägen des Weiteren ein schmerzhafter Spreizfuß links sowie ein schmerzhafter Reizzustand und eine deutliche Bewegungseinschränkung mit Schwellung im Bereich des linken Knies vor. Im Bereich des linken Knies sei überdies ein deutlicher Gelenkerguss mit rezidivierenden Entzündungszeichen festzustellen gewesen.

Dr. M. hat im Januar 2013 mitgeteilt, trotz eines operativen Eingriffes Anfang Oktober 2011 sei es zu wiederkehrenden Entzündungen der Nasennebenhöhlen mit Eiterbildung gekommen. Damit einhergegangen sei eine deutliche Behinderung der Atemwege. Zudem habe der Verdacht auf eine Schilddrüsenerkrankung bestanden. Ihm gegenüber habe die Klägerin über rezidivierende starke Kopfschmerzen berichtet. Er hat den Bericht des Direktors der HNO-Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe, Prof. Dr. H., nach einem stationären Aufenthalt der Klägerin vom 6. bis 12. Oktober 2011 vorgelegt. Danach sind Mukozelen im Bereich der Stirnhöhlen beidseits (ICD-10 J34.1) diagnostiziert worden. Am 7. Oktober 2011 sei eine endonasale endoskopische Siebbein- und Stirnhöhlenrevision beidseits vorgenommen worden. Zudem ist der Bericht des Arztes für Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie Dr. W. nach einem Computertomogramm (CT) der Nasennebenhöhlen von Mitte September 2011 übermittelt worden, wonach sich nach einer Operation der Nasennebenhöhlen narbige Veränderungen der rechten Keilbeinhöhle medial, eine Sinusitis frontalis beidseits und eine partielle Sinusitis ethmoidalis links gezeigt hätten. Weiter ist der Bericht des Facharztes für Nuklearmedizin Dr. T. nach einer Sonographie der Schilddrüse von Anfang Dezember 2011 übersandt worden. Danach habe sich eine normal große Schilddrüse mit einem Gesamtvolumen von etwa 15,8 ml gezeigt. Ein kleiner Knoten rechts lateral mit einem Durchmesser von etwa 0,9 cm sei zu erkennen gewesen. Es habe der Verdacht auf eine spontane Resorption einer vormals beschriebenen Zyste rechts lateral bestanden. Zudem habe eine kleinere Zyste links vorgelegen.

Das SG hat Dr. von St. mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens beauftragt. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung der Klägerin am 11. April 2013 hat dieser ausgeführt, bei ihr lägen ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit intermittierender Muskelverspannung der paravertebralen Muskulatur und lokalen Ausstrahlungen in die Schultergelenke und Oberarme, ohne radikuläre Reiz- oder Kompressionssymptomatik oder signifikante Bewegungseinschränkungen, bei röntgenologisch nachweisbaren deutlichen Verschleißerscheinungen vorwiegend der kleinen Wirbelgelenke, ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit deutlicher Spondylarthrose im Bereich L4 bis S1, eine Arthrose im Bereich des Iliosakralgelenkes links, eine Aufbraucherscheinung des Bandscheibensegmentes L5/S1, ohne radikuläre Reiz- oder Kompressionssymptomatik, eine Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts, mit endgradiger Bewegungseinschränkung links bei der Streckung und Beugung, intermittierender Ergussbildung, welche bei seiner Untersuchung allerdings nicht nachweisbar gewesen sei, belastungsabhängigen Schmerzen, verkürzter Gehstrecke, eine Mittelnervendruckschädigung rechts nach stattgehabtem Karpaltunnel-Syndrom und zweimaliger Dekompression, aktuell ohne Nachweis einer Rekompensation, ein operiertes Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts mit reizloser Narbenbildung und anamnestischer Lokalschädigung, ohne signifikante Bewegungseinschränkung sowie eine anamnestische Fingerpolyarthrose, welche derzeit keine Beschwerden hervorrufe, vor. Eine Verschlimmerung des GdB auf orthopädischem Fachgebiet sei nicht festzustellen gewesen, da die Kniegelenksarthrosen beidseits in Bezug auf eine funktionelle Beeinträchtigung und unter Berücksichtigung des röntgenologischen Befundes, selbst unter Mitberücksichtigung der Funktionsstörung durch die beidseitige Fußfehlform, mit einem Teil-GdB von 30 sehr hoch bewertet seien, zumal die Beweglichkeit der Kniegelenke für Streckung und Beugung rechts 5-0-140° und links 0-0-120° betragen habe. Das degenerative Wirbelsäulensyndrom in zwei Abschnitten bedinge auch ohne radikuläre Reiz- oder Kompressionssymptomatik wegen der röntgenologisch nachvollziehbaren Beschwerdesymptomatik einen Teil-GdB von 20. Die Mittelnervendruckschädigung rechts, welche zweimal operiert worden sei, das Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts und die Fingerpolyarthrose seien insgesamt mit einem Teil-GdB von 10 angemessen bewertet. Den Gesamt-GdB schätze er mit 40 ein.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat die Klägerin unter anderem noch den Befundbericht von Dr. H. von Mitte April 2013 vorgelegt, wonach eine Bodyplethysmographie keinen Hinweis auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung erbracht habe. Nach dem Befundbericht des Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. von Mitte April 2013 habe sich kein Hinweis für eine wesentliche Polyneuropathie der Beine oder ein operationspflichtiges Karpaltunnel-Syndrom beidseits gefunden. Ebenso bestehe kein wesentliches, radikulär-zervikales Ausfallskorrelat. Klinisch habe sich zudem kein Hinweis für eine relevante zervikale Myelopathie gefunden. Paresen oder Atrophien der Unterarmmuskulatur beidseits hätten nicht festgestellt werden können.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 21. Juni 2013 abgewiesen. Der Beklagte habe nach gestelltem Überprüfungsantrag nach [§ 44 SGB X](#) den ursprünglich erteilten Bescheid vom 16. Dezember 2010 zurückgenommen und einen GdB von 40 ab dem Beginn des Monats, in dem der Erstantrag gestellt worden sei, festgestellt, ohne die hierfür maßgebende Rechtsgrundlage des [§ 44 SGB X](#) zu benennen. Gleichzeitig sei offensichtlich gemäß [§ 48 SGB X](#) geprüft worden, ob weitere hinzugetretene Funktionsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen gewesen seien. Dies sei jedenfalls hinsichtlich des Bronchialasthmas auf der Grundlage des Befundberichtes von Dr. H. und dessen Auskunft von Mai 2011 angenommen worden. Die zusätzliche Berücksichtigung des Bluthochdruckes beruhe ebenfalls teilweise auf nach Erlass des Bescheides vom 16. Dezember 2010 erhobenen Befunden. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens stehe zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB von 50 weder ab dem Antragsmonat, also ab August 2010, noch nachfolgend zu einem späteren Zeitpunkt vorgelegen hätten. Die orthopädischen Beeinträchtigungen bedingten einen GdB von 30 und die Funktionsbehinderungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet einen

