

L 8 SB 4357/16

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

8
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 15 SB 4356/15
Datum

18.11.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4357/16
Datum

16.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.11.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die erstmalige Feststellung der Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Die 1972 geborene Klägerin beantragte am 29.01.2015 beim Landratsamt B. - Versorgungsamt - (LRA) die Feststellung des GdB ab Antragstellung. Sie machte eine Wirbelsäulenerkrankung mit Bewegungseinschränkungen auch im Hüftbereich links und Beinbereich rechts, degenerative Veränderungen im Schultergelenk rechts und in beiden Kniegelenken, eine Polyarthrit, einen Spreizfuß, Gehschwierigkeiten, eine chronische Magen- und Lungenerkrankung, zeitweise Kopfschmerzen, einen Tinnitus rechts mit Schwindel sowie eine seelische Störung (Depression, Konzentrationsfähigkeit, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, somatoforme Schmerzstörung) geltend.

Das LRA nahm medizinische Befundunterlagen zu den Akten (insbesondere Befundscheine N. MZV S. vom 09.02.2015, Diagnosen: Schwere depressive Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; Dr. F. vom 11.02.2015; Dr. St. vom 16.03.2015, Diagnosen: Rinopathia allergica, Asthma bronchiale, Gesichtsschmerzen rechts, Tinnitus beidseits, Verdacht auf Trigeminus-Neuralgie; Befundberichte der Ärztin R. vom 23.04.2013, Diagnosen insbesondere: Allergisches Asthma bronchiale; Dr. L. vom 21.11.2014; Attest Dr. F. vom 23.02.2015; Attest Dr. C. vom 02.04.2015 sowie radiologische Befundberichte). In der hierzu eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes des Beklagten vom 13.04.2015 schlug der Versorgungsarzt V. den GdB mit 40 vor. Mit Bescheid vom 14.04.2015 stellte das LRA bei der Klägerin den GdB mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 29.01.2015 fest.

Gegen den Bescheid vom 14.04.2015 legte die Klägerin am 24.04.2015 (durch ihren Prozessbevollmächtigten) Widerspruch ein, mit dem sie einen GdB von mindestens 50 geltend machte. Das LRA holte die Befundscheine des Dr. Fr. vom 06.05.2015 (Diagnosen: Zustand nach Siegelring-Carcinom Magen, Hallux valgi beidseits, Dorsolumbalgie bei BWK 8 Fraktur, Cervikodordalgie, Foraminaeinengung HWK 5/6 rechts und 6/7 links) sowie des Dr. Pa. vom 15.06.2015 mit Gastroskopiebericht vom 07.02.2014 und Bericht Dr. Ru. vom 11.02.2014 ein. In der weiteren gutachtlichen Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes vom 09.07.2015 schlug Dr. R. S. wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, mit Verformung verheiltem Wirbelbruch und Schulter-Arm-Syndrom (GdB 30), einer Depression, psychovegetativen Störungen, chronischem Schmerzsyndrom und Kopfschmerzsyndrom (GdB 20), einem Bronchialasthma (GdB 10), einer Gebrauchseinschränkung beider Beine (GdB 10), Ohrgeräuschen beidseitig und Schwindel (GdB 10) sowie einer chronischen Magenschleimhautentzündung (GdB 10) den GdB weiterhin mit 40 vor.

Mit Widerspruchsbescheid des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - vom 30.07.2015 wurde der Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 14.04.2015 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 10.08.2015 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie berief sich zur Begründung auf die im Verwaltungsverfahren geltend gemachten Erkrankungen. Auf orthopädischem Gebiet liege der GdB bei 40. Für die chronische Magen- und Lungenerkrankung betrage der GdB 10, für das zeitweise sehr starke Kopfschmerzsyndrom der GdB 20 bis 30 und für den Tinnitus rechts mit Schwindel der GdB 20. Die seelische Störung bewirkten eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sowie

soziale Anpassungsstörungen. Die Klägerin legte medizinische Unterlagen vor (ärztlicher Entlassungsbericht der Z. Stuttgart vom 22.09.2015) und benannte die sie behandelnden Ärzte.

