L 8 SB 4347/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 SB 5687/12
Datum
15.09.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4347/15
Datum
24.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
für Recht erkannt: Tenor: Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 15.09.2015 aufgehoben und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf (Neu-)Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 29.07.2011 zusteht.

Bei der 1949 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt E. (LRA) zunächst mit Bescheid vom 27.02.2001 (Blatt 35/36 der Beklagtenakte) einen GdB von 20 seit 12.12.2000 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Psychovegetative Störungen (Einzel-GdB 20); Bluthochdruck (Einzel-GdB 10); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 28/29 der Beklagtenakte). Ein späterer Neufeststellungsantrag wurden abgelehnt (Bescheid vom 07.08.2003, Blatt 59/60 der Beklagtenakte). Mit Bescheid vom 31.05.2006 stellte das LRA dann einen GdB von 30 seit 06.04.2006 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Psychovegetative Störungen (Einzel-GdB 20); Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar), Fettstoffwechselstörung (Einzel-GdB 20); Bluthochdruck (Einzel-GdB 10); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom (Einzel-GdB: 10); chronische Bronchitis (Einzel-GdB 10); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 68/69 der Beklagtenakte). Weitere Neufeststellungsanträge vom 28.01.2009 und 21.07.2010 (Blatt 73/74, 80/81 der Beklagtenakte) waren erfolglos (Bescheide vom 19.02.2009 und 06.10.2009, letzterer in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.04.2011, Blatt 78/79, 93/94, 109 der Beklagtenakte).

Am 29.07.2011 beantragte die Klägerin erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 110/112 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag verwies die Klägerin auf ein Carpaltunnelsyndrom links und rechts, Knie und Oberarm sowie Handballenprellung nach Sturz, Wirbelsäulenschäden in den Wirbelsäulenabschnitten, Knieschäden rechts und links, Diabetes mellitus I und II, sie sei stark sturzgefährdet, habe Herzrhythmusstörungen, leide an Schlaflosigkeit, psychischen Erschöpfungszuständen, Unruhezuständen, Leistungsabfall, mittleren Blutabflussstörungen und Bluthochdruck. Sie legte einen Bericht der M. S. -Klinik, Dr. Pa. , vom 08.02.2011 (Blatt 116/117 der Beklagtenakte) über eine stationäre Behandlung wegen Exazerbation eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms bei Spondylarthrosen der unteren WS und einen Bericht von Dr. O. vom 20.08.2011 (Blatt 121 der Beklagtenakte) über einen stationären Aufenthalt in der Abteilung für Chirurgie des B.-K.-Krankenhauses W. vor.

Das LRA zog Befundberichte bzw. Auskünfte vom Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Pr. vom 19.08.2011 (Blatt 119 der Beklagtenakte), vom Facharzt für Innere Medizin Dr. Ku. (Blatt 122/137 der Beklagtenakte) bei und holte bei Dr. Ko. eine versorgungsärztliche Stellungnahme ein. Dieser schätzte in seiner Stellungnahme vom 04.11.2011 (Blatt 139/140 der Beklagtenakte) den GdB insgesamt auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Psychovegetative Störungen, depressive Verstimmung, somatoforme Schmerzstörung (Einzel-GdB 20); Bluthochdruck (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Spinalkanalstenose, Schulter-Arm-Syndrom (Einzel-GdB: 20); chronische Bronchitis (Einzel-GdB 10); Mittelnervendruckschädigung links (Carpaltunnelsyndrom) operiert (Einzel-GdB 10); Knorpelschäden an beiden Kniegelenken (Einzel-GdB 10)).

Mit Bescheid vom 10.11.2011 (Blatt 141/142 der Beklagtenakte) lehnte das LRA die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab.

Mit ihrem Widerspruch vom 12.12.2011 (Blatt 143 der Beklagtenakte) machte die Klägerin geltend (Blatt 147/148 der Beklagtenakte), die

psychosomatischen Beeinträchtigungen seien unterbewertet. Sie ziehe sich in die eigenen vier Wände zurück und traue sich oft kaum noch raus. Außerdem seien die Knieschäden höher zu bewerten, insbesondere Treppensteigen sei kaum möglich. Die chronische Bronchitis müsse ebenfalls höher bewertet werden, sie leide fast täglich an Hustenanfällen, häufig auch nachts.

Das LRA zog erneut Auskünfte bzw. Befundunterlagen von Dr. Pr. (Blatt 149 der Beklagtenakte: "letzte Vorstellung am 21.7.2011"), Dr. Ku. (Blatt 151 der Beklagtenakte: "Die Patientin hat häufig Hustenanfälle teilweise bis zum Erbrechen bei Verdacht auf bronchiale Hyperreagibilität ein- bis zweimal pro Woche, vier- bis fünfmal pro Monat auch mit Infektexcarbationen.") und dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. E. (Blatt 153 der Beklagtenakte: "Pat. kommt hinkfrei zur Untersuchung. Gangvaria demonstrierbar. Re. Knie: reizlos, Ex/Flex 0/0/120o, Stabilität, DS Patellaspitze gering über GS. DMS o. B.").