solchen von 20, woraus sich nachvollziehbar ein Gesamt-GdB von 40 ergebe. Die sonst vorliegenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten allenfalls jeweils einen GdB von 10, woraus sich kein höherer Gesamt-GdB ableiten lasse.

Hiergegen hat die Klägerin am 19. Juli 2013 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt und zur Begründung den Entlassungsbericht des Chefarztes der Abteilung für Orthopädie der DRK-Klinik Baden-Baden, Prof. Dr. Th., nach ihrem dortigen stationären Aufenthalt vom 15. bis 26. September 2013 vorgelegt, wonach am 16. September 2013 eine Knieendoprothese links implantiert worden sei. Das eingeschränkte Bewegungsausmaß vor der Operation habe für Extension und Flexion 0-10-70° betragen. Bis zum Zeitpunkt der Entlassung sei ein Bewegungsausmaß hierfür von 0-0-90° erreicht worden.

Im Berufungsverfahren sind Dr. H. und Dr. M. als sachverständige Zeugen ergänzend schriftlich befragt worden.

Dr. H. hat im Januar, April und August 2014 ausgeführt, die schwere Gonarthrose links bewerte er mit einem GdB von 20, die Vorfußdeformität links mit einem solchen von 10 und das degenerative Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom ebenfalls mit einem GdB von 10. Das operierte linke Knie sei bei der Untersuchung Anfang April 2014 reizlos gewesen. Es habe noch eine leichte Gelenkergussbildung vorgelegen. Die Streckung und Beugung habe er mit 0-0-100° festgestellt. Eine Instabilität habe nicht vorgelegen. Mitte August 2014 sei keine wesentliche Ergussbildung festgestellt worden. Die Narbenbildung sei reizlos gewesen. Eine ausreichende Stabilität habe bestanden. Es habe ein leichtes Bewegungsreiben vorgelegen. Im Bereich des rechten Knies habe er eine leichte Ergussbildung festgestellt. Eine wesentliche Instabilität habe nicht vorgelegen. Die Streckung und Beugung habe zuletzt bis 0-0-120° vorgenommen werden können.

Dr. M. hat im Mai und September 2014 mitgeteilt, bei der Klägerin liege nach mehrmaliger Operation eine chronische Sinusitis, also rezidivierende Entzündungen der Nasennebenhöhlen, vor. Es bestehe ein Zustand nach mehrmaliger Operation, mit Rezidiv. Der Grad der Erkrankung sei schwer. Die Klägerin sei mehrfach jährlich mit Antibiose und Nasenspray behandelt worden. Es seien Doxycyclin, 200 mg, Ciprofloxacin, 500 mg, Cefuroxim, 500 mg und Nasonex-Spray verordnet worden. Bei seinen Untersuchungen seien regelmäßig gelblich-grüne Eiterabsonderungen festzustellen gewesen. Die Klägerin habe über eine Reizung des Trigeminus und gehäufte Kopfschmerzen geklagt, was bei dieser Erkrankung nachvollziehbar sei. In Nasenabstrichen seien bakterielle Infektionen nachgewiesen worden. Eine computertomographische Untersuchung habe die bekannte chronische Sinusitis bestätigt. Die Klägerin werde wegen dieser Erkrankung ein Leben lang stark beeinträchtigt sein und Schmerzen haben. Weitere Operationen seien nicht auszuschließen.

Die Klägerin ist in der nichtöffentlichen Sitzung am 25. Juli 2014 von der vormaligen Berichterstatterin gehört worden. Sie hat noch einen Befundbericht von Prof. Dr. Th. nach einer Untersuchung Mitte September 2014 vorgelegt, wonach eine gute Beweglichkeit im Bereich des linksseitigen Knies festgestellt worden sei.

Aus dem parallel geführten Verfahren zur Feststellung eines Rechts auf Erwerbsminderungsrente sind die Verwaltungsakte der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und die Gerichtsakten des SG und LSG (Az. S 10 R 704/13 und L 4 R 2455/14) beigezogen worden, woraus verschiedene medizinische Befundunterlagen zu diesem Verfahren genommen worden sind.

Nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin im Oktober 2012 hat der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. in einer sozialmedizinischen Stellungnahme ausgeführt, bei ihr lägen eine ein- bis zweitgradige Gonarthrose beidseits mit Belastbarkeitsminderung, ein Hals- und Brustwirbelsäulensyndrom, eine chronische Rhinosinusitis beidseits, eine Septumdeviation, ein Zustand nach rezidivierenden Operationen zur Korrektur der Nasennebenhöhlen, ein Asthma bronchiale, eine arterielle Hypertonie, eine vorbeschriebene depressive Entwicklung, welche aktuell unterhalb der mittelschweren Stufe liege, ein Zustand nach einer Knieoperation rechts im August 2009 mit Residualbeschwerden, ein Zustand nach Neurolyse eines Sulcus-ulnaris-Syndroms im rechten Arm im April 2010 sowie eine beidseitige ausgeprägte Senkfußbildung vor.

Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. H. von Juni 2013 sei die Lungenfunktion bei allen Untersuchungen zwischen Ende Januar 2012 und April 2013 normal gewesen.