Das SG hörte von der Klägerin benannte Ärzte - unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme der Dr. R. S. vom 09.07.2015 - schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Fr. teilte in seiner Aussage vom 16.09.2015 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Er teilte auf seinem Fachgebiet die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und objektivierbaren radiologischen sowie klinischen Befunden. Die Nervenärztin Dr. K. (N. MZV S.) teilte in ihrer Aussage vom 22.09.2015 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Sie teilte auf ihrem Fachgebiet hinsichtlich der Diagnosen die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes und setzte den GdB mit 40 an. Der HNO-Arzt Dr. St. teilte in seiner Aussage vom 16.11.2015 (unter Vorlage insbesondere eines Tonaudiogramms vom 10.04.2013 sowie weiterer medizinischer Unterlagen) den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mit. Er teilte auf seinem Fachgebiet die Ansicht des versorgungsärztlichen Dienstes und schätzte wegen Ohrgeräuschen ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen sowie Schwindel den GdB auf 10 ein.

Anschließend holte das SG auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) das psychiatrische Gutachten des Dr. A. vom 17.05.2016 ein. Dr. A. diagnostizierte bei der Klägerin eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Er schätzte für die psychische Störung den GdB mit 40 sowie bei Interferenzen mit den sonstigen Funktionsbeeinträchtigungen den Gesamt-GdB mit 50 seit Juni 2014 ein.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. H. vom 18.07.2016, der den Gesamt-GdB weiterhin mit 40 vorschlug, entgegen. Die Klägerin schloss sich dem Gutachten des Dr. A. an.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.11.2016 wies das SG die Klage ab. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sei mit einem GdB von 30 zu bewerten. Die psychischen Behinderungen seien mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der Bewertung des Dr. A. folge das Gericht nicht. Die Ohrgeräusche und der Schwindel seien mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Dies gelte auch für das Bronchialasthma, eine Gebrauchseinschränkung der Beine sowie die geltend gemachten Knie- und Hüftbeschwerden und die chronische Magenschleimhautentzündung. Ein höherer Gesamt-GdB als 40 ergebe sich aus der Gesamtschau der Beeinträchtigungen nicht.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 22.11.2016 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die von der Klägerin durch ihren Prozessbevollmächtigten am 24.11.2016 eingelegte Berufung. Die Klägerin hat zur Begründung im Wesentlichen ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und sich auf das Gutachten des Dr. A. , wonach der Gesamt-GdB auf 50 zu korrigieren sei, bezogen. Ergänzend hat sie vorgetragen, bei ihr sei von den Kreiskliniken E. bei einem akutstationären Aufenthalt ab 24.11.2016 eine rheumatische Erkrankung neu diagnostiziert worden.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 18.11.2016 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 14.04.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2015 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit der Antragstellung festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Hinsichtlich der erwähnten rheumatischen Erkrankung könnten sich neu zu bewertende medizinische Fakten ergeben. Hierzu wäre eine weitere Beweiserhebungen erforderlich.

Der Senat hat von den Kreiskliniken E. den Entlassungsbericht vom 25.11.2016 über eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 24.11.2016 bis 25.11.2016 beigezogen.

Der Beklagte ist unter Vorlage der Stellungnahme des Versorgungsarztes D. vom 03.02.2017 der Berufung weiter entgegengetreten.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 14.04.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2015 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung des GdB mit 50 (oder höher) ab dem 29.01.2015 (Tag der Antragstellung). Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 18.11.2016 ist nicht zu beanstanden.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt; eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 SGB IX](#)). Bis zum 31.12.2008 waren die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische

Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind (§ 70 Abs. 2 SGB IX in der ab 15.01.2015 gültigen Fassung). Bis zum 14.01.2015 galten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX (in der Fassung vom 20.06.2011) die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Hiervon hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die VersMedV erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "VG" zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden AHP getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - B 9 V 25/98 R -, SozR 3-3100 § 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere § 69 SGB IX - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - B 9 SB 3/08 R - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 RdNr. 19 und vom 23.4.2009, a.a.O., RdNr 30).

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e).

Die Feststellung des GdB erfolgt zum Zeitpunkt der Antragstellung; auf Antrag kann, wenn ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird, festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat (§ 69 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX).

