L 8 SB 3292/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 SB 2405/14
Datum
23.06.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 3292/16
Datum
16.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.06.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; mindestens 50 statt 40) seit 16.09.2013 zusteht.

Die 1962 geborene Klägerin, italienische Staatsangehörige, ist verheiratet und hat zwei Kinder (Blatt 116 der SG-Akte). Sie bezieht seit 01.01.2014 eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Mit Bescheid vom 21.01.2010 (Blatt 45/46 der Beklagtenakte) stellte das Landratsamt L. (LRA) bei der Klägerin den GdB mit 30 seit 15.07.2009 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen laut versorgungsärztlicher Stellungnahme des Dr. W. vom 14.01.2010 (Blatt 43/44 der Beklagtenakte): Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, operierter Bandscheibenschaden (GdB 30); Knorpelschaden am rechten Kniegelenk (GdB 10)).

Am 16.09.2013 beantragte die Klägerin beim LRA erneut die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 85/86 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag verwies sie auf eine Versteifung der HWS von C4 bis C7 und legte Berichte des Dr. Kl. vom 14.12.2012, des Dr. K. (Klinik M.) vom 15.03.2012 und 28.06.2013, des Dr. M. vom 19.04.2013 und des Dr. S. (Klinik M.) vom 21.08.2013, letzterer über eine ventrale Fusion C4 bis C7 am 13.08.2013 (Blatt 87/95 der Beklagtenakte).

Das LRA zog medizinische Befunde und ärztliche Unterlagen der Klinik M. (dazu vgl. Blatt 101/102 der Beklagtenakte) sowie den Entlassbericht der zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung in der Reha-Klinik Ü. , I. , in der Zeit vom 14.01.2014 bis 04.02.2014 durchgeführten stationären Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation vom 18.03.2014 (dazu vgl. Blatt 106/116 der Beklagtenakte) bei. Der Versorgungsarzt D. schätzte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 09.04.2014 (Blatt 118 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, operierter Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung, Versteifung von Wirbelsäulen-Abschnitten, Chronisches Schmerzsyndrom (GdB 40); Knorpelschaden am rechten Kniegelenk (GdB 10)), woraufhin das LRA mit Bescheid vom 15.04.2014 (Blatt 119/120 der Beklagtenakte) den GdB seit 16.09.2013 mit 40 feststellte.

Mit ihrem Widerspruch vom 07.05.2014 (Blatt 123 = 125 der Beklagtenakte) machte die Klägerin unter Vorlage des Rentenbescheids (Blatt 124 = 126/130 der Beklagtenakte) geltend, die Deutsche Rentenversicherung sei der Meinung, dass sie nicht in der Lage sei, zu arbeiten. Die HWS sei versteift und sie in ihrer Beweglichkeit absolut eingeschränkt; eigentlich müsste sie sich noch weiterer Operationen unterziehen. Der GdB sei mindestens mit 50 einzustufen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.06.2014 (Blatt 134/136 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 16.07.2014 beim Sozialgericht (SG) Heilbronn Klage erhoben, zu deren Begründung sie u.a. ausgeführt hat, sie leide massiv unter schwerwiegenden Degenerationen der Wirbelsäule. Betroffen sei insbesondere der HWS- und der LWS-Abschnitt. Sie

habe sich bisher insgesamt 4 Operationen, zuletzt einer Versteifungsoperation, unterziehen müssen und leide noch an starken Schmerzen. Die Beweglichkeit der HWS sei deutlich eingeschränkt. Es sei nicht mehr möglich, sich schmerzfrei zur rechten Seite zu bewegen. Die Schmerzen strahlten sowohl in den Kopfbereich als auch in die Arme, insbesondere den rechten Arm, aus. Sie verspüre mittlerweile ein pelziges Taubheitsgefühl im rechten Arm. Sie könne die oberen Extremitäten nicht belasten, keine Gewichte heben oder tragen. Auch die LWS sei stark betroffen. Längeres Stehen oder Gehen als maximal 30 Minuten sei nicht möglich. Es seien damit schwerwiegende degenerative Veränderungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten belegt. Hierfür sei ein GdB von 50 angemessen. Darüber hinaus sei die mediale Gonarthrose an beiden Kniegelenken zu berücksichtigen, die zu starken Schmerzen führten, insbesondere beim Sitzen und Gehen. Sie könne nur unter Schmerzen treppab gehen. Zusätzlich leide sich auch unter starken Schmerzen. Jeden Tag habe sie Kopfschmerzen, weswegen sie jeden Tag Schmerzmittel einnehmen müsse. Die Kopfschmerzen seien teilweise so stark, dass sie enormen Schwindel bekomme.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 20/21, 23/25 und 27/103 der SG-Akte) Bezug genommen. Die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. O. hat in ihrer Auskunft vom 06.10.2014 mitgeteilt, die Klägerin leide an Zervikobrachialgien bei Muskelverspannungen im Nacken-Schulter-Bereich. Sie sei in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Die Kopfschmerzen führten zu psychophysisch verminderter Belastbarkeit. Es komme zu nachlassendem Durchhaltevermögen, rascher Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen. Eine Besserung durch Schmerztherapie sei möglich. Der Schweregrad der Gesundheitsstörungen sei leicht bis mittel. Dr. Ma. , Oberärztin der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie der Klinik M. , hat in ihrer Auskunft vom 12.11.2014 ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen bei persistierender Lumboischialgie besonders links beschrieben. Die chronische Schmerzstörung enthalte somatische und psychische Faktoren. Die Klägerin beschreibe ziehende Schmerzen aus der linken Lendenwirbelsäulen-Region ins linke Bein und in den Fuß sowie Kribbelparästhesien am rechten Hinterkopf bzw. Nacken. Es bestehe ein mittlerer Schweregrad bei allen Störungen. Mit der Beurteilung des GdB von 40 stimme sie überein. Der Orthopäde Dr. St. hat in seiner Auskunft vom 14.12.2014 angegeben, die Klägerin leide vornehmlich an Beschwerden im Bereich des Nacken-Schulter-Gürtels und der Lendenwirbelsäule. Sie gebe auch ungeklärte Leistenschmerzen rechts, Vorderfußbeschwerden links und Kniegelenksbeschwerden rechts an. Die Beschwerden seitens des Nacken-Schulter-Gürtels und der Lendenwirbelsäule würden die Klägerin in der statomotorischen und Gehbelastbarkeit erheblich einschränken. Es handele sich um schwere funktionelle Beeinträchtigungen. Die Störungen hinsichtlich des linken Fußes und des linken Kniegelenkes sowie der rechten Leiste seien mittelschwer. In der Gesamtbeurteilung halte er einen GdB von mindestens 70 für angemessen.