Nach dem stationären Aufenthalt der Klägerin vom 26. September bis 17. Oktober 2013 in der Rehaklinik Höhenblick in Baden-Baden hat Dr. M.-W., Abteilung Orthopädie, Schwerpunkt Rheumatologie nach dem Entlassungsbericht eine Gonarthrose, links deutlicher als rechts (ICD-10 M17.1), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.0), eine Adipositas, Grad II (ICD-10 E66.0), ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.0) und eine Depression (ICD-10 F32.9) diagnostiziert. Bei der Aufnahmeuntersuchung sei die Beweglichkeit des linken Knies für die Extension und Flexion mit 0-10-70° festgestellt worden. Sie sei endgradig schmerzhaft gewesen. Für das rechte Knie hätten die Bewegungsausmaße 0-0-125° betragen. Die Flexion sei endgradig leicht schmerzhaft gewesen. Die Hüft- und Sprunggelenke seien funktionell frei gewesen. Bei der Entlassung habe sich ohne Unterarmgehstützen auf Zimmerebene noch ein linkshinkendes Gangbild gezeigt. Die Extension und Flexion im linken Knie hätten bis 0-5-100° vorgenommen werden können. Die Flexion sei noch endgradig leicht schmerzhaft gewesen. Die Rotation der Halswirbelsäule sei mit 65-0-65°, die Lateralflexion mit 15-0-15° und die Inklination/Reklination mit 30-0-40° festgestellt worden. Für den Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule sei die Rotation mit 30-0-30°, die Lateralflexion mit 20-0-20° und die Reklination mit 10° gemessen worden.

Der vom SG im Rentenverfahren für die Erstattung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens beauftragte Dr. Sch. hat nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 22. Januar 2014 eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine gering ausgeprägte Polyneuropathie, ohne relevante motorische Ausfälle (ICD-10 G62.9), eine medikamentös therapierte arterielle Hypertonie und eine medikamentös substituierte Schilddrüsen-Stoffwechselstörung diagnostiziert. Die Klägerin habe berichtet, zwischen 8 Uhr und 8:30 Uhr aufzuwachen. Sie erledige noch die Hausarbeit, koche etwa. Mit dem Ehemann gehe sie einkaufen. Sie lese, vor allem Zeitschriften; Bücher nicht mehr, denn sie könne sich nicht lange konzentrieren. Sie löse noch Kreuzworträtsel. Abends schaue sie fern. Ihre Tochter und der neun Jahre alte Enkelsohn würden zu Besuch vorbeikommen. Weitere soziale Kontakte habe sie nicht, diese beschränkten sich auf den familiären Bereich. Vereinstätigkeiten nehme sie nicht wahr. Der letzte Urlaub sei im Jahre 2011 gewesen, als sie die Türkei besucht habe. Sie gehe abends zwischen 22:30 Uhr und 23 Uhr zu Bett. Sie könne schlecht ein- und durchschlafen. Sie müsse nachts auch öfters Wasser lassen. Sie neige zum Grübeln. Tagsüber schlafe sie allerdings nicht. Eine vermehrte Einschlafneigung tagsüber bestehe ebenfalls nicht. Sie fühle sich allerdings tagsüber kaputt.

Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Ende September 2014 ausgeführt, er habe den Verdacht auf eine hereditäre sensomotorische Polyneuropathie der Beine (ICD-10 G60.0), eine chronifizierte, zumindest mittelgradige Depression (ICD-10 F33.1) und eine chronische generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) diagnostiziert. Bei den einzelnen Untersuchungen seit Anfang Juli 2013 bis aktuell seien von der Klägerin jeweils eine depressive Symptomatik und eine Angstsymptomatik angegeben worden.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist der Facharzt für Orthopädie Dr. R. im Rentenverfahren vom LSG als Sachverständiger bestellt worden. Nach deren ambulanter klinischer und radiologischer Untersuchung am 11. Februar 2015 hat er ausgeführt, bei ihr lägen ein residueller, nach eigenen Angaben progredienter Belastungsschmerz im Bereich des linken Knies nach endoprothetischer Versorgung im September 2013 ohne messbare pathologische Funktionsbehinderung betreffend Beugung und Streckung mit peripatellarer Schmerzsymptomatik, eine beginnende bis allenfalls mäßig medialbetonte Gonarthrose rechts ohne derzeitige Reizsymptomatik und Funktionsbehinderung, bei derzeit nicht vorliegender Ergussbildung, im Bereich der Halswirbelsäule ein degeneratives Zervikalsyndrom mit reaktiver Verspannung der Muskulatur im Bereich der Schultergürtel ohne relevante Funktionsbehinderung betreffend die Beweglichkeit bei degenerativen Veränderungen vorrangig im Bereich C5/6 ohne Wurzelreizerscheinungen oder radikuläre Ausfallserscheinungen im Sinne neurologischer Defizite, eine ausgeprägte myostatische Insuffizienz im Rumpfbereich bei Stammdipositas und verstärkter Lendenlordose mit muskulären Dysbalancen und Myalgien im Bereich der Schultergürtel sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule ein lokales, linksbetontes Schmerzsyndrom bei röntgenologisch deutlichen degenerativen Veränderungen mit Chondrosen und Spondylarthrosen in den unteren beiden Segmenten ohne radikuläre Reizsymptomatik und neurologische Defizite vor. Zur Untersuchung sei die Klägerin in adipösem Ernährungszustand erschienen. Die Körpergröße sei mit 1,68 m, das Gewicht mit 98 kg angegeben worden. Sie habe das Untersuchungszimmer ohne Gehhilfe oder Orthese in flüssigem, etwas kleinschrittigem Gang betreten. Ein Schonhinken oder eine Schonhaltung seien nicht zu erkennen gewesen. Das Entkleiden sei ohne Schmerzäußerung und schonende Haltung oder Ausweichbewegung vorgenommen worden. Die Klägerin habe wegen eines subjektiven Stabilisierungseffektes Thrombosestrümpfe getragen. Im Bereich der Halswirbelsäule habe sich keine relevante Bewegungseinschränkung gefunden. Die Rotation und Seitneigung hätten beidseits bis 70° und etwa 25° vorgenommen werden können. Eine Radikulärsymptomatik sei nicht provozierbar gewesen. Eine Kennmuskelstörung und dermatombezogene Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten hätten nicht vorgelegen. Die weitere Funktionsprüfung habe mit 30/31 cm ein unauffälliges Zeichen nach Ott ergeben. Das Zeichen nach Schober habe mit 10/15 cm eine uneingeschränkte Entfaltung der Lendenwirbelsäule gezeigt. Der Finger-Boden-Abstand habe 0 cm betragen. Lediglich ein Reklinationsschmerz tief lumbal sei geäußert worden, allerdings ohne radikuläre Schmerzausstrahlung. Die beiden Hüftgelenke seien frei beweglich gewesen, ohne relevante Einschränkung bei der Innenrotation. Am linken Kniegelenk habe eine reizlose Narbe vorgelegen. Ein Erguss sei nicht festzustellen gewesen, allenfalls eine diskrete Weichteilschwellung. Mit einem Bewegungsumfang von 0-0-110° sei die Funktionalität gut gewesen. Der Kollateralandapparat sei stabil gewesen. Die Klägerin habe einen Druckschmerz im Bereich des äußeren und inneren Kniescheibenrandes angegeben, jedoch keinen Verschiebeschmerz im Bereich der Patella. Im Bereich des rechten Kniegelenkes sei ein Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkspaltes geäußert worden. Die Funktion sei bei einer Beweglichkeit für Extension und Flexion von 0-0-140° frei gewesen. Es hätten weder ein Erguss noch eine auffällige Weichteilschwellung vorgelegen. Die Meniskuszeichen seien nicht eindeutig positiv gewesen, wobei die Klägerin bei sämtlichen Bewegungstests Schmerzen angegeben habe. Eine Instabilität des Kreuzbandes sei nicht zu objektivieren gewesen. Es seien Senk-Spreizfüße beidseits festgestellt worden, wobei die Senkfußkomponente aktiv partiell korrigierbar gewesen sei. Ein pathologischer Befund habe damit nicht vorgelegen. Die grob orientierende neurologische Untersuchung habe keine Zeichen einer Nervenwurzelreizung im Bereich des Rumpfes oder im Bereich der unteren Extremitäten ergeben. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ gewesen.