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.06.2012, die den GdB insgesamt auf 40 schätzte (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Psychovegetative Störungen, chronisches Schmerzsyndrom (Einzel-GdB 20); Bluthochdruck (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Spinalkanalstenose, Schulter-Arm-Syndrom (Einzel-GdB: 20); chronische Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsyndrom (Einzel-GdB 10); Mittelnervendruckschädigung links (Carpaltunnelsyndrom) operiert (Einzel-GdB 10); Knorpelschäden an beiden Kniegelenken (Einzel-GdB 10)) erging von Amts wegen der Bescheid des LRA vom 04.10.2012 (Blatt 159/160 der Beklagtenakte), mit dem der Bescheid vom 10.11.2011 aufgehoben und ein GdB von 40 seit 29.07.2011 festgestellt wurde.

Der Beklagte wies durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 17.10.2012, Blatt 165 der Beklagtenakte).

Hiergegen hat die Klägerin am 16.11.2012 beim Sozialgericht (SG) Freiburg Klage erhoben. Es bestünden anhaltende Schmerzen in den Kniegelenken, sowohl in Bewegung als auch in Ruhe. Außerdem sei eine Knorpelschädigung Grad IV festgestellt. Auch die Wirbelsäulenschäden sollten höher bewertet werden. Es bestünden langjährig gesicherte und chronische Lumbalgien, chronisch rezidivierende Lumboischialgien, Bandscheibenschädigungen, Facettenreizungen im LWS-Bereich sowie degenerative Veränderungen. Es seien die LWS und die BWS betroffen. Für die psychiatrisch-psychosomatischen Beeinträchtigungen sei ein GdB von 30 gegeben. Es bestünden deutliche Alltagsbeeinträchtigungen. Auch die Bewertung der chronischen Bronchitis sei nochmals zu beanstanden. Die Klägerin hat vorgelegt, einen - Bericht des B.-K.-Krankenhauses W. vom 14.01.2013 (Diagnose: Medial betonte Gonarthrose rechts"; Blatt 15 der SG-Akte), - Bericht der Radiologischen Gemeinschaftspraxis E. , Dr. I. , vom 27.12.2012 ("Patellare Chondromalazie Grad IV sowie Chondropathie am dorsdalen Rand des medianen Femurcondylus außerhalb der Hauptbelastungszone. Offensichtlich Ursache der Beschwerden ventral und in der Kniekehle. Mäßige Meniscopathie. Kein Riss."; Blatt 16 der SG-Akte), - Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining vom 29.03.2012 (Blatt 17 der SG-Akte), - Auszug aus einem Rehabilitationsbericht (Blatt 18/26 der SG-Akte).

Das SG hat die die Klägerin behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Wegen des Inhalts und Ergebnisses wird auf Blatt 355/37, 38, 39/49 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Pr. hat dem SG am 18.02.2013 geschrieben, Auffälligkeiten der extrakraniellen Hirngefäße hätten sich nicht gefunden. Das vorbestehende Carpaltunnelsyndrom sei operiert. Pathologische Befunde hätten auf neurologischem Fachgebiet nicht erhoben werden können. Der Internist Dr. Ku. hat in seiner schriftlichen Antwort vom 24.02.2013 der GdB sei mit 50 zu bewerten. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. B. hat dem SG am 05.03.2013 geschrieben, die Wirbelsäulenbeschwerden seien leicht bis mittelgradig. Es bestehe ein degeneratives Wirbelleiden mit Facettenreizung.

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. St ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 17.05.2013 (Blatt 52/67 der SG-Akte) die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule mit leicht- bis mittelgradiger radikulärer Symptomatik bei Bandscheibenschaden und Spinalkanalstenose mit eine GdB von 20 und die mäßige Funktionsbeeinträchtigung des rechten Knies bei degenerativen Veränderungen mit einem GdB von 10 bewertet.

Darüber hinaus hat das SG Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten nach § 109 SGG beim Internisten, Pneumologen und Schlafmediziner Dr. Ra ... Dieser hat in seinem pneumologischen Gutachten vom 14.10.2013 (Blatt 78/112 der SG-Akte) einen chronischen Husten, am ehesten im Rahmen einer leichten bronchialen Hyperreagibilität, eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus, den Verdacht auf Schlafapnoe und orthopädische Problematiken (Wirbelsäule, Knie, Karpaltunnel) angeführt. Im pneumologischen Bereich betrage der GdB für den schweren chronischen Husten und dir bronchiale Hyperreagibilität 30. Sofern eine behandlungsbedürftige Schlafapnoe festgestellt werde, sei dies zusätzlich mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 50.

