

## L 8 SB 4922/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
8

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 SB 1678/13

Datum  
26.10.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 4922/15

Datum  
16.06.2017

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.10.2015 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; 50 statt 40) seit 11.10.2012 zusteht.

Bei der 1957 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt L. i.d. Pfalz/RhPf den GdB mit Bescheid vom 28.03.1996 mit 40 fest (Blatt 40/42 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderung: Osteoporose bei primärer Amenorrhoe (GdB 30); Gonadendysgenese mit primärer Amenorrhoe, psychovegetatives Syndrom (GdB 30); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 36, 38 der Beklagtenakte).

Am 11.10.2012 beantragte die Klägerin, die in Wörth am Rhein wohnt, beim Versorgungsamt L. i.d. Pfalz die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 45/46 der Beklagtenakte). Zu diesem Antrag verwies sie auf eine COPD Gold II, einen Bandscheibenvorfall LWK 4/5 und einen MRT-Befund und legte ärztliche Unterlagen vor (Blatt 47/53 der Beklagtenakte). Der Versorgungsarzt Dr. L. schätzte in seiner Stellungnahme vom 30.10.2012 (Blatt 56/57 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) GdB 20; Weibliche Geschlechtsorgane (Gonadendysgenese mit primärer Amenorrhoe, psychovegetatives Syndrom) GdB 30; Wirbelsäule (Osteoporose mit Wirbelsäulenbeschwerden, Bruch des 12. BWK) GdB 30).

Mit Bescheid vom 09.11.2012 (Blatt 58/60 der Beklagtenakte) lehnte der Beklagte durch das Amt für soziale Angelegenheiten Landau die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab.

Mit ihrem Widerspruch vom 19.11.2012 (Blatt 61 der Beklagtenakte) machte die Klägerin geltend, es seien Unterlagen des Städt. Klinikums K. (MRT-Befund, Bericht OA DR. Diemel) und die angeforderten Unterlagen von Dr. R.-S. nicht berücksichtigt worden. In einem Telefongespräch (Blatt 65 der Beklagtenakte) vom 07.12.2012 gab die Klägerin an, es gehe ihr im Wesentlichen um die richtige Bewertung der COPD und des Bandscheibenvorfalles.

Daraufhin wurde ein Befundbericht der behandelnden Hausärztin Dr. R.-S., Fachärztin für Innere Medizin, beigezogen (Blatt 66 RS der Beklagtenakte) und eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. eingeholt. Dieser schätzte den GdB (Blatt 68/69 der Beklagtenakte) weiterhin auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Nervensystem und Psyche (Gonadendysgenese mit primärer Amenorrhoe, psychovegetatives Syndrom) GdB 30; Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) GdB 20; Wirbelsäule (Osteoporose mit Wirbelsäulenbeschwerden, Bruch des 12. BWK) GdB 30).

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2013 wies der Beklagte durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung den Widerspruch der Klägerin zurück (Blatt 71/72 der Beklagtenakte).

Hiergegen hat die Klägerin, die im Städt. Klinikum K. arbeitet, 08.05.2013 beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben und ausgeführt, die Einzel-GdB seien nicht ausreichend bewertet und eine Schuppenflechte nicht berücksichtigt. Zumindest ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50.

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 29/31, 32, 33/56 und 57/67 der SG-Akte Bezug genommen.