Das LSG hat im Schwerbehindertenverfahren den Ärztlichen Direktor der Klinik für HNO-Krankheiten des K.-Hospitals Stuttgart, Prof. Dr. S., mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 20. Oktober 2015 hat er ausgeführt, der GdB sei wegen der Beeinträchtigung auf HNO-ärztlichem Fachgebiet bislang mit 10 eingeschätzt worden, was einer chronischen Entzündung der Nasennebenhöhlen leichter Grades entspreche. Bei seiner Untersuchung sei beidseits nur ein glasiges Sekret in der Nase gesehen worden. Der behandelnde Facharzt Dr. M. habe demgegenüber regelmäßige gelblich-grüne Eiterabsonderungen beschrieben, die mehrfach jährlich antibiotisch behandelt worden seien. Die letzte computertomographische Untersuchung am 26. August 2014 habe beidseitig Mukozelen gezeigt, was eine nochmalige Operation notwendig gemacht habe. Die Klägerin habe ihre Beschwerden sehr eindrücklich und glaubhaft geschildert. Die Einstufung des Krankheitsbildes als leicht, entsprechend einem GdB von 10, erscheine daher nicht ausreichend. Unter Berücksichtigung, dass die Beschwerden überwiegend auf eine somatoforme Störung zurückzuführen seien, würde er eine Einstufung des GdB mit 20 vorschlagen.

Die Klägerin hat zuletzt den Befundbericht des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. M. von Anfang März 2016 vorgelegt, wonach dieser unter anderem eine geringgradige Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.0) und eine hypertensive Herzerkrankung ohne Herzinsuffizienz (ICD-10 I11.90) diagnostiziert hat. Eine koronare Herzkrankheit habe ausgeschlossen werden können. Die Blutdruckwerte seien normal gewesen. Demgegenüber habe sich bei der echokardiographischen Untersuchung eine Ektasie der Aorta (ICD-10 I71.2) um 38 mm gezeigt.

Die Klägerin trägt im Wesentlichen vor, die bei ihr vorliegenden behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigten einen GdB von 50.

Sie beantragt,

unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. Juni 2013 und unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 5. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Januar 2012 den Beklagten zu verpflichten, den Bescheid vom 16. Dezember 2010 teilweise zurückzunehmen und den GdB mit 50 ab 1. August 2010 festzustellen, hilfsweise bei ihr unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 16. Dezember 2010 den GdB in dieser Höhe ab 22. Februar 2011 zuzuerkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, die Schwerbehinderteneigenschaft sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Befundunterlagen nicht begründbar. Der Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. S. könne nicht gefolgt werden. Nach dem CT sei nicht ersichtlich, dass eine chronische Entzündung aller Nasennebenhöhlen vorliege. Demgegenüber seien im Bereich der Siebbeine nur kleine Mukozelen nachweisbar gewesen. Hierbei handele es sich um Schleimansammlungen in einem Hohlraum. Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen wäre erst bei einer schwergradigen Entzündung mit ständig erheblicher Eiterabsonderung, entsprechende Nervenreizungen oder einer Polypenbildung ein Teil-GdB von 20 ableitbar. Zudem sei nach einem erneut vorgeschlagenen operativen Eingriff von einer weiteren Besserung auszugehen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, einschließlich der LSG-Akte L 4 R 2455/14, und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die im Berufungsverfahren konkret in Form von Haupt- und Hilfsantrag gefasste, jeweils als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat weder Anspruch auf teilweise Rücknahme des Bescheides vom 16. Dezember 2010 und Feststellung des GdB mit 50 ab 1. August 2010 noch hilfsweise auf Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ab 22. Februar 2011, als sie beim Beklagten die Neufeststellung des GdB begehrt hat. Die im Berufungsverfahren noch angefochtenen Verwaltungsentscheidungen im Bescheid vom 5. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Januar 2012 sind daher rechtmäßig und verletzen sie nicht in ihren Rechten.

Gegenstand der Klage ist im Hauptantrag ein Anspruch auf Feststellung des GdB mit 50 ab 1. August 2010 im Wege des Zugunstenverfahrens nach [§ 44 SGB X](#). Diesem Anspruch steht der Bescheid vom 5. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Januar 2012 entgegen, mit dem die teilweise Rücknahme des Bescheides vom 16. Dezember 2010 auf die Feststellung des GdB mit 40 seit 1. August 2010 beschränkt und die Zuerkennung des GdB mit 50 ab diesem Datum abgelehnt worden ist. Mit dem Hilfsantrag verfolgt die Klägerin die Neufeststellung des GdB mit 50 ab 22. Februar 2011 aufgrund einer geltend gemachten Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, der dem bestandskräftigen Bescheid vom 16. Dezember 2010 zugrunde lag. Diesem Anspruch steht die insoweit ebenfalls angefochtene Verwaltungsentscheidung entgegen, da sie das SG ebenfalls nicht zumindest teilweise aufgehoben hat.