Hiervon ausgehend ist der Senat nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen.

Entgegen der Ansicht der Klägerin sind auf orthopädischem Gebiet keine Behinderungen festzustellen, die einen GdB von 40 bei Antragstellung und seither rechtfertigen.

Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Dr. Fr. vom 16.09.2015 bestehen bei der Klägerin hinsichtlich der Wirbelsäule im cervikothorakalen Bereich Beschwerden unter Belastung sowie Schmerzen im thorakolumbalen Bereich. Dem entsprechen auch die im ärztlichen Entlassungsbericht der Z. S. vom 22.09.2015 beschriebenen Beschwerdeangaben der Klägerin wonach insbesondere Beschwerden und in den Kopf ziehende Schmerzen im Bereich des Nackens und Kopfschmerzen bestünden sowie brennende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und im Bereich der rechten Gesichtshälfte. Nach den VG Teil B 18.9 ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 10, 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 Teil-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 Teil-GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein Teil-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 (Urteil des erkennenden Senats vom 24.01.2014 - L 8 SB 2497/11 -, veröffentlicht in juris und im Internet sozialgerichtsbarkeit.de).

Schwere oder mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in wenigstens zwei Wirbelsäulenabschnitten lassen sich bei der Klägerin nicht feststellen. Zwar geht Dr. Fr. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 16.09.2015 davon aus, dass die Beschwerden auf orthopädisch/unfallchirurgischem Gebiet als mittelgradig einzustufen seien, dem sich das SG angeschlossen hat. Dr. Fr. teilte jedoch in seiner Aussage weiter mit, dass bei einer deutlichen Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren computertomografischen und kernspintomographischen Befunden die Beschwerden auf seinem (orthopädischem) Gebiet nicht fassbar sind, weshalb seine Aussage nicht auf funktionelle Auswirkungen von Schäden der Wirbelsäule der Klägerin bezogen werden kann. Bedeutsame Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule, die schwere oder mittelgradige funktionelle Auswirkungen belegen, beschreibt Dr. Fr. in seiner Aussage zudem nicht. Nach seiner Aussage an das SG war ihm vielmehr bei der Untersuchung der Wirbelsäule der Klägerin lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung aufgefallen. Das Vorliegen radikulärer Beschwerden oder Ausfälle hat Dr. Fr. verneint. Allein die von ihm beschriebenen mit Bild gebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) rechtfertigen nach den VG Teil B 18.1 noch nicht die Annahme eines GdB. Schwere bzw. mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden lassen sich damit aufgrund der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Fr. nicht feststellen. Vielmehr ist bei der Klägerin auch nach den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen eher von leichtgradigen funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden auszugehen. So wird im ärztlichen Entlassungsbericht der Z. S. vom 22.09.2015 die Beweglichkeit der Wirbelsäule der Klägerin als leichtgradig eingeschränkt beschrieben. Danach besteht eine aufrechte Haltung. Die Wirbelsäule ist im Lot. Es besteht keine wesentliche Seitverbiegung. Der Kinn-Jugulum-Abstand der Halswirbelsäule in Inklination/Reklination beträgt 2/14 cm, die Rotationsfähigkeit in der Spontanbewegung besteht bis 80° beidseits, die Rechts-/Linkslateroflexion 10-0-10°. Hinsichtlich der Brustwirbelsäule bestehen eine gering vermehrte Kyphosierung und eine leichte Schulterprotraktion. Die Rumpfrotation im Sitzen ist (mit