Nachdem der Beklagte sowohl gegen das Gutachten als auch die vom SG bei Dr. Ra. eingeholte ergänzende Stellungnahme vom 24.02.2014 (Blatt 121 der SG-Akte) Einwendungen (Blatt 116/119 und 123/124 der SG-Akte) erhoben hatte, hat das SG von Amts wegen Dr. S. , Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie und Umweltmedizin, mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 20.01.2015 (Blatt 135/149 der SG-Akte) eine leichte obstruktive Ventilationsstörung angegeben, die als leichtes Dauerasthma mit einem GdB von 30 zu bewerten sei.

Der Beklagte hat hierzu unter Vorlage der versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. R. vom 03.06.2015 vorgetragen (Blatt 157/159 der SG-Akte), die messtechnischen Untersuchungen ergäben eine leichtgradig obstruktive Ventilationsstörung, die nach Durchführung eines muskelrelaxierenden Medikaments (Bronchospasmolyse) keine nachweisbare Obstruktion mehr gezeigt hätten. Ein sicherer Hinweis für eine Diffusionsstörung habe nicht bestanden. Die durchgeführte ambulante nächtliche Schlafaufzeichnung habe einen AHI (Apnoe-Hypognoe-Index) von 2 gezeigt, was nicht pathologisch sei. Auch sei, wie in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.03.14 ausgeführt, maßgeblich, dass unter bestmöglicher Therapie die dann vorhandenen Funktionsstörungen zu bewerten seien.

Nachdem die Klägerin (Schreiben vom 01.07.2015, Blatt 162/163 der SG-Akte) darauf hingewiesen hatte, dass sie bei Vorliegen von Schwerbehinderteneigenschaft bis zum 30.04.2012 ab dem 01.05.2012 abschlagsfrei in Altersrente gehen könne, hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 15.09.2015 den Beklagte unter Abänderung des Bescheides des LRA vom 04.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.10.2012 verurteilt, bei der Klägerin einen GdB von 50 ab dem 29.07.2011 festzustellen. Für die Wirbelsäulenschäden mit leicht bis mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt und unter Berücksichtigung einer Spinalkanalstenose sowie des Bandscheibenschadens sei ein Einzel-GdB von 20 angemessen. Die Funktionsbeeinträchtigung des

rechten Knies mäßigen Grades werde mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Dr. S. habe ein leichtes Dauerasthma bei Hyperreagibilität mit häufigen Anfällen festgestellt, die Klägerin leide deswegen an häufigen Hustenanfällen, was in Anlehnung an B Nr. 8.5 VG mit einem Einzel-GdB von 30 eingeschätzt werde. Die psychovegetativen Störungen und das chronische Schmerzsyndrom würden mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet. Ebenso sei der Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Insgesamt ergebe sich ab 29.07.2011 ein Gesamt-GdB von 50.

Gegen dem ihm am 21.09.2015 zugestellte Gerichtsbescheid hat der Beklagte am 15.10.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Voraussetzungen für eine Erhöhung des GdB auf 50 lägen nicht vor, weil nach der vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 08.10.2015 eine Erhöhung des Einzel-GdB für das Bronchialasthma von 20 auf 30 nicht nachvollziehbar sei. Ein Einzel-GdB von 30 sei nur bei einer dauerhaften geringgradigen Lungenfunktionseinschränkung oder bei häufigen und /oder schweren (Asthma)-Anfällen zu begründen. Diese seien bei der Klägerin nicht gegeben.

Der Beklagte beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 15.09.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Der Sachverständige Dr. S. habe im Gutachten schlüssig und nachvollziehbar begründet, aus welchen Gründen er von einem Einzel-GdB von 30 für das leichte Dauerasthma ausgehe. Die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. R. vom 03.06.2015 und des Dr. G. vom 08.10.2015 seien nicht geeignet, diese Einschätzung begründet in Frage zu stellen. Sie führe die empfohlene bestmögliche Therapie durch. Dem Gutachten Dr. S. sei zu entnehmen, dass sie regelmäßig Foster Dosieraerosol inhaliere. Auch sei die Ausführung von Dr. G. nicht schlüssig. Die durch Dr. S. festgestellte leichte obstruktive Ventilationsstörung sei ausreichend, um eine dauerhafte geringgradige Lungenfunktionseinschränkung annehmen zu können. Zudem bestehe nach den gutachterlichen Feststellungen eine bronchiale Hyperreagibilität mit häufigen Anfällen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines lungenärztlichen Gutachtens beim Lungenfacharzt Dr. Bo ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 29.04.2016 (Blatt 20/50 der Senatsakte) lungenärztlichem Fachgebiet eine mit einer verordneten, aber nicht adäquat angewandten inhalativen antiobstruktiven Medikation behandelte, leichte bronchiale Hyperreagibilität ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion festgestellt. Aus lungenfachärztlicher Sicht seien die Funktionsbeeinträchtigungen durch das leichte Asthma bronchiale als leicht einzustufen und mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 55, 56 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 SGG), ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig und begründet.