Grundlage für die beanspruchte teilweise Rücknahme des Bescheides vom 16. Dezember 2010 ist [§ 44 Abs. 2 SGB X](#). Dabei handelt es sich um einen "Auffangtatbestand" für Fälle, in denen [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) nicht anwendbar ist (BSG, Urteil vom 16. Februar 2012 - [B 9 SB 2/11 R](#) -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 14, Rz. 17; vgl. Steinwedel, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juni 2015, [§ 44 SGB X](#) Rz. 5, 46). So verhält es sich hier, da die streitige Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht insbesondere keine Sozialleistung im Sinne des [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist (vgl. BSG, Urteil vom 29. Mai 1991 - [9a/9 RVs 11/89](#) -, [BSGE 69, 14](#) (16 ff.)). Somit besteht kein Rechtsanspruch auf eine Rücknahme für die Vergangenheit. [§ 44 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 setzt voraus, dass sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist. Gemäß [§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#) kann die getroffene Regelung auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden. Die dem für die Vergangenheit (teilweise) zurückzunehmenden Verwaltungsakt zugrunde liegenden tatsächlichen Voraussetzungen müssen offenkundig sein (vgl. BSG, Urteil vom 29. Mai 1991 - [9a/9 RVs 11/89](#) -, [BSGE 69, 14](#); Urteil des Senats vom 21. Februar 2013 - [L 6 SB 4007/12](#) -, juris, Rz. 28; Beschluss des Senats vom 12. Oktober 2011 - [L 6 SB 5658/10](#) -, juris, Rz. 24). Diese Einschränkung folgt nicht aus [§ 69 SGB IX](#) oder [§ 6 Abs. 1 Satz 2 Schwerbehindertenausweisverordnung \(SchwbAwV\)](#), sondern rechtfertigt sich im Hinblick auf das nach [§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#) ausübende Verwaltungsermessen (BSG, Urteil vom 7. April 2011 - [B 9 SB 3/10 R](#) -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 13, Rz. 28 m. w. N.; von Steinäcker, Behindertenrecht 2006, S. 98 (100)). Maßgebend ist die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Bekanntgabe der letzten, das Verwaltungsverfahren abschließenden Behördenentscheidung (vgl. BSG, Urteile vom 4. November 1998 - [B 13 RJ 27/98 R](#) -, juris, Rz. 15 und 3. April 2001 - [B 4 RA 22/00 R](#) -, [BSGE 88, 75](#) (81)), wobei neuere rechtliche Erkenntnisse zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteile vom 25. Oktober 1984 - [11 RAz 3/83](#) -, [BSGE 57, 209](#) (210) und 26. Januar 1988 - [2 RU 5/87](#) -, [BSGE 63, 18](#) (23)), vorliegend also des Bescheides vom 16. Dezember 2010.

Für den mit dem Hilfsantrag verfolgten Klageanspruch ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) die Rechtsgrundlage. Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand der Klägerin auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt - teilweise - aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - [9a RVs 55/85](#) -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 V 2/10 R](#) -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4). Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich insoweit, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34; vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 1996 - [9 RVs 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung). Bei dem Bescheid vom 16. Dezember 2010 über die ursprüngliche Feststellung des GdB mit 30 seit 19. August 2010 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 31 m. w. N.). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieses Bescheides vorlagen, ist indes eine wesentliche Änderung lediglich insoweit eingetreten, als die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin ab 22. Februar 2011 einen Gesamt-GdB von 40

bedingen, wie dies bereits in der Verwaltungsentscheidung vom 5. August 2011 mit eingeschlossen ist.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich in beiden Konstellationen nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in der Fassung des Gesetzes vom 19. Juni 2001 ([BGBl I 1046](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1](#) BVG und der auf Grund des [§ 30 Abs. 16](#) BVG (bis 30. Juni 2011: [§ 30 Abs. 17](#) BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und 3, des [§ 30 Abs. 1](#) und des [§ 35 Abs. 1](#) BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1](#) BVG zu regeln (vgl. [§ 1](#) VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R -](#), [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R -](#), juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B -](#), juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R -](#), juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung höchstrichterlicher Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin vom Beklagten mit dem Bescheid vom 16. Dezember 2010 in der Fassung des Bescheides vom 5. August 2011, also mit einem GdB von 40 seit 1. August 2010 nicht offenkundig rechtswidrig bewertet worden sind und auch nach dem 21. Februar 2011, ob einer eingetretenen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes, keinen höheren GdB begründen.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" hat einen Teil-GdB von 20 zur Folge.