Der Hautarzt und Allergologe Dr. J. hat dem SG am 26.09.2013 die Diagnose einer Lipatrophy der Unterschenkel, eines Lentigo, einer seborrhoischen Keratose und eines Sonnenbrandes/fototoxische Reaktion mitgeteilt. Er könne keine Behinderung erkennen. Prof. Dr. S., Direktor der Neurochirurgischen Klinik K. hat in seiner Antwort (Schreiben vom 27.09.2013) über in das linke Bein einschießende Schmerzen berichtet; neurologische Ausfallerscheinungen hätten nicht bestanden. Die Ärztin für Innere Medizin Dr. R.-S. hat mit Schreiben vom 17.10.2013 mitgeteilt, es bestehe eine Gonadendysgenese mit primär Amonorrhoe, die sie mit einem GdB von 30 bewertet hat, und ein COPD GOLD II, die sie mit einem GdB von 20 bewertet hat. Bezüglich der chronischen obstruktiven Lungenerkrankung sei eine Verschlechterung eingetreten, bei der Beurteilung der Wirbelsäule sei eine Berücksichtigung der Bandscheibenschäden der LWS nicht erfolgt. Der GdB sei angemessen mit 50 zu bemessen. Dr. Sebastian S., Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, hat dem SG am 21.10.2013 geschrieben, am 05.04.2013 sei ambulant eine Cervixdilatation, HSK und frakt. Abrasio durchgeführt worden. Am 15.04.2013 habe sich ein unauffälliger postoperativer Befund gezeigt. Eine am 17.10.2013 durchgeführte Kontrolle wegen starker klimatischer Beschwerden bei Hormonersatztherapie habe einen unauffälligen Befund ergeben. Eine GdB-Einschätzung sei ihr nicht möglich.

Auf Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat das SG beim Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. P. ein lungenfachärztliches Gutachten eingeholt. Dr. P. hat in seinem Gutachten vom 19.08.2014 (Blatt 85/113 der SG-Akte; Untersuchung am 11.08.2014) ein überempfindliches Bronchialsystem beschrieben, ein Asthma bronchiale, auch eine COPD könnten ausgeschlossen werden. Den GdB hat er insoweit mit 10 angesetzt und den Gesamt-GdB auf 40 geschätzt.

Nun hat das SG nach [§ 109 SGG](#) Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Orthopädie Dr. C ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 20.01.2015 (Blatt 133/146 der SG-Akte; Untersuchung am 19.01.2015) eine endgradige Funktionseinschränkung der HWS, eine myalgische Cervicobrachialgie rechts mit pseudoradikulären Ausstrahlungen, degenerative Veränderungen der LWS ohne sensomotorische Ausfälle an den oberen und unteren Extremitäten sowie ein folgenlos abgeheilte Impressionsfraktur des 12. BWK dargestellt. Eine Osteoporose liege nicht mehr vor. Die Wirbelsäulenveränderungen seien gering. Er schätzt den GdB insoweit auf 10.

Des Weiteren hat das SG auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten bei Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie u.a. Dr. R. eingeholt. Diese hat in ihrem Gutachten vom 07.07.2015 (Blatt 160/161 der SG-Akte) angegeben, es lägen auf kardiologischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen vor. Sie schließe sich der Einschätzung des Versorgungsarztes Dr. L. an, der einen Gesamt-GdB von 40 veranschlagt habe.

Mit Gerichtsbescheid vom 26.10.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 40.