Nachdem der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. G. vom 17.03.2015 (Blatt 109/110 der SG-Akte) vorgelegt hatte, hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin Prof. Dr. C ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 08.05.2015 (Blatt 114/130 der SG-Akte) eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit der HWS nach operativer Versteifung der unteren HWS zwischen dem 4. und 7. HW-Körper ohne neurologische Ausfallerscheinungen, eine Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit der LWS infolge erheblicher degenerativer Veränderungen bei linkskonvexer Lumbalskoliose und Zustand nach Operation von Bandscheibenvorfällen L3/L4 und L5/S1, degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenks mit Belastungsminderung ohne Bewegungseinschränkung, eine beginnende Veränderung des linken Kniegelenks mit Belastungsminderung ohne Bewegungseinschränkung und die Notwendigkeit des Tragens eines Oberschenkelkompressionsstrumpfes nach Krampfaderoperation beschrieben. Die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der HWS und der LWS hat er als schwer, diejenigen im Bereich der Knie als leicht beschrieben und mit einem Einzel-GdB von 40 bezüglich der Wirbelsäule bzw. 10 bezüglich der Knie bewertet. Den Gesamt-GdB hat er seit September 2014 mit 40 angegeben.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 29.06.2015 (Blatt 132/140 der SG-Akte) mitgeteilt, das Gutachten von Prof. Dr. C. sei nicht verwertbar. Der Gutachter habe angegeben, die Begutachtung sei um 15 Uhr beendet gewesen, tatsächlich sei sie erst gegen 16:15 Uhr beendet gewesen. Ebenso sei unzutreffend, dass sie sich nicht traue, längere Strecken mit dem Auto zu fahren. Dies sei aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht möglich. Die Schmerzen würden dann unerträglich. Soweit Prof. Dr. C. ein zügiges Gangbild beschrieben habe, müsse klargestellt werden, dass sie in der Lage sei, einige Schritte normal zu tun, jedoch nicht in der Lage sei, länger als 10 Minuten am Stück in normalem Tempo zurückzulegen. Eine tatsächliche Überprüfung der Gehstrecke sei beim Gutachter nicht erfolgt. Sie müsse speziell angepasste Schuhe tragen. Es werde auch bestritten, dass die Seitneigung und die Drehung der LWS nicht eingeschränkt sei, vielmehr sei sie hier sehr eingeschränkt. So sei der "EinMANNstand" nicht gelungen, bei dem sie sich mehrfach habe abstützen müssen. Darüber hinaus werde die herabgesetzte Gefühlsempfindlichkeit am linken Bein lediglich auf den Stützstrumpf zurückgeführt, tatsächlich sei dies jedoch auf die Beschädigung der Nerven zurückzuführen, was Dr. K. bestätige. Auch sei im Gutachten die deutliche Kraftminderung in den Armen und Händen nicht beschrieben, die seit der Operation bestehe. Es sei ihr nicht mehr möglich, die Arme in die Höhe zu erheben; hierbei habe sie massive Schmerzen. Sie habe, was im Gutachten nicht erwähnt sei, ständig ein pelziges Gefühl im rechten Arm. Auch sei die Rente bis zum 30.06.2018 verlängert worden. Zudem hat die Klägerin - den Bericht des Dr. K. vom 03.02.2015 (Blatt 134 der SG-Akte), - den Rentenbescheid vom 19.05.2015 (Blatt 135/137 der SG-Akte) - die Operationsberichte vom 03.06.2015 wegen einer IM-Subtotalresektion, Entfernung tibialer Osteophyten rechts und Synovektomie rechts (Blatt 138/140 der SG-Akte, Blatt 148/150 der SG-Akte, Blatt 158 der SG-Akte), - den Bericht des Radiologen Dr. B. vom 30.11.2015 (Blatt 145 der SG-Akte) über ein MRT der Sprunggelenke Mittelfuß-Region, - den Bericht des Dr. K. vom 02.11.2015 (Blatt 146/147 der SG-Akte), - den Bericht des Dr. K. vom 24.02.2016 (Blatt 152/153 der SG-Akte), - den Bericht des Orthopäden Dr. St. vom 04.04.2016 (Blatt 154 der SG-Akte), - den Bericht des Radiologen Dr. B. vom 30.11.2015 (Blatt 155 der SG-Akte), - den Bericht des Dr. K. vom 02.11.2015 (Blatt 156/157 der SG-Akte) vorgelegt.