deutlichem Gegenspannen) bis 30-0-30° bei eingeschränkter Mobilität von BWS und Rippen thorax möglich. Hinsichtlich der Lendenwirbelsäule besteht eine lotrechte Stellung und eine physiologische Lordosierung sowie seitengleiche normotone paraspinale Muskelwulste. Die Lateroflexion wird bis 20° durchgeführt. Das Zeichen nach Schober beträgt 10/10/13 cm und der Finger-Boden-Abstand 30 cm. Dabei gibt die Klägerin bei der Funktionsuntersuchung hinsichtlich der Halswirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule (teilweise) Schmerzempfindungen an. Diese von der Z. beschriebenen Wirbelsäulenbefunde rechtfertigen noch nicht die Feststellung des Vorliegens von schweren oder mittelgradigen funktionellen Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt. Auch Dr. A. hat in seinem Gutachten vom 17.05.2016 neurologische Ausfälle (von der Wirbelsäule ausgehend) nicht beschrieben. Schwere oder mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden lassen sich auch nach den Aussagen der vom SG außerdem als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte sowie den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht feststellen. Nach den Befundberichten der radiologischen und nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis Dres. S. vom 13.05.2014 sowie des Dr. Schn. vom 17.12.2014 ist eine alte Wirbelkörperfraktur von TH 8 mit einer beginnenden/leichten Keilwirbelbildung verheilt. Soweit Dr. C. in seinem Attest vom 02.04.2015 von einer bestehenden Wurzelsymptomatik C6 rechts ausgeht, wird diese Annahme durch die schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Dr. Fr. an das SG sowie im Befundschein an das LRA vom 06.05.2015, in dem Dr. Fr. neurologische Ausfälle verneint, sowie die Befunderhebung durch Dr. A. und die Beschreibungen im ärztlichen Entlassungsbericht der Z. S. vom 22.09.2015, in dem Sensibilitätsstörung oder Nervendehnungszeichen verneint werden, nicht bestätigt. Auch sonst lassen sich dem Attest des Dr. C. keine Funktionsdaten entnehmen, die zumindest mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden belegen. Damit lässt sich die vom SG im angefochtenen Gerichtsbescheid bestätigte Bewertung des GdB mit 30 durch den Beklagten für das Wirbelsäulenleiden der Klägerin durch funktionelle Auswirkungen nicht rechtfertigen. Die Bewertung des GdB mit 30 kann allenfalls unter zusätzlicher Berücksichtigung von Schmerzen gerechtfertigt werden, wobei die Bewertung des GdB mit 30 für das Wirbelsäulenleiden der Klägerin auch unter dieser Annahme für den Senat großzügig erscheint.

Sonst sind bei der Klägerin, entgegen ihrer Ansicht, auf orthopädischem Gebiet keine Behinderungen festzustellen, die einen GdB von über 10 rechtfertigen. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Fr. an das SG bestehen bei der Klägerin hinsichtlich der Arme und der Beine lediglich endgradige Bewegungseinschränkungen ohne radikuläre Beschwerden oder Ausfälle der oberen und unteren Extremitäten. Eine deutliche Einschränkung der großen und kleinen Gelenke der Extremitäten der Klägerin war nicht zu verzeichnen. Eine Kniegelenkserkrankung der Klägerin ist Dr. Fr. nach seiner Aussage nicht bekannt und wird von ihm nicht behandelt. Entsprechendes gilt für von der Klägerin geltend gemachte Knie- oder Hüftbeschwerden. Dem entsprechen auch die im ärztlichen Entlassungsbericht der Z. S. vom 22.09.2015 beschriebenen Befunde der oberen und unteren Extremitäten der Klägerin. Danach besteht bei der Klägerin eine im Wesentlichen freie Beweglichkeit der Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenke ohne Bewegungsschmerz. Hinsichtlich der Fingergelenke bestand eine leichte Schwellung D3 rechts ohne Rötung oder Erwärmung bei nicht beeinträchtigter Beweglichkeit. Im Entlassungsbericht vom 22.09.2015 wird weiter eine freie Beweglichkeit der Hüft-, Knie- und Sprung- sowie Fuß- und Zehengelenke bei physiologischem Gangbild beschrieben. Eine Bandinstabilität besteht nicht. Meniskuszeichen und Patellaanpresszeichen werden jeweils als negativ beschrieben. Relevante Auffälligkeiten des Fußgewölbes oder wesentliche Deformitäten der Zehengelenke bestehen nach der Befundbeschreibung nicht. Bewegungseinschränkungen oder sonstige Beeinträchtigungen an den oberen und unteren Gliedmaßen, die nach den VG einen GdB von wenigstens 10 rechtfertigen, sind danach bei der Klägerin nicht festzustellen. Der vom Beklagten wegen einer Gebrauchseinschränkung der Beine beidseits angenommene Einzel-GdB von 10, den das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid bestätigt hat, erscheint eher großzügig.