Gegen den ihrer Bevollmächtigten am 27.10.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 27.11.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Mit der Berufung werde geltend gemacht, dass in orthopädischem Bereich weiterhin ein Einzel-GdB von 40 vorliege. Darüber hinaus werde geltend gemacht, dass ein COPD zweiten Grades vorliege, der mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten sei. Darüber hinaus werde geltend gemacht, dass sie unter Schuppenflechte leidet, die schubweise meistens am Kopf aber auch im Gesicht, am Rücken oder am Genitalbereich auftrete. Dies sei mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Dr. C. habe weder neue Röntgenaufnahmen noch neue MRT-Aufnahmen gefertigt. Sein Gutachten basiere ausschließlich auf den MRT-Aufnahmen vom 24.08.2012, die nach seiner Aussage eine schlechte Bildqualität hätten. Dieselbe Grundlage habe die Sachverständigenzeugenauskunft des Städtischen Klinikums K. vom 27.09.2013, welches der Beklagte mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet habe. Darüber hinaus habe der Sachverständige ohne irgendeine Messung durchzuführen, angegeben, die Osteoporose müsse nicht mehr genannt werden. Das SG hätte insoweit weitere Ermittlungen von Amts wegen durchführen müssen. Weder der orthopädische Sachverständige noch das Gericht könnten dies beurteilen. Der Sachverständige stelle pseudoradikuläre Ausstrahlungen fest und eine endgradige Funktionseinschränkung der HWS sowie degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Dies nur mit einem Einzel-GdB zu bewerten, entspreche nicht den versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Darüber hinaus habe sie angegeben, dass sie aufgrund der Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich trotz Einnahme eines Schmerzmittels nie schmerzfrei sei. Auch die Schmerzen in der Halswirbelsäule, die in die rechte Hand ausstrahlten, müssten mit Schmerzmitteln behandelt werden. Dem Gutachten von Dr. Pumpe könne ebenfalls nicht gefolgt werden. Im Städt. Klinikum sei eindeutig eine COPD zweiten Grades festgestellt worden. Eine COPD-Erkrankung sei fortschreitend und nicht heilbar. Dr. P. stelle auch die Beeinträchtigung fest, führe diese jedoch auf eine kardiologische Ursache zurück. In erster Instanz sei jedoch ein kardiologisches Gutachten eingeholt worden, welches dies nicht bestätige. Das Gutachten von Dr. P. sei zudem unzutreffend angefertigt. Sie befinde sich zur Behandlung der COPD in einer intensiven medikamentösen Therapie. Die Testung hätte ohne Medikament durchgeführt werden müssen. Darüber hinaus sei die Lipatrophy sowie die Schuppenflechte, die schubweise an verschiedenen Körperteilen auftreten, nicht berücksichtigt worden.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichtes Karlsruhe vom 26.10.2015 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 09.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2013 zu verurteilen, bei ihr ab Antragstellung den GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ein GdB von 30 sei im Hinblick auf die orthopädischen Beschwerden nicht mehr begründbar. Bei der Osteoporose handle es sich um keine GdB-relevante Beeinträchtigung mehr infolge der erfolgreich durchgeführten medikamentösen Osteoporose-Therapie. Im Bezug auf die COPD lasse sich anhand der objektiven Untersuchungsergebnisse nicht ableiten, dass es sich hierbei um eine eigenständige Beeinträchtigung handle, die einen GdB von wenigstens 10 bedinge. Die Lipatrophy und die Schuppenflechte seien unter Zugrundelegung des medizinischen Sachverhalts ebenfalls nicht als GdB-relevante Beeinträchtigungen anzusehen.

Die Klägerin hat mitgeteilt (Schreiben vom 21.04.2016, Blatt 22 der Senatsakte), dass sie sich wegen der Schuppenflechte zur Zeit nicht in Behandlung befinde. Hinsichtlich der Lipoatrophy bestehe nur die Möglichkeit einer kosmetischen oder diätischen Behandlung. Hinsichtlich

des COPD fänden regelmäßige Kontrollen beim Hausarzt Dr. M. statt.

Vom Senat als sachverständiger Zeuge schriftlich befragt hat Dr. M. mit Schreiben vom 19.05.2016 (Blatt 25/30 der Senatsakte) chronische Rückenschmerzen, oft Husten, Atemnot bei stärkerer Belastung angegeben und mitgeteilt, die Beschwerden seien unter Medikation deutlich besser. Es bestehe ein COPD I-II und chronische Wirbelsäulenbeschwerden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten auf orthopädischem, lungenfachärztlichem und nervenärztlichem Fachgebiet.

