

L 13 SB 291/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

13

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 40 SB 2869/07

Datum

29.06.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 13 SB 291/08

Datum

23.11.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 29. Juni 2009 wird zurückgewiesen. Der Beklagte hat der Klägerin für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Kostenentscheidung des Sozialgerichts bleibt unberührt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des bei der Klägerin festzusetzenden Grades der Behinderung (GdB).

Für die 1950 geborene Klägerin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 14. Mai 2002 einen GdB von 30 unter Anerkennung von Funktionsminderungen der Wirbelsäule mit Nervenstörungen, Gelenkfunktionsstörungen sowie psychischer Störungen fest. Mit Änderungsantrag vom 02. Juni 2005 machte die Klägerin eine Verschlimmerung geltend und legte insbesondere Kernspintomographie-Berichte zu ihrer Wirbelsäulenerkrankung und ihrem rechten Kniegelenk vor. Nach Beiziehung eines Befundberichts des behandelnden Chirurgen Dr. H sowie Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme vom 18. August 2005 lehnte der Beklagte den Antrag durch Bescheid vom 09. Dezember 2005 ab.

Unter dem 16. März 2006 machte die Klägerin geltend, dass inzwischen ein Implantat an der Wirbelsäule habe eingesetzt werden müssen (dorsal dynamische Stabilisierung L 4/5 am 21. Februar 2006). Im Laufe des darauf hin eingeleiteten Neufeststellungsverfahrens legte die Klägerin den Bericht über eine weitere Operation der Wirbelsäule (offene Dekompression des Spinalkanals L4/5 rechts) vom 09. Mai 2006 und einen MRT-Bericht zum rechten Kniegelenk vom 14. September 2006 vor. Der Beklagte zog Befundberichte der behandelnden Fachärzte für Neurochirurgie Dr. H Dr. W vom 19. Dezember 2006 und des Dr. H vom 13. März 2007 bei. Unter Auswertung der medizinischen Unterlagen erstellte der Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie Dr. B am 14. Mai 2007 eine gutachtliche Stellungnahme. Seinem Vorschlag folgend, lehnte der Beklagte durch Bescheid vom 06. Juni 2007 die Feststellung eines höheren GdB als 30 ab. Dem legte er klarstellend nunmehr folgende Funktionsbeeinträchtigungen zu Grunde (in Klammern jeweils die verwaltungsintern zugeordneten Einzel-GdB):

a) Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, operierte Wirbelsäule (30) b) Funktionsbehinderung des Schultergelenks (10) c) Funktionsbehinderung des Kniegelenks (10).

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein und Berichte zur lumbalen Postmyelographie vom 09. Juli 2007 und zur Kernspintomographie des rechten Kniegelenks vom 17. Juli 2007 vor. Nach Einholung eines orthopädischen Gutachtens durch Dr. B vom 17. August 2007, der die Einschätzungen der Einzel-GdB und des GdB durch den Bescheid vom 06. Juni 2007 bestätigte, wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22. Oktober 2007 zurück. Der GdB sei mit 30 zutreffend bewertet; eine Verschlechterung sei nach den durchgeführten Ermittlungen nicht feststellbar.

Mit der am 31. Oktober 2007 zu dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage hat die Klägerin einen GdB von deutlich über 50 begehrt und dies damit begründet, dass seit 2002 Operationen an der linken Schulter, dem rechten Knie, der Wirbelsäule (zweifach) durchgeführt worden seien und sie seit 2007 permanent unter erheblichen Schmerzen leide. Sie sei in ständiger Schmerzbehandlung wegen der Knie- und Rückenschmerzen. Insofern sei auch ein schmerztherapeutisches Gutachten wegen der therapieresistenten Schmerzen erforderlich. Die Klägerin legte ein Attest ihrer behandelnden Neurologin und Psychiaterin Dr. C vom 26. Februar 2008 vor, die unter Hinweis auf das bestehende pseudoneurasthenische Syndrom sowie das chronische lumbale Schmerzsyndrom nach zweimaliger Bandscheibenoperation, Ein- und Durchschlafstörungen und eine reaktive Depression in chronischer beruflicher Konfliktsituation um Überprüfung des