Hinsichtlich der seelischen Störung der Klägerin erachtet der Senat, entgegen dem Beklagten und dem SG, einen Einzel-GdB von 30 für gerechtfertigt.

Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata 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.

Nach dem im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Gutachten des Dr. A. vom 17.05.2016 besteht bei der Klägerin (auf psychischem Fachgebiet) eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Eine von Dr. K. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenauskunft an das SG vom 22.09.2015 außerdem diagnostizierte schwere depressive Episode konnte Dr. A. in seinem Gutachten nicht bestätigen. Dr. A. hat bei der Untersuchung der Klägerin in der Untersuchungssituation ein affektives Zustandsbild finden können, das nach seiner Ansicht differenzialdiagnostisch einer leichten depressiven Krankheitsperiode zugeordnet werden könnte und einen vorwiegend reaktiven Charakter hat. Auf die diagnostische Einordnung der seelischen Störung der Klägerin kommt es vorliegend jedoch nicht entscheidend an, denn maßgeblich für die Bewertung des Einzel-GdB bleibt, in welchem Ausmaß die seelische Störung die Klägerin in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Nach dem von Dr. A. in seinem Gutachten beschriebenen Beschwerdebild sind bei der Klägerin die psychopathologischen Qualitäten hinsichtlich Affekt, Antriebsfähigkeit, formales Denken und konzentrierte Belastbarkeit beeinträchtigt. Es besteht eine mittelgradige Beeinträchtigung der sozialen Anpassungsfähigkeit mit sozialem Rückzug, Verlust an Interessen und Aktivitäten und zu den zwischenmenschlichen Kontakten. Andererseits ist die Klägerin nach dem von Dr. A. in seinem Gutachten auf der Grundlage der Angaben der Klägerin beschriebenen Tagesablauf noch in der Lage, diesen weitgehend strukturiert zu gestalten. So kümmert sich die Klägerin um den Sohn (Frühstück, schaut, dass dieser zur Schule geht, bereitet das Mittagessen zu, hilft bei den Hausaufgaben, hört zu, was der Sohn alles berichtet). Weiter kümmert sich die Klägerin um einen Hund (geht mit ihm ums Haus), macht jeden Nachmittag disziplinierte Entspannungsübungen, pflegt eigene Interessen (hört Entspannungsmusik und liest Kurzgeschichten) und unterhält sich mit dem Ehemann. Allerdings ist die Klägerin nach den im Gutachten beschriebenen Angaben in der Durchführung der täglichen Routine insbesondere hinsichtlich Ausdauer (schnell erschöpft) sowie durch die Tagesform und durch Konzentrationsschwierigkeiten beeinträchtigt. Nach der Beschreibung des psychologischen Befundes im Gutachten des Dr. A. wirkt die Klägerin distanziert, emotional wenig beteiligt bei Einschränkung der emotionalen Schwingungsfähigkeit. Körperliche Beschwerden werden fokussiert. Ein Zugang zu einem psychosomatischen Krankheitsmodell wird von der Klägerin abgewehrt. Der Affekt war etwas verflacht, der Antrieb etwas reduziert, was auch dem im Bericht der Kreiskliniken E. genannten Fatigue-Syndrom entspricht. Es fanden sich deutlich negative Denkeinstellungen auf fokussiert nicht bewältigbar erlebte schmerzhaftes Beschwerden mit erlebter Hilflosigkeit und Ohnmacht, wie auch Bewältigungsängste und Zukunftsängste. Demgegenüber war die Klägerin im Kontakt zugewandt und offen. Die Klägerin war

bewusstseinsklar, wach und voll orientiert. Relevante Beeinträchtigungen der Konzentration und Aufmerksamkeit zeigten sich in der Untersuchung nicht. Hinweise auf eine akute Suizidgefährdung haben sich nicht eruieren lassen. Dem entspricht im Wesentlichen auch die Befundbeschreibung von Dr. K. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 22.09.2015.