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 04.10.2012, der den Bescheid vom 10.11.2011 aufgehoben und i.S.d. § 86 SGG ersetzt hatte, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 17.10.2012 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn sie hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 seit 29.07.2011. Daher war auch die Verurteilung des Beklagten zur Feststellung eines GdB von 50 durch das SG unzutreffend, weshalb der Gerichtsbescheid aufzuheben und die Klage abzuweisen war. Der Senat konnte zwar im Verhältnis zu dem zuvor maßgeblichen Bescheid des LRA vom 31.05.2006 eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse feststellen, der der Beklagte aber mit der Feststellung eines GdB von insgesamt 40 ausreichend Rechnung getragen hat.

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

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

Die Bemessung des Gesamt GdB (dazu s. unten) erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer

Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (BSGE 62, 209, 213; BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26 und SozR 3 3879 § 4 Nr. 5 zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau seit dem 27.07.2011 lediglich einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertigen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, war ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Nach den B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil vom 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 - juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z. B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt, die jedoch bei der Klägerin nicht vorliegen und auch nicht geltend gemacht werden.

Der Gutachter Prof. Dr. St. konnte bei der Klägerin ein chronisch rezidivierende Lumbalgie mit diskreter rechtsseitiger radikulärer Symptomatik bei vordiagnostiziertem Bandscheibenprolaps T10/11 und L4/5 mit Facettensyndrom L4/5 feststellen. Die Halswirbelsäule: (HWS) war bei der Untersuchung durch Prof. Dr. St. ohne Stauch- oder Druckschmerz. Die paravertebrale Muskulatur war nicht verspannt und druckschmerzfrei. Lediglich bei der Seitwärtsdrehung nach links bestand eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit. Segmentale Blockierungen bestanden nicht. An der Rumpfwirbelsäule (BWS und LWS) bestand ein Rundrücken, darüber hinaus konnte Prof. Dr. St. äußerlich keine Auffälligkeiten feststellen. Die Dornfortsatzreihe der BWS war druckschmerzfrei und regelrecht entfaltbar. An der LWS bestanden ein Druckschmerz über den Dornfortsätzen L3-L5 und Bewegungsschmerz im mittleren und unteren LWS-Bereich bei der Rumpfbeugung und Seitwärtsdrehung sowie bei der Reklination. Prof. Dr. St. hat folgende Bewegungsmaße gemessen: HWS: Seitwärtsneigung re. / li. 30-0-20 Grad Seitwärtsdrehung re. / li. 80-0-70 Grad Flexion / Extension 50-0-50 Grad Rumpfwirbelsäule: Seitwärtsneigung re. / li. 20-0-20 Grad Seitwärtsdrehung re. / li. 20-0-20 Grad Fingerkuppen-Boden-Abstand 17 cm Reklination unter praesacraler Schmerzangabe bis 10° möglich. Ott sches Zeichen 29/30/35 cm Schober sches Zeichen 10/16 cm

Neurologisch konnte Prof. Dr. St. keinen Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik der HWS (Blatt 61 der SG-Akte = Seite 10 des Gutachtens) und keine Fuß- oder Großzehenheber- oder senkerschwäche (Blatt 62 der SG-Akte = Seite 11 des Gutachtens) feststellen. Das Zeichen nach Lasègue war rechts bei 70 Grad positiv, links negativ.