Behinderungsgrades bat. Das Sozialgericht hat Befundberichte der die Klägerin behandelnden Ärzte Dr. C, Dr. K (Orthopäde) und Dr. H eingeholt. Zu diesen hat der Beklagte eine gutachtliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. S vom 02. Januar 2009 abgegeben, der wegen der Depression die Feststellung eines GdB von 20 befürwortete. Unter Berücksichtigung dieser Einschätzung sowie der weiteren Stellungnahme des Facharztes für Physiotherapie Dr. S vom 09. Februar 2009 erkannte der Beklagte durch Bescheid vom 20. Februar 2009 einen GdB von 40 an und legte dem folgende Funktionsbeeinträchtigungen zu Grunde (in Klammern jeweils die zugeordneten Einzel-GdB):

a) Funktionsminderung der Wirbelsäule, operierte Wirbelsäule (30) b) Funktionsbehinderung des Schultergelenks (10) c) Funktionsbehinderung der Kniegelenke (10) d) Depression (20).

Die Klägerin hat ein Attest der Orthopäden Dres. W/M vom 06. April 2009 vorgelegt. Mit Gerichtsbescheid vom 29. Juni 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Festsetzung eines höheren GdB als 40. Das Wirbelsäulenleiden sei nach Teil B Nr. 18.9 Anlage VersMedV zutreffend mit einem Einzel-GdB von 30 berücksichtigt worden, da bei der Klägerin Wirbelsäulenschäden in einem Abschnitt mit geringen funktionellen Auswirkungen vorliegen würden. Eine Höherbewertung dieser Einschränkungen sei auch unter Berücksichtigung des vorgetragenen Schmerzsyndroms nicht möglich, da diese Schmerzen bei den festgestellten geringen Funktionseinschränkungen zu dem GdB von 30 führen und insofern bereits ausreichend berücksichtigt worden seien. Ein GdB-relevantes Leiden des rechten Schultergelenks sei nach den eingeholten Befundberichten und Unterlagen nicht festzustellen; die Knieleiden seien mit einem GdB von 10 nach Teil B Nr. 18.14 Anlage VersMedV zutreffend berücksichtigt worden. Schließlich sei das psychische Leiden nach Teil B Nr. 3.7 mit einem GdB von 20 ausreichend berücksichtigt worden. Auch die Bildung des Gesamt-GdB sei nicht zu beanstanden. Die Erhöhung des GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden durch das psychische Leiden (20) auf 40 sei bereits als großzügig anzusehen, da erhebliche Überschneidungen der beiden Erkrankungen vorliegen würden.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Berufung der Klägerin vom 31. Juli 2009, mit der sie die Zuerkennung eines GdB von mindestens 50 weiterverfolgt. Die Klägerin trägt u.a. vor, dass die Begutachtung durch einen schmerztherapeutischen Sachverständigen nach wie vor erforderlich sei. Zudem sei das Wirbelsäulenleiden nicht zutreffend berücksichtigt worden: Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Berlin lägen bei ihr Wurzelkompressionen sowie motorische Ausfallerscheinungen vor. Auch die Funktionsbehinderungen der Knie müssten sich erhöhend auf den GdB auswirken. Es werde eine nunmehr weiter verstärkte Schmerztherapie durchgeführt. Die Klägerin hat (erneut) die Atteste vom 26. August 2008 und 09. April 2009 sowie die Berichte vom 09. Mai 2006 und 09. Juli 2007 vorgelegt und weiterhin Berichte des Neurologen Dr. R vom 18. Juli 2007, der Rheumaklinik B vom 14. September 2007, den MRT-Bericht zum rechten Knie vom 15. Oktober 2008 sowie die Berichte über Operationen des Hallux-Valgus links und rechts vom 17. Januar 2010 und 16. April 2010.