Der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 18.08.2016 (Blatt 34/60 der Senatsakte, Untersuchung am 09.08.2016) ein Lumbalsyndrom bei degenerativer Bandscheibenveränderung L4/5 und Arthrosen der Wirbelverbindungsgelenke L3 bis S1, eine ältere Unregelmäßigkeit der Deckplatte TH12, vom röntgenologischen Aspekt am ehesten Folgen eines alten Morbus Scheuermann, differenzialdiagnostisch geringe zentrale Deckplattenimpression ohne Beeinträchtigung der Wirbelsäulenstatik und ohne Funktionsbeeinträchtigung, ein Impingementsyndrom linke Schulter mit Bewegungsschmerz, ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung, einen Zustand nach Distorsionsverletzung oberes Sprunggelenk links, ohne erkennbare Beeinträchtigung der Stabilität und der Abrollbewegung und eine Osteopenie beschrieben. Die Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule hat er mit einem GdB von 10 bewertet. An der linken Schulter sei die Beweglichkeit weitgehend frei und der GdB der oberen Extremitäten deutlich bei unter 10 anzusiedeln. An den unteren Extremitäten zeige sich kein messbarer GdB.

Der Lungenfacharzt Dr. van B. hat in seinem Gutachten vom 30.11.2016 (Blatt 64/89 der Senatsakte) eine COPD im Stadium 1 ohne dauerhafte wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion dargestellt und einen GdB von maximal 10 angenommen.

In seinem Gutachten vom 15.03.2017 (Blatt 92/118 der Senatsakte, Untersuchung an 13.03.2017) hat der Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. keinen Anhalt für eine sozialmedizinisch relevante Erkrankung des neurologischen und psychiatrischen Fachgebiets, dafür Hinweise auf eine beginnende bzw. blande Polyneuropathie unklarer Ursache ohne relevante sensomotorische Ausfälle, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung im Stadium GOLD I, ein Wirbelsäulensyndrom und Gelenksbeschwerden ohne neurologische Ausfälle und eine primäre Ovarialinsuffizienz bei Karyotyp 46 XX dargestellt. Es ergebe sich aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht kein Anhalt für das Fortbestehen eines psychovegetativen Syndroms. Dieses hänge wahrscheinlich auch mit der angemessenen Hormonsubstitutionstherapie zusammen. Aus neurologischer - psychiatrischer Sicht liege keine GdB-relevante Funktionsbehinderung vor, der Gesamt-GdB sei im Hinblick auf die mit 30 bewertete Gonadendysgenese mit primärer Amenorrhoe mit 30 zu bewerten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 120, 123, 126 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte 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 im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§§ 152 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid vom 09.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2013 ist nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig, sie hat keinen Anspruch auf (Neu-) Feststellung eines höheren GdB als 40; ob der GdB niedriger anzunehmen ist, musste der Senat nicht feststellen. Der Senat konnte insoweit keine rechtlich wesentliche Änderung i.S. einer Verschlimmerung in den Verhältnissen ([§ 48 SGB X](#)) feststellen.

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 sogenannten 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 10.12.2008 ([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](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung

der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst aus Teil-GdB die Einzel-GdB im Funktionssystem 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, auch solche, 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. Teil 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 der Gesamt-GdB ist 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 - zu bestimmen. 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 Teilhabebeeinträchtigungen betreffend das Leben in der Gesellschaft.