Danach vermag sich der Senat nicht der vom SG bestätigten Ansicht des Beklagten an anzuschließen, bei der Klägerin liege lediglich eine leichte seelische Störung ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten vor, die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sei. Die Befundbeschreibungen von Dr. A. im Gutachten sowie Dr. K. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage gehen über das Ausmaß einer lediglich leichten seelischen Störung ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten hinaus. Andererseits sind nach den Befundbeschreibungen schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, die nach den VG einen GdB von 50 bis 70 rechtfertigen, bei der Klägerin nicht festzustellen. Hiervon gehen auch übereinstimmend Dr. A. in seinem Gutachten, der eine mittelschwere psychische Störung mit mittelgradigen Beeinträchtigungen annimmt, und Dr. K. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage aus, die jeweils einen Einzel-GdB von 40 auf psychiatrischem Fachgebiet für angemessen erachten, was nach den VG stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit gleichkommt, denen der Senat insoweit folgt.

Der Ansicht von Dr. H. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.07.2016, der GdB sei mit 20 zu bewerten, vermag sich der Senat dagegen nicht anzuschließen. Seine Ansicht, es sei nicht erkennbar, dass krankheitsbedingte erhebliche Einschränkungen in der Durchführung tägliche Routine sowie eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe im familiären und sozialen Bereich vorlägen, weshalb eine leichtere psychische Störung ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehe, überzeugt den Senat nicht. Der Bewertung des Senats steht auch nicht entgegen, dass sich die Klägerin außer Behandlungsversuchen nicht in kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung befunden hat, worauf Dr. A. in seinem Gutachten hinweist, sondern sich lediglich am 05.02.2015 erstmals und am 19.03.2015 letztmals bei Dr. K. in Behandlung befunden hat, wie Dr. K. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 22.09.2015 mitgeteilt hat. Zwar kann nach der Rechtsprechung des Senats bei einer fehlenden ärztlichen Behandlung grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass ein seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt, weil sich ein entsprechender Leidensdruck, der bei einer stärker behindernden psychischen Störung zu erwarten wäre, nicht findet (dazu vgl. Senatsurteil vom 17.12.2010 [L 8 SB 1549/10](#), juris RdNr. 31). Diese Rechtsprechung kann jedoch im vorliegenden Einzelfall auf die Klägerin nicht übertragen werden. Nach den Ausführungen von Dr. A. im Gutachten lässt die nicht kontinuierliche psychiatrische Behandlung nicht auf einen fehlenden Leidensdruck der Klägerin schließen. Die nicht kontinuierliche Behandlung ist nach den nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Dr. A. vielmehr im Rahmen einer Krankheitsverarbeitungsstörung und der Abwehr psychosomatische Anteile zu bewerten. Zudem hat die Klägerin nach den von Dr. A. in seinem Gutachten beschriebenen Angaben die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung im Jahr 2015 angestrebt, was daran scheiterte, dass die Therapeutin nicht gewusst habe, wie sie ihr (der Klägerin) soll helfen können. Auch Dr. A. hat die Aussicht auf eine Besserung aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Chronifizierung als gering eingeschätzt.

Gegen die Ansichten von Dr. A. und Dr. S. erachtet der Senat es jedoch nicht für gerechtfertigt, den nach den VG vorgesehenen GdB-Bewertungsrahmen (GdB 30 bis 40) nach oben auszuschöpfen (GdB 40), wie die Klägerin meint. Gegen die Ausschöpfung des GdB-Bewertungsrahmen spricht, dass die Klägerin nach den vom Senat getroffenen Feststellungen, wenn auch mit Beeinträchtigungen, zur Durchführung der täglichen Routine ohne stärkere Einschränkungen der Teilhabe im familiären und sozialen Bereich in der Lage ist, weshalb insoweit zwar das Ausmaß einer leichteren psychischen Störung überschritten wird, jedoch im Ausmaß deutlich von einer schweren Störung entfernt ist. Entsprechendes gilt hinsichtlich des vom Senat festgestellten psychischen Befunds, der ebenfalls das Ausmaß einer schweren Störung deutlich unterschreitet. In den Einzel-GdB von 30 sind auch das chronische Kopfschmerzsyndrom sowie Schlafstörungen der Klägerin mit einbezogen. Ein Kopfschmerztagebuch, das Grundlage einer der Klägerin günstigeren Bewertung des GdB wegen der Kopfschmerzen sein könnte, hat die Klägerin nach den Angaben ihres Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung nicht geführt.