Das SG hat mit Urteil vom 23.06.2016 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mindestens 50. Der Gesamt-GdB sei mit 40 zutreffend angesetzt. Die Funktionsbehinderung im Bereich der Wirbelsäule seien mit einem GdB von 40 zu bewerten, was Prof. Dr. C. bestätigt habe. Die Behinderungen im Funktionssystem Beine seien im Bereich des rechten Kniegelenkes nur geringfügig ausgeprägt und mit einem GdB von 10 zu bewerten. Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Beines bedingten für sich genommen keinen messbaren GdB.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 03.08.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 01.09.2016 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Zwar stelle das Urteil des SG Heilbronn dar, dass sie hauptsächlich an Beschwerden der Wirbelsäule leide. Dies sei jedoch nicht zutreffend. Sie leide nicht nur unter massiven schwerwiegenden Degenerationen der Wirbelsäule in mindestens zwei Abschnitten, sondern auch unter extremen Schmerzen. Sie leide unstreitig an einer chronischen Schmerzstörung, was auch Dr. Ma.

gegenüber dem SG bestätigt habe. Sie leide jeden Tag unter starken Schmerzen. Insoweit beschreibe sie ziehende Schmerzen aus der linken LWS Region bis in das linke Bein und den Fuß ausstrahlend, ebenso wie starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Armes. In diesem Zusammenhang werde auch auf Ziffer 18.1 VG hingewiesen, wo es heiße, dass außergewöhnliche Schmerzen gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen seien. Schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Gelenke könnten schwerwiegender als eine Versteifung sein. Genau dieses Schmerzbild liege bei ihr vor. Sie sei durch ihre außergewöhnlichen Schmerzen in ihren Bewegungen stark eingeschränkt. Die Schwere der chronischen Schmerzstörung sei als mittelgradig beschrieben. Der behandelnde Arzt Dr. St. habe mit Bericht vom 04.04.2016 festgestellt, dass zwischenzeitlich eine Schwindelproblematik bestehe. Die Beweglichkeit im Bereich der HWS und der BWS sei zwischenzeitlich ebenfalls massiv eingeschränkt. Bei der Klägerin seien daher zwischenzeitlich drei Wirbelsäulenabschnitte betroffen. Die HWS sei im Rahmen einer Operation versteift. Sie habe trotz dieser Versteifung weiterhin jeden Tag starke Schmerzen, die sich bis in die Fingerspitzen zögen. Sie sei nicht in der Lage, ihre Arme höher als Schulterhöhe zu heben. Sie bekomme dann so starke Schmerzen, dass sie die Arme sofort wieder senken müsse. Die Schmerzstörung sei bisher vollkommen außer Acht gelassen worden. Sie rüge diesbezüglich ausdrücklich die Amtsermittlungspflicht des Beklagten und des SG. Darüber hinaus habe selbst der Gutachter Prof. Dr. C. festgestellt, dass nicht lediglich das rechte Knie durch eine Gonarthrose beeinträchtigt sei, auch im Bereich des linken Knies bestehe zwischenzeitlich eine Gonarthrose, so dass die Beweglichkeit und die Belastungsfähigkeit beider Kniegelenke deutlich herabgesetzt sei und zwar mindestens im mittleren Maße so schmerzhaft eingeschränkt, dass auch hierfür ein GdB von 20 bis 40 anzusetzen sei. Die Klägerin hat den Bericht des Orthopäden Dr. St. vom 04.04.2016 (Blatt 18 der Senatsakte) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.06.2016 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 15.04.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 18.06.2014 zu verpflichten, bei ihr seit 16.09.2013 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Der vorgelegte Bericht des Dr. St. vom 04.04.2016 sei bereits im Rahmen des Klageverfahrens vorgelegt und bei der angefochtenen Entscheidung berücksichtigt worden. An der Brustwirbelsäule seien noch keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen beschrieben. Von einem Wirbelsäulenleiden mit besonders schweren Auswirkungen, das einen GdB von 50 bis 70 rechtfertigen könne, könne bei der Klägerin noch nicht ausgegangen werden. Auch liege ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom nicht vor, da eine schmerztherapeutische Behandlung bisher noch nicht stattgefunden habe. Die mit einer Behinderung üblicherweise einhergehenden Schmerzen seien in der jeweiligen Bewertung bereits enthalten. Zwar habe Prof. Dr. C. auch am linken Kniegelenk beginnende degenerative Veränderungen mit Belastungsminderung festgestellt, allerdings hätten an beiden Kniegelenken keine Bewegungseinschränkungen und keine anhaltenden Reizerscheinungen bestanden. Selbst wenn man auch das linke Kniegelenk in die Tenorierung mit aufnehmen würde, resultiere auch für beide Kniegelenke kein höherer GdB als 10.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 21, 22 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 Klägerin, über die der Senat mit Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG), ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig aber unbegründet.