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 10 anzunehmen. Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB 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 Stehunsfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem anhand des Gutachtens von Dr. H. bei der Klägerin ein Lumbalsyndrom bei degenerativer Bandscheibenveränderung L4/5 und Arthrosen der Wirbelverbindungsstellen L3 bis S1 sowie eine ältere Unregelmäßigkeit der Deckplatte TH12, am ehesten Folgen eines alten Morbus Scheuermann, differenzialdiagnostisch eine geringe zentrale Deckplattenimpression ohne Beeinträchtigung der Wirbelsäulenstatik und ohne Funktionsbeeinträchtigung feststellen. Mit dem Gutachter Dr. H. findet sich an Hals- und Brustwirbelsäule eine freie Funktion und keinerlei Schmerzangabe. Die ältere Bildgebung hatte Veränderungen in der Deckplatte des 12. Brustwirbels ergeben. Die aktuelle Kernspintomographie, wie auch die Röntgenbildgebung bei Dr. H. spreche jedoch mehr für einen partiellen lokalen zentralen Deckplatteneinbruch, ein sogenanntes Schmorl'sches Knötchen als Folge eines alten Morbus Scheuermann und nicht für eine komplette Verformung eines Wirbelkörpers durch eine eingeschränkte Knochenstabilität also eine Osteoporose. So zeige sich am 12. Brustwirbel lediglich zentral eine knapp erbsengroße flau Verkalkungszone, jedoch eine glatt begrenzte Deckplatte ohne Verformung oder Deformierung. Auch eine Keilwirbelbildung lasse sich nicht erkennen, gleichfalls keine Störung des Alignements, also der Wirbelkörperstatik. Zur Bewertung der Knochenstabilität und Knochendichte würden Knochendichtemessungen durchgeführt, leitliniengerecht nach dem DXA-Verfahren, wie auch in der aktuellen von der Klägerin mitgebrachten Messung. An der Lendenwirbelsäule findet sich eine freie Beweglichkeit, geringfügige Muskelspannungsstörungen in der unteren Hälfte der Lendenwirbelsäule und Schmerzen die sowohl den Facettengelenken der unteren LWS, als auch der Glutealmuskulatur zuzuordnen sind. Eine degenerative Bandscheibenveränderung L4/5 ist erkennbar. Dies führe jedoch nicht zu einer entsprechenden Schädigung der lumbalen Nervenwurzel i.S. einer Lumboischialgie, so dass die reine Bildgebung nicht in der Lage ist eine Beeinträchtigung zu begründen oder zu erhöhen. So findet sich ein Wirbelsäulenschaden geringen Grades in einem Abschnitt, der gemäß den versorgungsmedizinischen Grundsätzen mit einem GdB von 10 bewertet ist. Neurologische Ausfälle bestehen nicht, wie auch schon Prof. Dr. S. dem SG mitteilen konnte.

Diese Bewertung entspricht auch derjenigen des von der Klägerin zum Gutachter benannten Vertrauensarzt Dr. Clemens, auf die sich der Senat jedoch nicht stützen muss, sodass dessen Verwertbarkeit nicht beurteilt zu werden braucht, da mit den weiteren Befunden und dem Gutachten von Dr. H. eine ausreichend zuverlässige und unwidersprochene Grundlage für Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigungen

besteht.

Der Senat konnte eine Osteoporose nicht feststellen. Dr. H. hat mitgeteilt, dass die aktuellen Messwerte eine Osteopenie, aber keine statikgefährdende Osteoporose wiedergeben. Eine Osteoporose, ein relevanter Kalkmangel selbst sei keine Erkrankung per se, sondern erhöhe ausschließlich das Risiko ohne adäquates Trauma eine Fraktur zu erleiden. Damit ist die Osteopenie, evtl. auch eine abgelaufene Osteoporose nicht in der Lage einen eigenständigen GdB zu begründen. Dass sich insoweit Änderungen hinsichtlich einer Besserung seit Antragstellung ergeben haben, konnten die behandelnden Ärzte nicht darstellen und die Gutachter nicht mitteilen, sodass dieser Einzel-GdB von 10 seit Antragstellung anzunehmen ist. Eine GdB-relevante Betroffenheit von zwei Wirbelsäulenabschnitten setzt mindestens mittelschwere funktionelle Beeinträchtigungen voraus, solche konnte der Senat aber schon in einem Wirbelsäulenabschnitt nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Arme ist das Impingementsyndrom der linken Schulter mit Bewegungsschmerz zu berücksichtigen. Dieses ist ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung. Auf Grundlage der Untersuchung durch Dr. H. konnte der Senat feststellen, dass das linke Schultergelenk in der Armhebung auf 170° eingeschränkt, die spontanen und Funktionsbewegungen waren bei der Untersuchung unauffällig. Der Senat konnte damit eine Versteifung eines oder beider Schultergelenke, eine Instabilität eines oder beider Schultergelenke, eine Schlüsselbein- oder Schultergelenk-arthrose, eine Verkürzung des Armes, eine Oberarm- oder Unterarm-arthrose und auch einen Riss der langen Bizepssehne nicht feststellen. Auch die Bewegungsbeeinträchtigung berechtigt nach B Nr. 18.13 VG keinen GdB von mindestens 10, sodass in diesem Funktionssystem kein Einzel-GdB anzunehmen war.