Entgegen der Ansicht der Klägerin kann auf HNO-ärztlichem Gebiet ein Einzel-GdB von 20 nicht festgestellt werden. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. St. vom 16.11.2015 sind auf seinem Fachgebiet die Gesundheitsstörungen der Klägerin als geringfügig einzustufen. Es besteht ein normales Hörvermögen beidseits. Das Ohrgeräusch wurde von der Klägerin nach seiner Aussage als Knistern angegeben und war audiologisch nicht bestimmbar. Eine nennenswerte psychische Begleiterscheinung durch den Tinnitus hat Dr. St. verneint und lässt sich im Übrigen auch nach den Beschwerdeschilderungen der Klägerin insbesondere im Gutachten des Dr. A. nicht feststellen. Dr. St. hat wegen der Ohrgeräusche beidseits und Schwindel den GdB mit 10 bewertet. Dieser Bewertung schließt sich der Senat an. Gesundheitsstörungen auf HNO-Fachgebiet, die nach den VG Teil B 5 einen Einzel-GdB von über 10 rechtfertigen, sind nach der Aussage des Dr. St. vom 16.11.2015 sowie nach den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht festzustellen. Eine Menière-Krankheit (Morbus Menière), die der Prozessbevollmächtigte in der mündlichen Verhandlung als in Betracht zu ziehend angesprochen hat, lässt sich nach den vorliegenden Unterlagen bei der Klägerin nicht feststellen. Insbesondere hat der HNO-Arzt Dr. St. eine solche Diagnose in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht gestellt und ist auch sonst nicht gesichert.

Eine rheumatische Erkrankung, wie die Klägerin im Berufungsverfahren als neu diagnostiziert geltend gemacht hat, kann nicht festgestellt werden. In dem hierzu vom Senat beigezogenen Entlassungsbericht der Kreiskliniken E. vom 25.11.2016 ist das Vorliegen einer rheumatischen Erkrankung bei der Klägerin nicht diagnostiziert worden. Dem Entlassungsbericht lassen sich vielmehr weitgehend unauffällige Befunde entnehmen, worauf der Versorgungsarzt D. in seiner Stellungnahme vom 03.02.2017 hinweist, die der Senat als sachverständiges Parteivorbringen verwertet und dem sich der Senat anschließt.

Dass bei der Klägerin weiter eine Lungenerkrankung vorliegt, die einen Einzel-GdB von über 10 rechtfertigt, kann nicht festgestellt werden. Nach dem zu den Akten des SG gelangten Befundbericht der Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde R. vom 23.04.2013 besteht bei der Klägerin eine normale Lungenfunktion. Eine bedeutsame Beeinträchtigung der Lungenfunktion oder durch ein Asthma bronchiale beschreibt die Fachärztin R. in ihrem Befundbericht nicht. Auch im ärztlichen Entlassungsbericht der Z. S. vom 22.09.2015 wird die Lunge der Klägerin perkutorisch und auskultatorisch ohne Befund beschrieben. Das Asthma bronchiale der Klägerin ist medikamentös behandelt. Dass bei der Klägerin ein Bronchialasthma besteht, dass nach den VG Teil B 8.5 einen Einzel-GdB von über 10 rechtfertigt, lässt sich nicht feststellen und wird im Übrigen auch von der Klägerin nicht substantiiert dargetan. Vielmehr entspricht die Bewertung des Einzel-GdB mit 10 ihrer eigenen Einschätzung. Entsprechendes gilt für eine von der Klägerin geltend gemachte Magenerkrankung. Nach dem vom LRA

eingeholten Bericht des Dr. Pa. leidet die Klägerin an einer Gastritis Typ A. Außer B12-Gaben ist nach der Angabe von Dr. Pa. die Gastritis ohne weitere Konsequenz, weshalb nach den VG Teil B 10.2.1 der GdB mit 0 bis 10 zu bewerten ist. Anhaltende Beschwerden durch die Gastritis, die einen höheren GdB rechtfertigen, sind nicht festzustellen und werden im Übrigen von der Klägerin auch nicht substantiiert dargelegt. Vielmehr geht die Klägerin auch insoweit davon aus, dass der GdB mit 10 zu bewerten ist.