Der angefochtene Bescheid des LRA vom Bescheid vom 15.04.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 18.06.2014 hat den GdB nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig festgestellt. Die Klägerin wird durch die angefochtenen Entscheidungen der Versorgungsverwaltung und des SG nicht in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf (Neu-)Feststellung eines höheren GdB als 40.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50 ff.). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Einzel- oder Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss damit 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 Anhalts-punkte (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 an-schließend 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. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. 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. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft – gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB – 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 – oder anderer Werte - fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 – B 9 SB 2/13 R – SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen – bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 – L 8 SB 5215/13 – juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist – wie dargestellt – anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nämlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau und unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 40 anzunehmen. Nach 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 Wirbelsäulen-abschnitten 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 von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil 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.

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem anhand des Gutachtens von Prof. Dr. C. feststellen, dass an der HWS und der LWS Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen vorliegen. Die zwischen dem vierten und siebten Halswirbelkörper durchgeführte Versteifungsoperation führt zu erheblichen Einschränkungen in der Beweglichkeit und in der Belastbarkeit der HWS. Diese sind – auch wenn neurologische Ausfallerscheinungen nicht dokumentiert sind – mit dem Versorgungsarzt Dr. G. und dem Gutachter Prof. Dr. C. als schwer anzusehen.

Die Funktionsbehinderungen der Lendenwirbelsäule, die durch deutliche Verspannungen der paravertebralen Muskulatur und eine eingeschränkte Beweglichkeit, insbesondere hinsichtlich des Vor- und Rückneigens, geprägt sind, sind ebenfalls als schwer anzusehen. Dies gilt obwohl auch insoweit neurologische Ausfallerscheinungen nicht festgestellt werden konnten und Prof. Dr. C. zwar Divergenzen bei der Messung des Finger-Boden-Abstandes in unterschiedlichen Positionen mitteilen konnte. Doch konnte Prof. Dr. C. darlegen, dass die degenerative linkskonvexe Skoliose mit einem hieraus resultierenden Winkel von 23o, entsprechend asymmetrischen Einengungen der Bandscheibenfächer L2/L3 und L3/L4 sowie degenerativen Veränderungen in diesen Segmenten mit Bandscheibenprotrusionen im Segment L3/L4 und L5/S1 zu schweren funktionellen Auswirkungen führt.

Dagegen konnte der Senat im Bereich der BWS keine schweren funktionellen Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden feststellen. So war bei der Untersuchung durch den Gutachter Prof. Dr. C. die paravertebrale Muskulatur gut entwickelt. Es bestanden lediglich diskrete Verspannungen, jedoch kein Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der BWS. Das Zeichen nach Ott und Schober war mit 30/31 cm, und 10/12 cm lediglich gering eingeschränkt. Insoweit konnte der Senat eine schwere funktionelle Auswirkung nicht feststellen. Aber selbst wenn eine solche anzunehmen wäre, ergäbe sich nach B Nr. 18.9 VG kein höherer Einzel-GdB als 40. Denn die VG sehen nach der Rechtsprechung des Senats (s.o.) einen GdB von 40 gerade dann vor, wenn schwere funktionelle Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten bestehen, sodass auch bei schweren funktionellen Auswirkungen in drei Wirbelsäulenabschnitten der GdB von 40 zuzuerkennen ist.

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 gerechtfertigt. Solche konnte der Senat aber nicht feststellen. Denn eine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule als vom Verordnungsgeber beschriebenes Anwendungsbeispiel eines GdB von 50 bis 70 ist im Hinblick auf die weiteren Anwendungsbeispiele zu verstehen. Dort wird aber gerade eine Ruhigstellung in drei Wirbelsäulenabschnitten gefordert. Daran orientiert kann die Versteifung der Wirbel C4 bis C7 bei Skoliose von 23o im Bereich der LWS, die mithin nur mäßig ausgeprägt ist, nicht mit besonders schweren Funktionsauswirkungen gleichwertig angesehen werden. Liegt mithin weder eine Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, noch eine Ruhigstellung dreier Wirbelsäulenabschnitte und auch keine schwere Skoliose vor, ist der GdB-Rahmen von 50 bis 70 vorliegend nicht eröffnet.