Prof. Dr. St. hat den Befund an der LWS als chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit diskreten, rechts betonten Nervenwurzelreizerscheinungen, die sich mit den vordiagnostizierten degenerativen Veränderungen (Bandscheibenprolaps L4/5, Facettensyndrom L4/5) hinreichend erklären, beschrieben. Damit hat der Gutachter im Bereich der LWS mittelgradige, im Bereich der HWS allenfalls leichtgradige funktionelle Beeinträchtigungen beschreiben können. Denn Verformungen, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome haben weder Prof. Dr. St. noch die behandelnden Ärzte beschreiben können. So hat Dr. B. die Beeinträchtigungen ebenfalls mit leicht- bis mittelgradig bewertet. Dem entsprechen auch die Befunde aus den Berichten des B.-K.-Krankenhauses W. , der Orthopädin Dr. K. (Blatt 123/124 der Beklagtenakte) und der M. S. -Klinik. Dass die von der Klägerin angegebene Sturzneigung (vgl. z.B. Bericht Dr. Pr. auf 36/37 der SG-Akte) auf eine Einengung des Spinalkanals beruht, ist ärztlicherseits nicht objektiviert. Damit war bei allenfalls leichtgradigen funktionellen Beeinträchtigungen der HWS und mittelgradigen funktionellen Beeinträchtigungen der LWS ein Einzel-GdB im Funktionssystem des Rumpfes von 20 anzunehmen. Hierbei hat der Senat auch die vorgetragene Schmerzhaftigkeit berücksichtigt.

Im Funktionssystem der Arme war bei der Klägerin alleine das beidseits operierte (1995 und 2009) Carpaltunnelsyndrom zu berücksichtigen. Dieses ist ohne funktionelle Auswirkungen und begründet damit in diesem Funktionssystem keinen Einzel-GdB.

Im Funktionssystem der Beine ist bei der Klägerin die Erkrankung der Knie zu berücksichtigen. Prof. Dr. St. hat bei der Untersuchung der Klägerin an beiden Knien weder einen tastbaren Erguss noch eine Schwellung feststellen können. Beidseits bestand ein stabiler Bandapparat. Die Kniescheiben sind seitengleich regelrecht positioniert, bei zunehmender Beugung zentral foulend. Rechts bestand eine deutliche retropatellare Symptomatik mit Anpress- und Facettendruckschmerz sowie retropatellarem Reiben. Das Zohlenzeichen war rechts positiv. Links konnte keine retropatellare Symptomatik festgestellt werden. Am rechten Knie besteht der Verdacht auf eine degenerative Innenmeniskusläsion mit Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt, der bei zunehmender Beugung nach dorsal wandert, wo auch ein Rotationsschmerz unter Kompression bestand. Die Kniegelenksbeweglichkeit betrug rechts 0/0/130, links 0/0/140. Damit konnte der Senat

im Hinblick auf die rechtlichen Vorgaben nach B Nr. 18.14 VG - nachdem im Übrigen weder eine Versteifung eines Kniegelenks, eine Lockerung des Kniebandapparates, ein Kniescheibenbruch oder eine habituelle Kniescheibenverrenkung vorliegt – feststellen, dass der vom Beklagten angenommene Einzel-GdB für das Funktionssystem der Beine jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig wäre, denn sie erreicht an sich nicht die für einen GdB von 10 maßgebliche Schwelle einer Bewegungseinschränkung bis zu 0/0/90 (vgl. B Nr. 18.14 VG). Auch soweit bei der Klägerin eine medial betonte Gonarthrose rechts und eine patellare Chondromalazie Grad IV beschrieben ist (Blatt 15 und 16 der SG-Akten = Bericht B.-K.-Krankenhaus vom 14.01.2013 und Bericht Dr. I. vom 27.12.2012), begründet dies keinen höheren Einzel-GdB. Zwar ist eine Chondromalacia patellae Stadium IV von Dr. I. angenommen worden, Prof. Dr. St. konnte dies so bestätigen, doch bestehen keine relevanten Bewegungseinschränkung und anhaltende Reizerscheinungen. Solche konnten nämlich weder Prof. Dr. St. noch Dr. I. oder das B.-K.-Krankenhaus mitteilen; dies bestätigen auch die fehlenden Schwellungen und Ergüsse, was auch Dr. K. in ihrem Bericht vom 27.07.2010 (Blatt 123 der Beklagtenakte) bestätigt hat (kein intraartikulärer Erguss, keine Kapselschwellung). Mithin war in diesem Funktionssystem der vom Beklagten angesetzte Einzel-GdB von 10 jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig bemessen.

Im Funktionssystem "Herz-Kreislauf" ist der Bluthochdruck der Klägerin zu berücksichtigen. Dieser ist vom Beklagten bisher als mittelschwere Form mit einem Einzel-GdB von 20 berücksichtigt. Der Bluthochdruck ist medikamentös behandelt (vgl. z.B. Bericht Dr. B. vom 03.03.2011, Blatt 133 der Beklagtenakte). Der Senat konnte aufgrund der aktuellen Befunde keine Augenhintergrundveränderungen, keinen Fundus hypertonicus I-II und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder eine Proteinurie oder einen diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung feststellen. Lediglich Dr. Ku. hat mitgeteilt, dass der Bluthochdruck bei leichter Belastung zu Atemnot und ab und zu Kopfschmerzen führt. Vor diesem Hintergrund ist ein Einzel-GdB von 20 jedenfalls nach Überzeugung des Senats im Hinblick auf die leichten und nicht andauernden Beeinträchtigungen jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig.