Der Senat hat zur weiteren Sachaufklärung Befundberichte des behandelnden Orthopäden Dr. M vom 25. Oktober 2010, des Neurochirurgen Dr. W vom 27. Oktober 2009, des Dr. R vom 02. März 2010, der Dr. C vom 25. Oktober 2009 und des Dr. H vom 25. Januar 2010 eingeholt. Die Klägerin hat ein Attest des Dr. H (Fachrichtung unbekannt, nach Angaben der Klägerin in der Praxis des Dr. W arbeitender Spezialist für Schmerztherapie) vom 25. Mai 2010 eingereicht. Der Beklagte hat drei chirurgische versorgungsärztliche Stellungnahmen vom 12. Oktober 2009, 28. Mai 2010 und vom 20. September 2010 sowie zwei psychiatrische Stellungnahmen vom 02. Juni 2010 und 23. September 2010 vorgelegt. Zur weiteren Sachaufklärung hat der Senat ein Gutachten des Orthopäden Dr. W vom 14. März 2011 eingeholt. Dieser hat einen GdB von 40 festgestellt und dem folgende Funktionsbeeinträchtigungen auf seinem Fachgebiet zu Grunde gelegt (in Klammern jeweils die zugeordneten Einzel-GdB):

a) Funktionsstörung der Wirbelsäule, Zustand nach zweifacher Operation des Segments L 4/5 (30) b) Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks bei Zustand nach subacromialer Dekompression, leichtgradig (10) c) Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei Varusgonarthrose (rechts mehr als links), operierter Hallux valgus beidseits, Senk-Spreizfuß beidseits (10) d) Depression (20).

Wegen der weiteren Einzelheiten der genannten medizinischen Unterlagen, Stellungnahmen und Ermittlungen wird auf diese Bezug genommen.

Die Klägerin wendet gegen das Gutachten ein, dass der Sachverständige Dr. W sich unzutreffend an den Anhaltspunkten für ärztliche Begutachtungen anstatt an den Vorgaben der Versorgungsmedizinverordnung orientiert habe. Auch könne er die psychiatrische Erkrankung der Klägerin nicht beurteilen; es sei weiterhin ein schmerztherapeutisches Gutachten erforderlich sei. Zudem legt die Klägerin einen MRT-Bericht des Knies links vom 15. August 2011 vor und macht geltend, dass entgegen der Auffassung des Sachverständigen kein altersgemäßer Zustand festzustellen sei. Vielmehr sei beidseitig von mittelgradigen Bewegungseinschränkungen auszugehen, so dass schon für die Bewertung der Kniegelenksleiden ein Einzel-GdB von 40 gerechtfertigt sei. Zudem habe die behandelnde Ärztin Dr. C am 11. August 2011 zwölfmal Krankengymnastik verordnet. Die Klägerin macht weiterhin geltend, dass die absolute spinale Enge innerhalb von fünf Jahren um 1 mm zugenommen habe, wie ein Vergleich der MRT-Berichte vom 07. Februar 2006 und 22. Februar 2011 ergebe. Hierzu sowie dem weiteren Bericht vom 12. März 2011 habe der seinerzeit operierende Neurochirurg Dr. H mitgeteilt, dass die Befunde ein chronisches Schmerzsyndrom aufgrund einer Kompression der Nervenwurzel L 5 rechts bestätigen würden. Weiterhin hat die Klägerin den MRT-Untersuchungsbericht zur Lendenwirbelsäule vom 22. Februar 2011, ein Attest des Dr. H vom 20. Oktober 2011 sowie einen Medikamenten-Einnahmeplan vom 14. Oktober 2011 mit der Angabe, sie sei nunmehr in Behandlung einer spezialisierten Schmerztherapeutin, und eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung der Klägerin über 50 Einheiten Reha-Sport vom 30. September 2011 eingereicht. Aus diesen Unterlagen gehe hervor, dass die Beeinträchtigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie auch im Sakralbereich höher seien, als bisher angenommen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Beklagte versorgungsärztliche Stellungnahmen vom 17. und vom 18. November 2011 mit dem Hinweis, dass das Wort Schädigungsfolgen durch das Wort Funktionsbeeinträchtigungen zu ersetzen sei, überreicht. Die Klägerin hat drei ärztliche Bescheinigungen vorgelegt (Dr. H vom 22. November 2011, Bericht über eine Myelographie lumbal mit anschließendem CT vom 09. November 2011, Röntgenbericht für beide Hände vom 22. November 2011). Zur Begründung ihres in der mündlichen Verhandlung gestellten Beweisantrages hat die Klägerin auf den Schriftsatz vom 22. November 2011, den sie ebenfalls überreicht hat, Bezug genommen. Auf den Inhalt der genannten Unterlagen wird Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 29. Juni 2009 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 6. Juni 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 2007 zu verpflichten, für die Klägerin ab dem 16. März 2006 einen GdB von 50 festzustellen, hilfsweise, ein ergänzendes Gutachten eines spezialisierten Schmerztherapeuten einzuholen höchst hilfsweise, gemäß [§ 109 SGG](#) ein Sachverständigengutachten der im ersten Hilfsantrag bezeichneten Art einzuholen von Frau Dr. P, SZ Schmerzzentrum B GmbH, S A, B.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält seine Entscheidung für zutreffend und verweist ergänzend darauf, dass nach den versorgungsärztlichen Stellungnahmen zu den weiteren von der Klägerin geltend gemachten Beeinträchtigungen die begehrte Anhebung des GdB auf mindestens 50 nicht gerechtfertigt sei.