Zur Überzeugung des Senats steht nur fest, dass die Klägerin an einer Dysthymia (ICD-10-GM-2016 F34.1) leidet, wie dies Dr. Sch. in seinem Anfang 2014 erstellten Gutachten, welches als Sachverständigenbeweis verwertet worden ist ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a](#) Zivilprozessordnung - ZPO), nachvollziehbar diagnostiziert und was auch das LSG seiner rechtskräftigen Entscheidung vom 27. März 2015 im parallelen Rentenverfahren zugrunde gelegt hat (L 4 R 2455/14). In der aktuellen Fassung des Diagnoseklassifikationssystems ICD-10 wird diese Gesundheitsstörung als eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-GM-2016 F33.-) zu erfüllen, umschrieben. Eine solche depressive Störung hat auch der die Klägerin behandelnde Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. nicht plausibel diagnostiziert. Er hat zwar in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage im Rentenverfahren Ende September 2014 den Schlüssel "F33.1" für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode angeführt. Demgegenüber hat er sie aber nicht schlüssig als chronifizierte, also dauerhafte, zumindest mittelgradige Depression umschrieben, was allerdings nicht gleichbedeutend mit wiederkehrend ist. Dies hätte zumindest einer Erläuterung bedurft, die er nicht vorgenommen hat. Überdies hat er die Entwicklung einer depressiven Symptomatik ausschließlich anhand der Angaben der Klägerin nachvollzogen, ohne dass diese durch einen psychopathologischen Befund objektiviert worden ist. Gleiches gilt hinsichtlich der Angstsymptomatik. Allein aufgrund der Schilderungen der Klägerin hat er die Diagnose einer chronischen generalisierten Angststörung (ICD-10-GM-2016 F41.1) gestellt, weshalb es auch insoweit an einer hinreichenden Grundlage für die Diagnosestellung fehlt. Soweit Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. im erstinstanzlichen Schwerbehindertenverfahren als sachverständiger Zeuge befragt, im Mai 2012 kundgetan hat, eine partiell somatisierte, partiell chronifizierte, eher agitierte Depression diagnostiziert zu haben, kann diese Diagnose bereits deshalb nicht nachvollzogen werden, da er diese Krankheit nicht nach einem Diagnoseklassifikationssystem verschlüsselt hat (vgl. hierzu auch Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VS 2234/15](#) -, juris, Rz. 33). Der Facharzt für Innere Medizin Dr. G. ist im Mai 2011 fachfremd von einer mittelgradig-depressiven Episode mit deutlich ausgeprägter Somatisierungstendenz ausgegangen, der Arzt für Pneumologie Dr. H. zur gleichen Zeit abseits seiner Fachdisziplin von einer Depression.

In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 sowie bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten sind, rechtfertigen die wegen der Dysthymia bestehenden Funktionsstörungen zwar einen GdB von 20, stützen allerdings keinen höheren. Bei der Klägerin ist ob der ihr noch möglichen Tagesstruktur ohne nachgewiesene zirkadiane Verlaufsschwankung keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bei sogar sehr guter geistiger Flexibilität belegt. Wie der Senat dem Gutachten von Dr. Sch. von Anfang 2014 entnommen hat, wachte sie im damaligen Zeitraum zwischen 8 Uhr und 8:30 Uhr auf. Sie erledigte noch die Hausarbeit, kochte etwa. Mit dem Ehemann, mit dem sie eine intakte Ehe führt, ging sie einkaufen. Sie las, vor allem Zeitschriften; Bücher nicht mehr, denn sie konnte sich nicht lange konzentrieren. Sie löste aber noch Kreuzworträtsel, nähte noch. Abends schaute sie fern. Ihre Tochter und der damals neun Jahre alte Enkelsohn kamen regelmäßig zu Besuch vorbei, so dass auch in der letzten Rehamaßnahme der Eindruck imponierte, sie verfüge über eine sehr gute ungestörte familiäre Situation. Weitere soziale Kontakte hatte sie nicht, diese beschränkten sich auf den familiären Bereich, eine soziale Desintegration, so das Gutachten schlüssig, ist nicht zu verzeichnen. Vereinstätigkeiten nahm sie nicht wahr. Der letzte Urlaub war drei Jahre zuvor, als sie die Türkei besuchte. Sie ging abends zwischen 22:30 Uhr und 23 Uhr, also zu normalen Zeiten zu Bett. Die gutachterliche Einschätzung, dass die Klägerin allenfalls subdepressiv ist, so dass keinesfalls die Kriterien einer Depression erfüllt sind, war auch für den erkennenden Senat angesichts des sogar leicht gesteigerten Antriebs und sehr lebhafter Gestik wie Mimik gut nachvollziehbar. Ein GdB von 20 ist daher gerechtfertigt, ein höherer allerdings nicht begründbar, wie dies im Übrigen Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. im Mai 2012 im Ergebnis bei niedrigfrequenter Behandlung in sechswöchigen Abständen wie entsprechender niedrigdosierter antidepressiver Medikation genauso gesehen hat.

Die bei der Klägerin wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssystem "Beine" einen Teil-GdB von 20, die Funktionssysteme "Rumpf" und "Arme" haben jeweils einen Teil-GdB von 10 zur Folge. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen. Für Endoprothesen werden nach den VG, Teil B, Nr. 18.12 Mindest-GdB angegeben, die für Implantate bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch eine Beweglichkeits- und

Belastungseinschränkung, Nervenschädigung, deutliche Muskelminderung sowie ausgeprägte Narbenbildung. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein. Bei einseitiger Totalendoprothese im Kniegelenk beträgt der GdB mindestens 20.