Die Diabetes mellitus- Erkrankung der Klägerin bedingt keinen Einzel-GdB von mindestens 10. Nach B Nr. 15.1 VG bedingt bei an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, der Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung; der GdB ist mit 20 vorgesehen. Dagegen erleiden die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Vorliegend wird die Klägerin mit Metformin, behandelt (Blatt 22 der Senatsakte = Seite 3 des Gutachtens Dr. Bo.) das keine Hypoglykämien auslösen kann, was dem Senat aus der Rechtsprechung vergleichbarer Rechtsstreite bekannt ist. Die Behandlung macht keine Beschwerden, wie Dr. Ku. gegenüber dem SG mitteilen konnte. Damit war ein GdB hier nicht anzusetzen.

Im Funktionssystem der Atmung ist die Lungenerkrankung der Klägerin zu bewerten. Dr. Ra. hat hier einen chronischen Husten, am ehesten im Rahmen einer leichten bronchialen Hyperreagibilität, beschrieben. Dr. S. hat die Erkrankung als leichtes Dauerasthma beschrieben und Dr. Bo. eine leichte bronchiale Hyperreagibilität ohne nachgewiesene Allergien i.S. eines leichten intrinsischen Asthmas bronchiale, welches unter einer zumutbaren antiobstruktiven Dauertherapie nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Lungenfunktion geführt hat. Keiner der Gutachter konnte damit eine dauerhafte Einschränkung der Lungenfunktion mitteilen, die über eine allenfalls leichte bronchiale Obstruktion hinausgeht. Die inspiratorische Vitalkapazität, die totale Lungenkapazität und das Residualvolumen waren bei allen Gutachtern auch unter Belastung normal. Restriktionen oder Überblähungen konnten auch unter Belastung nicht festgestellt werden. Mithin hat Dr. Ra. zutreffend mitgeteilt, dass sich messtechnisch insgesamt nur geringe Auffälligkeiten ergeben haben; das gilt auch für die Befunde der Gutachter Dr. S. und Dr. Bo ... Dass die Klägerin dabei medikamentös behandelt wurde, steht der Einschätzung als leichter Gesundheitsstörung nicht entgegen, denn – worauf der Beklagte durch den Versorgungsarzt zutreffend hingewiesen hat - ist vorliegend im Rahmen einer funktionell und final ausgerichteten Bewertung nicht die Ursache sondern die Auswirkung einer Gesundheitsstörung unter Therapie zu bewerten. Außerdem hatte die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. Ra. ihre Medikamente abgesetzt (unten auf Blatt 82 der SG-Akte = Seite 5 des Gutachtens). Damit konnte der Senat der Bewertung von Dr. Ra. nicht folgen, denn er hat einen Zustand bewertet, wie er sich ohne Dauermedikation als mittelschwerer Zustand entsprechend dem Befund von Dr. Hu. aus dem Jahr 2011, mithin vor Therapie, gezeigt hat (vgl. dazu dessen ergänzende Stellungnahme, Blatt 121 der SG-Akte). Der Senat konnte auch aufgrund des Gutachtens von Dr. Bo. nicht nachvollziehen, dass der Husten der Klägerin funktionell so stark wäre, wie von Dr. Ra. und Dr. S. angenommen. Insbesondere spricht dagegen, dass die Klägerin bei Dr. Hu. , auf den sich Dr. Ra. im Wesentlichen stützt, lediglich im September 2009, im Februar 2003 und im Mai 2011 zur Behandlung war (vgl. Blatt 134 der Beklagtenakte); gegenüber dem SG hat sie auf ausdrückliches Befragen nach den letzten Behandlungen bei den Ärzten Dr. Hu. als Behandler einer Bronchitis im Mai 2011 angegeben (Blatt 9 der SG-Akte). Alleine die dort und auch im entsprechenden Bericht von Dr. Hu. (Blatt 134/135 der Beklagtenakte) dargestellten Befunde (Husten nach Erkältung drei Wochen zuvor; mittelgradige bronchiale Hyperreagibilität) lassen nach Überzeugung des Senats den von Dr. Ra. gezogenen Schluss nicht zu.

Nach B Nr. 8.2 VG sind eine chronische Bronchitis und Bronchiektasen als eigenständige Krankheiten - ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, in einer leichten Form (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) mit einem GdB von 0 bis 10, in einer schweren Form (fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf, häufige akute Schübe) mit einem GdB von 20 bis 30 und Pneumokoniosen (z. B. Silikose, Asbestose) ohne wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten. Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion (dazu vgl. B NR. 8.3 VG) geringen Grades, das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit) mit statischen und dynamischen Messwerten der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, und Blutgaswerten im Normbereich mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion (vgl. B Nr. 8.5 VG), ist bei Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen mit einem GdB von 0 bis 20, bei Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen mit einem GdB von 30 bis 40 und bei Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle mit einem GdB von 50 zu bewerten; eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätzlich zu berücksichtigen.