Soweit die Klägerin insoweit angibt, Pelzigkeits- und Taubheitsgefühle sowie Kribbelparästhesien in den Armen bzw. Händen und den Beinen, seien entgegen dem Gutachten auf die Schäden der Wirbelsäule zurückzuführen, führt auch dies nicht zu einem höheren Einzel-GdB. Denn die Klägerin ist in dem für sie anzuwendenden GdB-Rahmen bereits an der Obergrenze bewertet. Die auch bei Dr. Ma. (vgl. Bericht vom 28.05.2014, Blatt 43/45 der SG-Akte) angegebenen, jedoch beim Gutachter Prof. Dr. C. nicht gefundenen neurologischen Ausfälle als wahr unterstellt, heben diese die bei der Klägerin vorhandenen schweren Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden nicht in den Bereich der schwersten Auswirkungen. Denn auch unter Berücksichtigung der angeblichen, auch von Dr. K. lediglich anamnestisch mitgeteilten, im Befund jedoch nicht bestätigten ("keine objektivierbaren Paresen", "bei der Überprüfung der Sensibilität wurden keine Störungen angegeben", vgl. Bericht vom 03.02.2015, Blatt 134 der SG-Akte) Gefühlsstörungen sind die funktionellen Auswirkungen einer Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, einer Ruhigstellung dreier Wirbelsäulenabschnitte und auch nicht einer schweren Skoliose vergleichbar und damit niedriger zu bewerten. Auch soweit nach B Nr. 18.9 VG anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - zusätzlich zu berücksichtigen sind, führt dies nicht zu einer weiteren Erhöhung des GdB. Denn die noch im Juni 2013 beschriebene hochgradige Spinalkanaleinengung C4 bis C7 (vgl. Bericht vom 28.06.2013, Blatt 64/65 der SG-Akte) konnte nach der Versteifungsoperation im August 2013 nicht mehr beschrieben werden. Damit liegt eine Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen oder auch eine intermittierende Störung bei der Spinalkanalstenose nicht vor, sodass eine weitere Erhöhung des Einzel-GdB nicht in Betracht kommt. Gleiches gilt auch, wenn man die Kopfschmerzen, die Dr. O. angegeben hatte, als Folge der HWS-Erkrankungen versteht.

Soweit die Klägerin auf schwerste, außergewöhnliche Schmerzen verweist, die nach B Nr. 18.1 VG ggf. zusätzlich zu berücksichtigen sind, weil schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke schwerwiegender als eine Versteifung sein können, so hat die Klägerin bzw. deren Rechtsvertreter die gesetzlichen Normen zutreffend dargelegt. Jedoch lassen sich bei der Klägerin keine solchen außergewöhnlichen Schmerzen objektivieren. Denn die Klägerin nimmt weder eine regelmäßig spezielle Schmerztherapie in Anspruch noch eine psychiatrische Behandlung. Das bloße regelmäßige Einnehmen von Schmerzmedikamenten lässt allenfalls auf die regelmäßig mit den Gesundheitsstörungen der Klägerin einhergehenden, wenn auch starken Schmerzen, schließen, nicht jedoch auf "außergewöhnliche" Schmerzen. Insoweit werden Schmerzen nicht nur durch ihre Intensität zu außergewöhnlichen Schmerzen, vielmehr bestimmt sich der Begriff der außergewöhnlichen Schmerzen auch nach dem Krankheitsbild; gehören zum Krankheitsbild gewöhnlich starke Schmerzen – wie bei der Klägerin – kann alleine die Stärke der Schmerzen nicht grundsätzlich deren Außergewöhnlichkeit begründen. Andere Umstände hat weder die Klägerin vorgetragen, noch konnte der Senat solche feststellen. So hat auch die Neurologin Dr. O. keine besonderen oder außergewöhnlichen Schmerzen mitteilen können, vielmehr lediglich wiederkehrende Kopfschmerzen. Soweit Dr. Ma. ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gebershagen gemischt mit einem nozizeptiv-neuropathischen Schmerzgeschehen beschrieben hat, das Dr. St. in seinem Bericht vom 04.04.2016 (Blatt 18 der Senatsakte) der BWS zugewiesen hat, hat sie keine umfassende Beeinträchtigung funktioneller Art durch diese Erkrankung, beschreiben können. Sie hat vielmehr mitgeteilt, dass sich die Klägerin nach Belastungen durch Hausarbeit und Spazierengehen hinlegt bzw. hinsetzt. Das ist aber bereits bei den mit der Erkrankung der Klägerin einhergehenden "gewöhnlichen" Schmerzen mit erfasst, was auch Dr. Ma. bestätigt, als sie den GdB auch unter Berücksichtigung des von ihr angegebenen Schmerzgeschehens auf 40 geschätzt hat.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat im Funktionssystem des Rumpfes den GdB nur mit 40 feststellen. Soweit Dr. St. den GdB höher geschätzt hat, hat er die rechtlichen Vorgaben der VG (dazu s.o.) missachtet, weshalb der Senat ihm nicht folgen konnte.

Im Funktionssystem der Beine hat der Senat die Gesundheitsstörungen beider Knie und den Fersensporn berücksichtigt und mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Soweit die Klägerin sinngemäß vorgetragen hat, die Kniebeschwerden seien im Verhältnis zu den Beschwerden der Wirbelsäule nicht geringer zu bewerten, so folgt ihr der Senat nicht. Denn auch Dr. St. hat gegenüber dem SG mitgeteilt, (Blatt 33 der SG-Akte), dass "die Beurteilung der Knorpelschäden am rechten Kniegelenk [ ] im Vergleich zu den vorgenannten Problemen natürlich als sekundär zu betrachten " seien. Auch er selbst hat hier lediglich einen GdB von 10 bis 20 vorgeschlagen, was deutlich macht, dass keine der Wirbelsäulenerkrankung vergleichbare Schwere vorliegt.