Im Funktionssystem der Beine hat der Senat den Zustand nach Distorsionsverletzung oberes Sprunggelenk links, ohne erkennbare Beeinträchtigung der Stabilität und der Abrollbewegung festgestellt. Mit dem Gutachter Dr. H. besteht bezüglich des Sprunggelenks eine gute Beweglichkeit, ein stabiler Kapselbandapparat und eine unauffällige Mobilität und Abrollbewegung. Daher konnte der Senat einen Einzel-GdB in diesem Funktionssystem mit mindestens 10 nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Atmung besteht bei der Klägerin eine COPD im Stadium 1 vor, was der Senat anhand des Gutachtens von Dr. van B. feststellen konnte. Jedoch konnte der Senat eine dauerhafte wesentliche Einschränkung der Lungenfunktion nicht feststellen, sodass die Behinderung der Klägerin insoweit unabhängig von der Frage, ob diese nach B Nr. 8.2 VG oder B Nr. 8.5 VG zu bewerten ist, allenfalls mit einem GdB von 10 zu bemessen ist. Bei der physikalischen Untersuchung von Herz und Lungen bei Dr. van Bodegom ergab sich kein auffälliger Befund. Der Blutdruck lag sowohl unter Ruhe- als auch nach Belastungsbedingungen im Normbereich. In der Bodyplethysmografie waren die Atemwegwiderstände normal, es zeigten sich keine wesentlichen Überblähungszeichen. Die Inhalationsprovokation mit Methacholin zeigte keine konkreten Hinweise für das Vorliegen einer signifikanten bronchialen Hyperreagibilität unter der Ultibro-Therapie. Die Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid unter Ruhebedingungen war unauffällig. In der Spiroergometrie wurden die Ausbelastungskriterien nicht erreicht, die Sollbelastung wurde überschritten. Die kardiorespiratorischen Parameter verliefen im normalen Bereich. Die anaerobe Schwelle wurde weder in der Analyse der Blutgase noch bei der blutigen Laktatmessung überschritten. In der Blutgasanalyse zeigte sich unter Ruhebedingungen eine artifizielle Hypoxämie, unter Belastungsbedingungen eine unauffällige Blutgasanalyse. Die im Hinblick auf statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung maßgeblichen Sollwerte (unterer Sollwert) für den FVC-Wert beträgt bei der Klägerin 2,2 l, der beste Messwert betrug 2,85 l und lag bei Dr. van Bodegom somit über dem unteren Sollwert. Auch liegen die gemessenen Werte der Klägerin für sowohl FEV1 mit 2 Liter als FVC mit 2,55 Liter über den sog. lower limit of normal (LLN) GDI Sollwerten. Damit konnte der Senat lediglich eine geringe, jedoch keine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion annehmen und mit Dr. van B. mit einem GdB von 10 bewerten. Das entspricht auch der Bewertung durch Dr. P ...

Im Funktionssystem des Herzens/des Kreislaufs konnte der Senat mit dem Gutachten von Dr. R. keine GdB-relevante Funktionsbehinderung feststellen. Dr. R. hat eine leichte, hämodynamisch nicht signifikante Aortenklappenstenose und eine geringe Mitralklappeninsuffizienz sowie eine Tricuspidalklappeninsuffizienz darstellen. Bei einer maximalen Belastung im Ergometer von 125 Watt (Blatt 160 RS der SG-Akte = Seite 2 des Gutachtens) konnte der Senat im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 9.1.1 VG einen GdB von mindestens 10 nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Haut ist bei der Klägerin die Schuppenflechte zu berücksichtigen. Diese bedingt jedoch im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 17 VG und den Angaben des behandelnden Arztes Dr. J. gegenüber dem SG keinen GdB von mindestens 10.