Vorliegend entspricht die pneumonale Situation der Kläger am ehesten einem leichten Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion (vgl. Gutachten Dr. Bo. und Dr. S.); auch wenn es mit Dr. Bo. starke Anhaltspunkte dafür gibt, dass es sich nicht um ein Asthma handeln könnte (Blatt 44 der Senatsakte = Seite 25 des Gutachtens). Da ärztlicherseits keine schweren Anfälle dokumentiert sind – so hat auch Dr. Ku. solche nicht angegeben und Dr. Hu. 2011 lediglich eine mittelgradige Hyperreagibilität angenommen – kommt ein Einzel-GdB von 50 vorliegend nicht in Betracht. Mittelschwere Anfälle sind aber auch nicht dokumentiert. Denn letztmalig war die Klägerin entsprechend ihren Angaben gegenüber dem SG (Blatt 9 der SG-Akte) und dem Bericht von Dr. Hu. am 17.05.2011 (Blatt 134 der Beklagtenakte), zuvor letztmals im Jahr 2002 dort in Behandlung. In dem von der Klägerin vorgelegten Reha-Bericht (Blatt 18 der SG-Akte =

Seite 2.1 des Berichts) wird lediglich über einen massiven Reizhusten über mehrere Wochen berichtet. Dr. Ku. hat dann gegenüber dem SG im Jahr 2011 und 2012 achtmalige eitrige Bronchitis mit antibiotischer Behandlung mitgeteilt. Dagegen konnte Dr. Bo. überzeugend ausführen (Blatt 44/45 der Senatsakte = Seite 25/26 des Gutachtens; ebenso Blatt 49/50 der Senatsakte = Seite 30/31 des Gutachtens), dass die Hustenanfälle nicht durch die bronchiale Hyperreagibilität hinreichend organisch erklärt werden können. So sind auch schwere und mittelschwere Asthmaanfälle ärztlich weder dokumentiert noch objektiviert. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat die Gesundheitsstörung der Klägerin lediglich als Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion bei Hyperreagibilität mit seltenen, saisonalen und/oder leichten Anfällen feststellen und zu Gunsten der Klägerin - über die Bewertung von Dr. Bo. hinaus – mit einem Einzel-GdB von 20 bewerten. Da keine wesentliche, dauernde Einschränkung der Lungenfunktion besteht, ist der Einzel-GdB auch nicht weiter zu erhöhen. Soweit Dr. Bo. psychische Ursachen für die Hustenanfälle der Klägerin annimmt, so sind diese allenfalls bei der Bewertung des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche zu berücksichtigen.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche hat der Beklagte einen Einzel-GdB von 20 berücksichtigt. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 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) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten. Vorliegend hat der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. Pr. , der die Klägerin seit 2011 nur 19.12.2012 zur neurologischen Abklärung rezidivierender Stürze gesehen hat, in psychiatrischer Hinsicht keine Diagnose und keine Behandlung mitgeteilt (vgl. dessen Auskunft gegenüber dem SG). Auch Dr. Ku. hat gegenüber dem SG keine auf eine psychiatrische Erkrankung, Schmerzerkrankung oder eine psychosomatische Erkrankung hinweisenden Befunde oder Behandlungen mitgeteilt, solche ergeben auch nicht aus den Gutachten von Prof. Dr. St. , Dr. Ra. , Dr. S. und Dr. Bo ... Dagegen hatte Dr. Pr. psychiatrische Behandlungen am 06.05.2011, 09.06.2011 und 21.07.2011 (Blatt 119 der Beklagtenakte) angegeben, wo er auch eine mittelschwere agitierte Depression angegeben hatte; spätere Behandlungen hat Dr. Pr. dagegen bis – einmalig aus neurologischen Zwecken – 2013 dagegen verneint. Soweit insoweit in der Klagebegründung auf eine Herabgestimmtheit, eine Beeinträchtigung der Hausarbeit (diese führt die Klägerin in dem von ihr vorgelegten Reha-Bericht, Blatt 19 der SG-Akte = Seite 2.2 des Berichts, auf ihre Kniebeschwerden zurück) und auf Ängste und Überforderungsgefühle – die aber im Zusammenhang mit der Beendigung der früheren beruflichen Tätigkeit ebenfalls abgeklungen sein dürften (zum Zusammenhang zwischen Ängsten und Überforderungsgefühl und dem psychiatrischen Befund vgl. Bericht Dr. Pr. vom 25.05.2011, Blatt 136 der Beklagtenakte) – abgestellt wird, haben über den 21.07.2011 hinaus keine therapeutischen Maßnahmen mehr stattgefunden. Aufgrund der fehlenden ärztlichen Behandlung kann nicht davon ausgegangen werden, dass das diagnostizierte seelische Leiden der Klägerin – abgesehen von einer akuten, den Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreitenden Situation im Jahr 2011 - über eine dauerhaft verbliebene leichtere psychische Störung hinausgegangen ist und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB Bewertungsgrundsätze darstellte (dazu vgl. Senatsurteil 17.12.2010 - L 8 SB 1549/10 - juris RdNr. 31). Ein entsprechender Leidensdruck der Klägerin, der bei einer stärker behindernden psychischen Störung zu erwarten wäre, findet sich nicht. Dass nicht von der Klägerin zu beeinflussende Faktoren, wie die Nichtgenehmigung der Behandlung seitens der Krankenkasse oder das Nichtabgelaufensein einer bestehenden Wartezeit, eine psychiatrische, psychologische Behandlung verhindert hätten, ist nicht ersichtlich. Damit konnte der Senat feststellen, dass die Bewertung des Teil-GdB mit 20 in diesem Funktionssystem nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig wäre. Denn auch ein wesentlicher sozialer Rückzug als Ausdruck einer wesentlich eingeschränkten Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit konnte der Senat nicht feststellen, so wird die Klägerin in dem von ihr selbst vorgelegten Reha-Bericht (Blatt 18 der SG-Akte = Seite 2.1 des Berichts) mit den Hobbies Wandern (ca. zwei Stunden/Woche) und Schwimmen (ca. eine Stunde/Woche) zitiert. Soweit Dr. Bo. psychische Ursachen für die Hustenanfälle der Klägerin annimmt, ist der GdB im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche nicht weiter zu erhöhen. Denn der Senat konnte auch durch die angegebenen Anfälle keine weitergehend zu bewertenden, dauerhaften funktionellen Beeinträchtigungen feststellen.