Das Funktionssystem "Beine" ist unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe selbst nach dem Einsatz der Totalendoprothese im linken Kniegelenk am 16. September 2013 in der DRK-Klinik Baden-Baden nicht mit einem höheren Teil-GdB als 20 zu bewerten. Dieser Mindest-GdB ist weder wegen einer relevanten Bewegungseinschränkung noch ob ausgeprägter Knorpelschäden zu erhöhen. Beides hat nicht vorgelegen. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 sind für die Bewegungseinschränkung im Kniegelenk folgende GdB-Werte vorgesehen: geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig 0 bis 10, beidseitig 10 bis 20; mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90°) einseitig 20, beidseitig 40; stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90°) einseitig 30, beidseitig 50. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung 20 bis 40. Die Klägerin leidet an beidseitigen Kniegelenksarthrosen ohne ausgeprägte Knorpelschäden, wie dies der Sachverständige Dr. von St. bestätigt hat. Hierdurch ist es nur kurzzeitig während einer für den GdB nicht maßgeblichen Dauer (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) zu Bewegungseinschränkungen mittleren Grades im linken Kniegelenk gekommen. Ansonsten hat durchweg die Streckung und Beugung über 0-0-90° vorgenommen werden können, weshalb nicht einmal Bewegungseinschränkungen geringen Grades objektiviert sind. Der sachverständige Zeuge Dr. H. führte im Mai 2012, also ohnehin noch vor Implantation der Endoprothese, zwar eine deutliche Bewegungseinschränkung an, ohne diese allerdings mit Bewegungsmaßen zu konkretisieren. Die Werte nach der Neutral-0-Methode sind bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. von St. im April 2013 mit 0-0-120° gemessen worden. Diese Daten hat die Klägerin zwar ohne nähere Begründung als nicht nachvollziehbar in Abrede gestellt. Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Messung haben sich für den Senat deswegen allerdings noch nicht ergeben. Erst bei der Aufnahmeuntersuchung in der DRK-Klinik in Baden-Baden Mitte September 2013, wo die Knieendoprothese im linken Knie implantiert worden ist, wurden die Werte mit 0-10-70° gemessen. Bei der Entlassung Ende dieses Monats betrug sie angeblich bereits wieder 0-0-90°, was in gewissem Widerspruch zu der Aufnahmeuntersuchung in der Rehaklinik Höhenblick im unmittelbaren Anschluss daran steht, bei der Dr. M.-W. wiederum nur 0-10-70° gemessen haben will. Jedenfalls am Ende des dortigen Aufenthaltes zur stationären Heilbehandlung Mitte Oktober 2013 konnten die Streckung und Beugung sogar bis 0-5-100° vorgenommen werden. Im April 2014 war, wie Dr. H. als sachverständiger Zeuge bekundet hat, das operierte linke Knie reizlos. Es fand sich lediglich noch eine leichte Gelenkergussbildung. Die Streckung und Beugung wurde mit 0-0-100° festgestellt. Eine Instabilität lag nicht vor. Mitte August 2014 wurde keine wesentliche Ergussbildung festgestellt. Die Narbenbildung war reizlos. Eine ausreichende Stabilität bestand. Es lag lediglich ein leichtes Bewegungsreiben vor. Im Bereich des rechten Knies stellte er eine nur leichte Ergussbildung fest. Eine wesentliche Instabilität schloss er aus. Die Streckung und Beugung konnte zuletzt bis 0-0-120° vorgenommen werden. Prof. Dr. Th., der die Endoprothese einsetzte, stellte im September 2014 eine gute Beweglichkeit im Bereich des linksseitigen Knies fest. Dem ebenfalls als Sachverständigenbeweis verwerteten Gutachten von Dr. R. nach einer klinischen und röntgenologischen Untersuchung der Klägerin Mitte Februar 2015, welches vom LSG im Rentenverfahren eingeholt worden ist, hat der Senat entnommen, dass aktuell lediglich noch ein residueller, wenn auch nach ihren eigenen Angaben progredienter Belastungsschmerz und eine peripatellare Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Knies nach endoprothetischer Versorgung im September 2013 sowie eine beginnende bis allenfalls mäßig medialbetonte Gonarthrose rechts ohne derzeitige Reizsymptomatik und Funktionsbehinderung, bei allenfalls diskreter Weichteilschwellung, aber derzeit nicht vorliegender Ergussbildung, verblieben sind. Eine messbare pathologische, die Beugung und Streckung betreffende Funktionsbehinderung ist nicht verblieben. Das Bewegungsmaß ist mit 0-0-110° festgestellt worden. In Bezug auf die bei der Klägerin auch von Dr. R. festgestellten Senk-Spreizfüße beidseits ist die Senkfußkomponente aktiv partiell korrigierbar gewesen. Ein pathologischer Befund hat damit in diesem Bereich ebenfalls nicht vorgelegen, weshalb hieraus keine Funktionsstörungen resultieren, die für den GdB von Bedeutung sind. Das Funktionssystem "Beine" ist daher mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet, die bisherige Einschätzung durch den Beklagten mit 30, zumal auch noch vor der endoprothetischen Versorgung, deutlich überhöht, was auch der Sachverständige Dr. von St. damit zum Ausdruck gebracht hat, dass er diese Bewertung als sehr hoch bezeichnet hat.

Das Funktionssystem "Rumpf" bedingt ebenfalls einen Teil-GdB von 10.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Leistungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Bei der Klägerin liegen im Bereich der Halswirbelsäule ein degeneratives Zervikalsyndrom mit reaktiver Verspannung der Muskulatur im Bereich der Schultergürtel ohne relevante Funktionsbehinderung betreffend die Beweglichkeit bei degenerativen Veränderungen, vorrangig im Bereich C5/6, aber ohne Wurzelreiz- oder radikuläre Ausfallserscheinungen im Sinne neurologischer Defizite, eine ausgeprägte myostatische Insuffizienz im Rumpfbereich bei Stammadipositas und verstärkter Lendenlordose mit muskulären Dysbalancen und Myalgien im Bereich der Schultergürtel sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule ein lokales, linksbetontes Schmerzsyndrom bei röntgenologisch deutlichen degenerativen Veränderungen mit Chondrosen und Spondylarthrosen in den unteren beiden Segmenten, allerdings ohne radikuläre Reizsymptomatik und neurologische Defizite, vor. Dies entnimmt der Senat den schlüssigen Ausführungen von Dr. R ... Nach den von ihm durchgeführten Funktionsprüfungen sind hiermit allerdings lediglich geringe funktionelle Auswirkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule verbunden. Im Bereich der Halswirbelsäule hat sich keine relevante Bewegungseinschränkung gefunden. Die Rotation und die Seitneigung haben beidseits bis 70° und etwa 25° vorgenommen werden können. Eine Radikulärsymptomatik ist nicht provozierbar gewesen. Eine Kennmuskelstörung und dermatombezogene Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten, also Ausstrahlungen in eine andere Körperregion, haben nicht vorgelegen. Die weitere Funktionsprüfung hat mit 30/31 cm ein unauffälliges Zeichen nach Ott ergeben. Das Zeichen nach Schober hat mit 10/15 cm eine uneingeschränkte Entfaltung der Lendenwirbelsäule gezeigt. Der Finger-Boden-Abstand hat 0 cm betragen. Lediglich ein Reklinationsschmerz im tiefen lumbalen Bereich ist von der Klägerin geäußert worden, aber wiederum ohne radikuläre Schmerzausstrahlung. Die beiden Hüftgelenke, welche zum Funktionssystem "Rumpf" zählen, sind frei beweglich gewesen, ohne relevante Einschränkung bei der Innenrotation. Allein die durch Dr. von St. dem von ihm angenommenen Teil-GdB von 20 zugrunde gelegte röntgenologisch nachvollziehbare Beschwerdesymptomatik ist ohne funktionelle Auswirkungen für den GdB irrelevant. Seine Einschätzung hat der Senat daher nicht nachvollziehen können. Ein höherer Teil-GdB als 10 ist nicht begründbar.