Dem Senat haben die Verwaltungsvorgänge des Beklagten vorgelegen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze, das Protokoll und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben, jedoch unbegründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 06. Juni 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 2007 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn eine wesentliche Veränderung in den rechtlichen oder tatsächlichen Verhältnissen, die über die durch den Beklagten mit Bescheid vom 20. Februar 2009 berücksichtigte Veränderung hinausgeht und ab Stellung des Änderungsantrages vom 16. März 2006 die Feststellung eines GdB von mindestens 50 rechtfertigt, liegt nicht vor ([§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuch Zehntes Buch –SGB X).

Nach den [§§ 2 Abs. 1, 69 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) sind die Auswirkungen der länger als sechs Monate anhaltenden Funktionsstörungen nach Zehnergraden abgestuft entsprechend den Maßstäben des § 30 des Bundesversorgungsgesetzes zu bewerten. Hierbei sind als antizipiertes Sachverständigengutachten die vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) heranzuziehen, und zwar entsprechend dem streitgegenständlichen Zeitraum in den Fassungen 2005 und 2008. Seit dem 01. Januar 2009 sind die in der Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) festgelegten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" in Form einer Rechtsverordnung in Kraft, welche die AHP -ohne Eintritt einer grundsätzlichen Änderung hinsichtlich der medizinischen Bewertung - abgelöst haben. Unter Berücksichtigung der weitgehenden Übereinstimmung der AHP 2005 und 2008 mit der VersMedV und der Tatsache, dass bei dem vorliegend betroffenen Zeitraum alle drei Regelwerke Anwendung finden, begegnet die von der Klägerin kritisierte Berücksichtigung der AHP durch den Sachverständigen Dr. W keinen Bedenken.

Die Klägerin hat nach den genannten Vorschriften keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mindestens 50 ab dem 16. März 2006, da die Voraussetzungen für die Feststellung eines höheren GdB als 40 nicht nachgewiesen sind. Dies ergibt sich aus einer Gesamtschau der vorhandenen medizinischen Unterlagen. Insbesondere sind insoweit das vom Senat eingeholte Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. W vom 14. März 2011 und ergänzend die versorgungsärztlichen psychiatrischen Stellungnahmen vom 02. Januar 2009 und vom 02. Juni 2010 von Bedeutung.

Liegen – wie hier – mehrere Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft vor, ist der GdB gemäß [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Dabei verbietet sich die Anwendung jeglicher Rechenmethoden, insbesondere die bloße Addition der Einzel-GdB (Teil A Nr. 3a der Anlage zu § 2 VersMedV bzw. Teil A Nr. 19.1 AHP 2008, 2005, jeweils Seite 24). Nach Teil A Nr. 3c der Anlage zu § 2 VersMedV (bzw. Teil A Nr. 19.3 AHP 2008, 2005, jeweils Seite 25) ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdB von der Funktionsstörung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 3 d) aa) – ee) der Anlage zu § 2 VersMedV sowie Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3, 4 und Teil A Nr. 19 AHP 2005, 2008, jeweils Seite 24 ff.).