Soweit die rezidivierenden Stürze der Klägerin auf neurologische Ursachen, die ebenfalls in diesem Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu berücksichtigen wären, zurückgeführt wurden, konnte Dr. Pr. in seinem Bericht vom 07.01.2013 keine neurologischen Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen mitteilen. Ohne objektivierte Befunde kann aber vorliegend auch kein Teil-GdB für die Fallneigung der Klägerin angenommen werden, weshalb im Funktionssystem der Einzel-GdB von 20 nicht weiter zu erhöhen ist.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 – B 9 SB 2/13 R – SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Herzen-Kreislaufs (Bluthochdruck), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine (Knie), wobei sich Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend auswirken. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 20 und einem des Weiteren zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 10 auszugehen ist und auch kein Fall vorliegt, in dem ein Einzel-GdB von 10 ausnahmsweise zu berücksichtigen wäre, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX i.H.v. 40 feststellen. Dabei war auch zu berücksichtigen, dass nach Angaben des Dr. Ku. die funktionellen Beeinträchtigungen im Funktionssystem des Herz-Kreislaufs und die Funktionsbehinderungen der Atmung gegenseitige Auswirkungen haben. Auch hat Dr. Bo. die auch im Funktionssystem der Atmung mitberücksichtigten Hustenanfälle einer psychischen Ursache zugeschrieben, die aber auch im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche bewertet wurden. Auch bestehen bei der Klägerin insgesamt keine schwerwiegende Behinderungen, die mit einem Teil-GdB von 30 oder mehr zu bewerten sind. Nach den dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 jedoch vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des

Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. Urteil des Senats 24.01.2014 – L 8 SB 211/13, Juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de und Urteile vom 25.03.2011 - L 8 SB 4762/08 - und 05.03.2010 - L 8 SB 5038/08 -, m.w.N., unveröffentlicht) ist es daher grundsätzlich nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies bei der Klägerin zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen bei der Klägerin nicht vor. Unter Berücksichtigung dieser Umstände und einer Prüfung im Einzelfall ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei ihr insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG die Schwerbehinderteneigenschaft, mithin einen GdB von 50, vorsehen andererseits, nicht als einem Schwerbehinderten vergleichbar schwer funktionell beeinträchtigt anzusehen ist. Damit konnte der Senat lediglich einen Gesamt-GdB von 40 annehmen. Diese Bewertung musste der Senat für den aktuellen Zustand der Funktionsbehinderungen treffen, er besteht aber seit Antragstellung am 27.07.2011 durchgehend. Damit war auf die Berufung des Beklagten der Gerichtsbescheid des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-07-06