Sonstige mit einem Einzel-GdB von mindestens 10 zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen sind nach den vom SG durchgeführten Ermittlungen sowie die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht festzustellen. Soweit sich die Klägerin (zur Begründung ihrer Berufung) auf degenerative Veränderungen beruft, sind diese nicht Gradmesser für den GdB. Maßgeblich sind vielmehr die daraus resultierenden Behinderungen (Funktionseinschränkungen). Entsprechendes gilt, soweit sich die Klägerin darauf beruft, wegen Schmerzen und Konzentrationsstörungen von einer kontinuierlichen Arbeit ausgeschlossen zu sein. Anhaltspunkte dafür, dass bei der Klägerin Gehschwierigkeiten bestünden, die ihren Gehradius auf 1000 Meter in 25 Minuten beschränkten, lassen sich den vom SG durchgeführten Ermittlungen sowie die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht entnehmen.

Damit ist bei der Klägerin in der Gesamtschau ein höherer GdB als 40 nicht gerechtfertigt. 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 scheidet 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 ein anderer Wert - fest vorgegeben ist ([BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris](#)). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit den vom Ordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen in Beziehung zu setzen sind - z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich 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 nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Zur Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus dem Einzel-GdB-Werte von 30 für die psychische Erkrankung. Das (vom Beklagten und SG) mit einem Einzel-GdB von 30 bewertete Wirbelsäulenleiden der Klägerin erhöht den Gesamt-GdB auf 40. Die Feststellung des Gesamt-GdB mit 50, und damit die Schwerbehinderteneigenschaft der Klägerin, die sie begehrt, ist nicht gerechtfertigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei den Einzel-GdB-Bewertungen des Wirbelsäulenleidens und der psychischen Erkrankung der Klägerin jeweils Schmerzen berücksichtigt sind, die im Rahmen der Bildung des Gesamt-GdB nicht doppelt berücksichtigt werden dürfen, d.h. nicht bei den organischen Funktionsbeeinträchtigungen und auf psychischem Fachgebiet bewertet werden können. Zudem überschneiden sich die durch Schmerzen hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen auch deutlich, wovon auch Dr. A. in seinem Gutachten ausgeht, weshalb ein Gesamt-GdB von mehr als 40 nicht gerechtfertigt ist. Die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewertenden sonstigen Erkrankungen der Klägerin erhöhen den Gesamt-GdB von 40 nicht. Es kommt damit vorliegend nicht entscheidungserheblich darauf an, ob der Ansicht des Beklagten zu folgen ist, dass bei der Bildung des Gesamt-GdB ein weiterer GdB von 30 grundsätzlich nur zu einer Erhöhung um 10 Punkte und nur im Ausnahmefall zu einer solchen um 20 Punkte führt bzw. dass aus zwei Einzel-GdB-Werten von 30 in der Regel noch kein Gesamt-GdB von 50 gebildet werden kann ([Verfügung des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - an die Landratsämter - Versorgungsämter - vom 25.07.2016, Az.: 101.2.7-4035.3/16](#)), der sich der Senat in dieser Pauschalität nicht anschließt.

Der abweichenden Bewertung des Gesamt-GdB durch Dr. A., der von einem Gesamt-GdB von 50 ausgeht, kann nicht gefolgt werden. Dr. A. legt seiner Bewertung maßgeblich zu Grunde, dass bei der Klägerin die psychische Gesundheitsstörung mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten sei. Diese Bewertung ist nach dem oben Ausgeführten überhöht, weshalb seine Bewertung des Gesamt-GdB mit 50 den Senat nicht überzeugt.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die vom SG sowie vom Senat durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermittelt dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO](#)). 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 Funktionsbeeinträchtigungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht

aufgezeigt.

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-27