Unter Berücksichtigung der Vorgaben der VG, dort B Nr. 18.14, ist maßgeblich, ob eine Versteifung eines oder beider Kniegelenke, eine Lockerung des Kniebandapparates, ein Kniescheibenbruch, eine habituelle Kniescheibenverrenkung, eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk oder ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke bestehen. Der Senat konnte auf Grundlage der vorliegenden medizinischen Befunde feststellen, dass eine Versteifung eines oder beider Kniegelenke, eine Lockerung des Kniebandapparates, ein Kniescheibenbruch und eine habituelle Kniescheibenverrenkung weder am rechten noch am linken Knie der Klägerin vorliegt. Auch eine GdB-relevante Bewegungseinschränkung (ab 0-0-90o) konnte der Senat auf Grundlage des Gutachtens von Prof. Dr. C. , der beidseitig Kniegelenksbeweglichkeiten von 0-0-130o dokumentiert hatte, nicht feststellen; den Berichten der behandelnden Ärzte konnte solches ebenfalls nicht entnommen werden.

Soweit sich den vorliegenden Berichten Knorpelschäden entnehmen lassen (so z.B. den Operationsberichten vom 03.06.2015), werden diese auch durch das Gutachten des Prof. Dr. C. bestätigt, der für das linke Knie beginnende und das rechte Kniegelenk deutliche Verschleißerscheinungen beschrieben hat (Blatt 128 der SG-Akte = Seite 15 des Gutachtens). Dem entspricht auch die Beschreibung des Knorpelschadens rechts im Operationsbericht mit erst- bis zweitgradigem bzw. zweit- bis drittgradigem Ausmaß (vgl. Blatt 148/149 der SG-Akte). Da jedoch das Stadium einer drittgradigen Ausprägung an keinem der beiden Knie erreicht ist, das linke Knie aber erst beginnende Knorpelschäden aufweist, anhaltende Reizerscheinungen nicht dokumentiert sind und Bewegungseinschränkungen beidseits nicht vorliegen, konnte der Senat insoweit lediglich am rechten Kniegelenk im Hinblick auf die Schmerzen einen Teil-GdB von 10 annehmen, am linken Knie

aber einen Teil-GdB von 10 nicht als erreicht ansehen. Soweit Dr. St. den GdB für die Knie mit 10 bis 20 ansetzt, folgt ihm der Senat nicht, denn seinen Befunden lassen sich keine weitergehenden Befunde entnehmen, insbesondere nicht drittgradig ausgeprägte Knorpelschäden, anhaltende Reizerscheinungen oder GdB-relevante Bewegungseinschränkungen.

Dazu passt auch, dass der Gutachter Prof. Dr. C. die Klägerin als in der Lage gesehen hatte, flüssig zu gehen. Auch wenn die Klägerin dies vehement bestreitet und auf nur wenige Schritte bzw. Minuten verstanden wissen will, so haben doch betreffend den vorliegend streitigen Zeitraum auch ihre behandelnden Ärzte das Gangbild als sicher und flüssig (vgl. Berichte vom 18.07.2014, 22.01.2014 der Klinik M. , Blatt 41, 50/51 der SG-Akte), als unauffällig (Berichte vom 15.10.2013, 10.10.2013 der Klinik M. , Blatt 54/55, 56/58 der SG-Akte), sicher (Bericht vom 21.08.2013, 28.06.2013 der Klinik M. , Blatt 61/63, 64/65 der SG-Akte) bzw. flüssig (Rehabericht vom 27.09.2012, Blatt 75 der SG-Akte = Seite 2.3 des Berichts) beschrieben.

Die operierten, kompressionsstrumpfpflichtigen Krampfadern sind ohne Ödeme, ulzeröse Hautveränderungen und ohne wesentliche Stauungsbeschwerden, solche sind weder dem Vorbringen der Klägerin und den Berichten der behandelnden Ärzte zu entnehmen noch dem Gutachten von Prof. Dr. C ... Diese sind daher mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Der von Dr. Ma. zunächst als Verdacht, später durch Dr. B. (Bericht vom 30.11.2015, Blatt 155 der SG-Akte) beschriebene Fersensporn erhöht den GdB nicht. Denn er ist nach B Nr. 18.14 als andere Fußdeformität, die auch vorliegend zwar schmerzhaft aber ohne wesentliche statische Auswirkung geblieben ist, allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten, sodass im Funktionssystem der Beine der Einzel-GdB auch unter Berücksichtigung der Überschneidungen und Wechselwirkungen mit den bereits mit 10 bewerteten funktionellen Beeinträchtigungen der Knie sowie denjenigen der Krampfadern insgesamt lediglich 10 beträgt. Die auch von Dr. St. als unklar bezeichneten Leistenbeschwerden erhöhen mangels Objektivierbarkeit den Einzel-GdB nicht.