Das Funktionssystem "Arme" rechtfertigt wegen der zweimal operierten Mittelnervendruckschädigung rechts, in Bezug darauf zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. von St. im April 2013 keine Rekompensation vorlag, dem Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts mit reizloser Narbenbildung und anamnestischer Lokalschädigung, aber ohne signifikante Bewegungseinschränkung sowie der Fingerpolyarthrose, welche zum damaligen Zeitpunkt keine Beschwerden hervorrief, ebenfalls keinen höheren Teil-GdB als 10 (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13), wie dies Dr. von St. nachvollziehbar eingeschätzt hat. Nach dem Befundbericht von Dipl.-Psych. Dr. Dr. B. von Mitte April 2013 sind Paresen oder Atrophien der Unterarmmuskulatur beidseits überdies nicht festgestellt worden. Die Funktionsprüfungen der oberen Extremitäten durch Dr. R. im Februar 2015 sind unauffällig gewesen.

Das Funktionssystem "Atmung" hat keinen höheren Teil-GdB als 10 zur Folge.

Eine chronische Nebenhöhlenentzündung leichteren Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen) ist nach den VG, Teil B, Nr. 6.2 mit einem GdB zwischen 0 und 10 sowie schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigeminusreizungen, Polypenbildung) mit einem GdB zwischen 20 und 40 zu bewerten. Das von dem Sachverständigen Prof. Dr. S. objektivierte Ausmaß der bei der Klägerin vorliegenden chronischen Nebenhöhlenentzündung, einschließlich der Neben- und Folgeerscheinungen stützen entgegen seiner Einschätzung noch keinen GdB von 20. Der sachverständige Zeuge Dr. M. hat zwar im erstinstanzlichen Verfahren wie auch im Berufungsverfahren eine chronische Sinusitis als Diagnose angeführt, derentwegen die Klägerin bereits mehrfach operiert worden ist sowie mehrfach jährlich eine medikamentöse Behandlung mit einem Antibiotikum und Nasenspray erfolgt. Zudem hat die Klägerin teilweise über eine Reizung des Trigeminus und gehäufte Kopfschmerzen geklagt. Ferner haben sich bei seinen Untersuchungen regelmäßig gelblich-grüne Eiterabsonderungen feststellen lassen. Indes hat Dr. M. auch ausgeführt, dass bei von ihm vorgenommenen Nasenabstrichen bakterielle Infektionen nachgewiesen worden sind. Die aus seiner Sicht beschriebene Regelmäßigkeit der Eiterabsonderungen ergibt sich daher für den Senat daraus, dass ihn die Klägerin nur aufsuchte, wenn es zu einer bakteriellen Infektion mit Eiterabsonderungen gekommen war. Ständige Eiterabsonderungen sind dadurch allerdings nicht belegt, vorliegend im Gegenteil zu verneinen. Denn nicht nur bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. S. im Oktober 2015 haben sich keine Eiterabsonderungen, sondern lediglich beidseitige Mukozelen, also Schleimansammlungen, gezeigt. Dies ist bereits während des stationären Aufenthaltes der Klägerin im Oktober 2011 in der HNO-Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe und bei der letzten computertomographischen Untersuchung Ende August 2014 der Fall gewesen, wie sich dem Bericht des Klinikdirektors Prof. Dr. H. und den Ausführungen von Prof. Dr. S. entnehmen lässt. Die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen wegen der chronischen Sinusitis sind daher zwar auch weiterhin mit einem GdB von 10 angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Prof. Dr. S. ist ohnehin nur unter der zusätzlichen Berücksichtigung, dass die Beschwerden überwiegend auf eine somatoforme Störung zurückzuführen seien, zu der Einschätzung des GdB mit 20 gekommen, was den Senat nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen nicht überzeugt hat. Die von Dr. H. beschriebene Septumdeviation, also die Verkrümmung der Nasenscheidenwand, ist ohne Auswirkung auf den GdB.

Das von Dr. H. diagnostizierte Bronchialasthma führt nicht zu einer Erhöhung des Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem "Atmung". Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 8 vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen. Das Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen ist mit einem GdB zwischen 0 und 20 zu bewerten. Die von Dr. H. Mitte April 2011 durchgeführte Lungenfunktionskontrolle ergab keinen Hinweis auf eine Obstruktion, wenn auch noch bei der Untersuchung drei Monate zuvor, als eine leichte Form festgestellt wurde. Mit der Bodyplethysmographie im April 2013 ist ebenfalls keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung objektiviert worden, wie sich aus dem hierüber erstellten Befundbericht von Dr. H. ergibt.

Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" erreicht keinen Teil-GdB in messbarem Grad.

Nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Insoweit führt lediglich die von Dr. Sch. bestätigte arterielle Hypertonie, welche medikamentös therapiert worden sowie ohne Organbeteiligung und mehrfache diastolische Werte über 100 mmHg aufgetreten ist, wie dies aktuell Dr. M. bestätigt hat, zu geringfügigen Funktionsstörungen, derentwegen der insoweit nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 eröffnete GdB-Rahmen zwischen 0 und 10 aber noch nicht nach oben auszuschöpfen ist.

Leistungseinbußen wegen der diagnostizierten Krankheiten des Herzens sind nicht nachgewiesen, Dr. M. hat die Herzfunktion als normal beschrieben. Die elektrokardiographisch objektivierte Ektasie der Aorta, also deren Ausdehnung, um 38 mm lässt keinen Rückschluss auf eine Leistungseinbuße zu, zumal Dr. M. sie als normal weit beschrieben hat.

Mit den sonstigen in den medizinischen Unterlagen erwähnten Erkrankungen, insbesondere der medikamentös substituierten Schilddrüsen-Stoffwechselstörung (vgl. VG, Teil B, Nr. 15.6), sind vorliegend keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende weitere Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 bedingt die von Dr. M.-W. diagnostizierte Adipositas, Grad II (ICD-10-GM-2016 E66.0) allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden, insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat, können die Annahme eines GdB begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna. Mangels solcher Folge- und Begleitschäden ist auch hieraus kein maßgeblicher GdB ableitbar.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), begründen sämtliche behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin ab 1. August 2010 keinen Gesamt-GdB von 50 und vor dem 22. Februar 2011 liegen bereits keine offenkundigen tatsächlichen Verhältnisse vor, derentwegen dies angenommen werden könnte.

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

2016-05-09