Im Funktionssystem der weiblichen Geschlechtsorgane (Geschlechtsapparat) ist bei der Klägerin die primäre Ovarialinsuffizienz bei Karyotyp 46 XX (einer eingeschränkten Funktion der Eierstöcke) bzw. die Gonadendysgenese (einer Fehlentwicklung der Keimdrüsen, also des Hodens bzw. der Eierstöcke) mit primär Amenorrhoe zu berücksichtigen. Diese wurden vom Beklagten mit einem GdB von 30 bewertet. Mit Dr. Sebastian-S., die wegen der starken klimatischen Beschwerden durchgängig eine Hormonersatztherapie beschrieben hat, liegen mit Ausnahme von zwischenzeitlich wiederholt auftretenden Schmierblutungen keine auffälligen Befunde vor. Die operative Behandlung am 05.04.2013 mittels Cervixdilatation, HSK und Frakt. Abrasio hat sich mit einem unauffälligen postoperativen Befund als nicht weitergehend funktionell relevant ausgezeichnet. Auf dieser Befundgrundlage und im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 14.3 VG konnte der Senat einen höheren Einzel-GdB als 30 nicht feststellen.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche besteht bei der Klägerin keine krankheitswertige Behinderung. Soweit vom Beklagten seelische Störungen in Form eines psychovegetativen Syndroms angenommen worden waren, konnte dies bei der Begutachtung durch Dr. S. nicht objektiviert werden. Dr. S. hat bei seiner Untersuchung im psychopathologischen Befund keine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung festgestellt. Die Klägerin war geistig sehr gut flexibel. Kognitive oder mnestiche Defizite konnten nicht erhoben werden. Für eine hirnorganisch bedingte psychische Symptomatik ergab sich kein Anhalt. In ihrer Grundstimmung war die Klägerin ausgeglichen, insgesamt gut gelaunt. Die affektive Resonanzfähigkeit war nicht eingeschränkt. Damit ergibt sich kein Anhalt für das Vorliegen einer Erkrankung des psychiatrischen Fachgebiets. Auf neurologischem Fachgebiet ergaben sich Hinweise auf das Vorliegen einer milden bzw. gering ausgeprägten Polyneuropathie ohne manifeste sensomotorische Ausfälle. Diese konnte der Senat aber mangels Funktionsbeeinträchtigungen nicht mit einem GdB von 10 bewerten.

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. Auch aus der im Berufungsverfahren eingeholten Stellungnahme von Dr. M. ergeben sich keine weiteren Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen. Ebenso wenig führt die

Lipatrophie der Beine, eine Veränderung des Unterhautfettgewebes, weder zu höheren noch zu weiteren Einzel-GdB, unabhängig davon, ob diese im Funktionssystem der Beine oder der Haut bewertet wird. Denn funktionelle Auswirkungen dieser Erkrankung konnte keiner der Ärzte mitteilen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen und Gutachten haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Der so 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 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 - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Arme, - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung, - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Herzens/des Kreislaufs, - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Haut, - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der weiblichen Geschlechtsorgane (Geschlechtsapparat) und - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der des Gehirns einschließlich der Psyche.

Bei der Klägerin ist vorliegend von nur einem zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 30 auszugehen; es liegt kein Fall vor, in dem ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirkten. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat nicht feststellen, dass der Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) ab Antragstellung mit mehr als 40 festzustellen wäre.

Auch insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG die Schwerbehinderteneigenschaft, mithin einen GdB von 50, vorsehen andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin nicht entsprechend schwer funktionell in ihrer Teilhabe im Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist.

Die Berufung war daher unbegründet und zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Der Senat hat zugunsten der Klägerin von einer Androhung der Kostenauflegung nach [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) nach Ermessen abgesehen, obwohl im Hinblick darauf dass keiner der von der Klägerin selbst benannten und als Vertrauensärzte nach [§ 109 SGG](#) zu Gutachtern bestimmten Ärzten ihr Begehren unterstützen konnte, eine missbräuchliche Prozessführung zumindest nahe gelegen hätte.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-07-29