Im Funktionssystem der Arme ist ein Einzel-GdB von allenfalls 10 anzunehmen. Soweit die Klägerin angegeben hat, ihre Arme nur noch bis zur Schulterhöhe heben zu können, hat Prof. Dr. C. in seinem Gutachten eine Vor-/Rückhebung von beidseits 100-0-60o und eine Abspreizung/Anspreizung von links 110-0-30o und rechts von 130-0-30o beschrieben, was nach B Nr. 18.13 VG mit einem GdB von jeweils 10 zu bewerten ist. Soweit die Klägerin in den Armen und Händen Kribbelgefühle, Taubheitsgefühle und eine Kraftminderung angibt, konnte Prof. Dr. C. dies nicht feststellen. In seinem Gutachten hat er vielmehr vermerkt, dass lediglich unter einem von der Klägerin getragenen Kinesiotape Gefühlsminderungen angegeben werden, ansonsten war die Gefühlsempfindlichkeit der Arme und Hände erhalten, die grobe Kraft der Hände war seitengleich. Auch Dr. K. hat sensomotorische Ausfälle an den oberen Extremitäten nicht finden können (Bericht vom 02.11.2015, Blatt 146/147 der SG-Akte), sodass der Senat auch hierfür einen Teil-GdB nicht annehmen konnte. Das von Dr. K. (vgl. z.B. Bericht vom 02.11.2015, Blatt 146/147 der SG-Akte) beschriebene Karpaltunnelsyndrom beidseits rechtsbetont, bei Brachialgiea parästhetica rechts bedingt ebenfalls keinen GdB. Denn es hat angeblich zwar zu Parästhesien geführt (vgl. Bericht Dr. K. vom 02.11.2015, Blatt 146/147 der SG-Akte), konnte aber bereits im Bericht vom 24.02.2016 (Blatt 152/153 der SG-Akte) auch ohne Operation oder sonstige Behandlung nicht mehr dargestellt werden. Vielmehr ist dort ausgeführt, die Brachialgie sei durch HWS-Infiltration besser geworden, was nicht für ein eigenständiges Krankheitsbild an den Händen spricht. Sind die geltend gemachten Beschwerden aber bereits nach ca. 4 Monaten wieder verschwunden, so erreicht die Gesundheitsstörung nicht den zeitlichen Umfang von 6 Monaten (§ 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX) und kann nicht mit einem GdB bewertet werden. Insgesamt konnte der Senat trotz paariger Betroffenheit der Schultern einen höheren GdB als 10 nicht annehmen. Insoweit sieht sich der Senat durch die behandelnden Ärzte bestätigt, die einen GdB für die Arme und Hände gar nicht angegeben und damit die funktionellen Beeinträchtigungen geringer angenommen haben als der Senat.

Soweit Dr. St. gegenüber dem SG ein Stadium nach juveniler rheumatoider Arthritis (vgl. Blatt 30 der SG-Akte) beschrieben hat, hat er einen abgelaufenen Krankheitszustand beschrieben, dessen vielleicht verbleibende funktionelle Auswirkungen – Dr. St. selbst hat insoweit keine Funktionsbehinderungen mitgeteilt - bereits mit den Bewertungen des GdB in den vorbeschriebenen Funktionssystemen erfasst und abgegolten sind. Auch der Hinweis auf eine insgesamt bestehende Polyarthralgie nach anamnestischem Status einer juvenilen rheumatoiden Polyarthritis (vgl. Bericht Dr. St. vom 04.04.2016, Blatt 18 der Senatsakte) macht lediglich die Schmerzhaftigkeit der Gesundheitsstörungen der Klägerin deutlich, nicht jedoch weitere funktionelle Einschränkungen, sodass die mit dem Hinweis auf die Polyarthralgie, die keiner der anderen Ärzte bestätigt hatte, angedeuteten übergreifenden Schmerzen bereits mit den jeweils festgestellten GdB abgegolten sind. Das bloße Vorhandensein von Schmerzen, ohne organische Ursache wird vom Senat dagegen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche bewertet.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ist allenfalls zugunsten der Klägerin ein GdB von 10 anzunehmen. Das beschriebene chronische Schmerzsyndrom Stadium III nach Gebershagen gemischt mit einem nozizeptiv-neuropathischen Schmerzgeschehen bzw. mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. Auskunft Dr. Ma. gegenüber dem SG), das Dr. St. in seinem Bericht vom 04.04.2016 der BWS zuweist, hat, auch wenn es funktionssystemübergreifend verstanden wird, nicht zu einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit geführt, die nach B Nr. 3.7 VG mit einem GdB von 30 bis 40 bewertet werden kann. Weder hat sich die Klägerin aus dem Leben und dem sozialen Umfeld wesentlich zurückgezogen, was der Senat aus ihren Angaben zum Tagesablauf bei Prof. Dr. C. entnimmt und dadurch bestätigt sieht, dass auch Dr. Ma. insoweit keine weitergehenden Rückzugstendenzen beschrieben hat, noch ist sie nicht mehr im Stande, den Alltag im Hinblick auf ihre Gesundheitsstörungen zu organisieren. Insoweit konnte der Senat keine umfassende Beeinträchtigung funktioneller Art durch diese Erkrankung erkennen. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Klägerin weder regelmäßig Schmerztherapie noch psychiatrische Behandlungen in Anspruch nimmt. Eine depressive Erkrankung konnte keiner der behandelnden Ärzte objektivieren. Insoweit konnte der Senat eine Herabgestimmtheit in Folge der Schmerzen und die mit der von Dr. St. angegebenen Polyarthralgie als Ausdruck und Folge der bestehenden Schmerzen erkennen und bewerten. Jedoch ist auch insoweit mit den Vorgaben von B Nr. 3.7 VG eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu verlangen, um den GdB-Bereich ab 30 zu erreichen. Auch die von Dr. St. und Dr. O. angegebenen Kopfschmerzen, die von Dr. O. als leicht bis mittel eingeschätzt werden, haben nicht zu weitergehenden funktionellen Beeinträchtigungen geführt, auch sind sie nicht als echte Migräne i.S. von B Nr. 2.3 VG zu verstehen. Insgesamt konnte der Senat keine wesentlichen funktionellen Auswirkungen einer chronischen Schmerzerkrankung bzw. einer depressiven Erkrankung oder der Kopfschmerzen feststellen. Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass bereits erhebliche Schmerzen im Funktionssystem des Rumpfes und der Beine berücksichtigt wurden, wesentliche, die aus den Gesundheitsstörungen am Rumpf und den Beinen übersteigende schmerzbedingte Funktionsbehinderungen nicht festgestellt werden konnten und unter Berücksichtigung der angegebenen Schwindelproblematik, konnte der Senat die Gesundheitsstörungen der Klägerin im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche allenfalls als leichtere psychovegetative oder psychische Störungen am unteren

Rand des Bewertungsrahmens mit einem GdB von 10 feststellen.

Die angegebene Adipositas allein bedingt keinen GdB (vgl. B Nr. 15.3 VG); Folge- und Begleitschäden, die nicht bereits in den zuvor beschriebenen Funktionssystemen berücksichtigt sind, konnte der Senat nicht feststellen, sodass auch insoweit kein weiterer Einzel-GdB festgestellt werden konnte.

Die beschriebene Hypothyreose ist gut behandelbar (vgl. B Nr. 15.6 VG), so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Solche haben weder die Klägerin noch die behandelnden Ärzte mitgeteilt, sodass der Senat diese auch nicht feststellen und einen weiteren Einzel-GdB auch nicht annehmen konnte.

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

Weitere Ermittlungen hält der Senat nicht für erforderlich. Der Senat konnte auf Grundlage der vorliegenden ärztlichen Befunde und Unterlagen sowie des vom SG eingeholten Gutachtens entscheiden. Diese haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlich-medizinischen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Weitergehende Beweisanträge wurden nicht gestellt und sind mit dem bedingungslos erklärten Einverständnis zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG überholt (vgl. BSG 31.05.2000 - B 2 U 142/00 B – juris). Soweit die Klägerin vortragen lässt, Prof. Dr. C. habe ein falsches Ende der Begutachtung angegeben habe, die Begutachtung habe tatsächlich länger gedauert, stellt dies keinen Grund dar, das Gutachten nicht zu verwerten. Denn der Senat hat das Gutachten auf seine inhaltliche Schlüssigkeit und Überzeugungskraft geprüft und konnte auch im Hinblick auf die Mitteilungen der behandelnden Ärzte keine Umstände erkenne, die gegen die Schlüssigkeit und Überzeugungskraft sprechen. Soweit die Klägerin mit den von ihr gegen das Gutachten von Prof. Dr. C. vorgebrachten Umständen aber über die bloße Darstellung des von ihr anders bewerteten Sachverhalts hinaus meint, der Gutachter sei nach § 118 Abs. 1 Satz 2 SGG i.V.m. § 406 Abs. 1 ZPO unverwertbar, weil ein gesetzlicher Ausschlussgrund oder die Besorgnis der Befangenheit bestehe, so hat sie selbst solche Gründe nicht dargelegt, auch konnte der Senat solche nicht erkennen.

Der so vorliegende medizinisch 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 oder 60 und höher 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 - 40 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Arme, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von einem zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 40 sowie Einzel-GdB von 10 auszugehen ist und kein Fall vorliegt, in dem ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirken, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX i.H.v. insgesamt mehr als 40 nicht feststellen.

Insgesamt ist der Senat auch unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei der Klägerin insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits sowie derjenigen Fälle, für die die VG einen GdB von 50 vorsehen, andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass die Funktionsbehinderungen der Klägerin nicht mit den in den VG für einen GdB von 50 bzw. 60 (z.B. Verlust eines Beines im Unterschenkel; Verlust der ganzen Hand; Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen; Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen mit schweren Störungen, z. B. schwere Zwangskrankheit, mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten) und mehr vorgesehenen Funktionsbehinderungen als vergleichbar schwer anzusehen sind. Damit hat sie keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40. Damit war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-06-24