Hauptleiden der Klägerin sind die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule in Form einer Funktionsstörung der Wirbelsäule sowie eines Zustandes nach zweifacher Operation des Segments L 4/5, die mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sind. Nach Teil A Nr. 26.18 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV sind Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 10 zu bewerten. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) sind mit einem GdB von 20 und Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und über Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 30 zu bewerten. Erst das Vorliegen von Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten rechtfertigt die Bewertung mit einem GdB von 30-40. Unter Würdigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. W ist davon auszugehen, dass bei der Klägerin ein Wirbelsäulenschaden vorliegt, der mit Bewegungsdefiziten lediglich der Lendenwirbelsäule einhergeht. Die Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule ist nach seinen Angaben als leichtgradig einzustufen. Der Sachverständige konnte weiterhin keine Hinweise für die Mitbeteiligung spinaler Strukturen und kein

Myelopathiezeichen finden. Auch eine Wirbelsäulenfehlstatik hat nach dem Ergebnis der Untersuchung des Sachverständigen nicht vorgelegen; die paravertebrale Muskulatur sei durchgehend suffizient gewesen. Diese Angaben hat der Sachverständige überzeugend mit den Untersuchungsergebnissen sowie unter Auswertung der vorliegenden Unterlagen, insbesondere auch des von der Klägerin wiederholt in Bezug genommenen MRT-Berichts vom 22. Februar 2011, begründet. Dabei hat er auch dargestellt, dass die Körpervorneigung bedächtig vorgetragen worden und endgradig zu einem regionalen Ziehen der unteren Lendenwirbelsäule, nicht aber zu Ischialgien geführt habe; der Finger-Boden-Abstand sei mit 15cm normal gewesen. Auch das seitliche Verkippen sei ungestört möglich gewesen; hierbei hätten die Fingerspitzen die äußeren Kniegelenksspalten erreicht. Die Schwingungen einzelner Wirbelsäulenabschnitte seien in allen Raumebenen physiologisch gewesen und es hätte sich keine skoliotische Verbiegung entwickelt. Aus den festgestellten Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule schließt der gerichtliche Sachverständige auf einen hierfür anzusetzenden GdB von 30. Dies begründet er damit, dass nur in einem Wirbelsäulenabschnitt mittelgradige funktionelle Auswirkungen vorliegen würden, die eigentlich mit einem GdB von 20 zu bewerten seien. Hierunter würden auch bereits häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome subsumiert. Schwere funktionelle Defizite und schwerwiegende neurologische Ausfälle seien nicht nachweisbar gewesen. Insofern rechtfertige sich nur unter Berücksichtigung der bildmorphologisch erfassbaren Einengungen der Spinalkanäle/Nervenaustrittsöffnungen die Berücksichtigung eines GdB von 30 für das Wirbelsäulenleiden. Eine weitere Anhebung des GdB sei nicht gerechtfertigt, da weder die Untersuchungsergebnisse, das Befallsmuster, noch der neurologische Status und die durchgeführten Behandlungen Anhaltspunkte dafür geben würden, dass im Bereich der Lendenwirbelsäule dauerhaft besonders schwere Auswirkungen vorlägen. Die eingesetzten Behandlungsmaßnahmen seien als konventionell zu bezeichnen und eine hochspezifische Schmerztherapie erfolge bislang nicht, wäre aber auch nach den Untersuchungsergebnissen nicht erforderlich. Die Bewertung der Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 ist unter Berücksichtigung der dargestellten Anforderungen der AHP 2005 und 2008 bzw. der VersMedV als zutreffend anzusehen, da Funktionsbeeinträchtigungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten von dem Sachverständigen ausdrücklich nicht festgestellt worden. Danach ist die Bewertung des Wirbelsäulenleidens durch den Sachverständigen unter Berücksichtigung des mit dem Lendenwirbelsäulenleidens der Klägerin einhergehenden Schmerzsyndroms nach zweifacher Operation des Segments L4/5/S1 sowie dem chronischen Schmerzsyndrom, die als starke belastungsabhängige Beschwerden zu werten sind, mit einem GdB von 30 gerechtfertigt. Denn das Leiden ist unter Berücksichtigung der Einengungen der Spinalkanäle/Nervenaustrittsöffnungen und der damit einhergehenden starken Schmerzen als schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt im Sinne der VersMedV bzw. AHP 2005 und 2008 zu werten. Es liegen indes keine Indizien vor, die eine weitere Anhebung des GdB von über 30 nach den genannten Vorgaben der VersMedV bzw. AHP 2005 und 2008 begründen könnten. Insbesondere ist – wie bereits ausgeführt – eine Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule in zwei Abschnitten nicht festzustellen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Attest des Dr. H vom 20. Oktober 2011, dem keine neuen Funktionseinschränkungen und darüber hinaus auch keine neuen Befunde/Diagnosen, die der gerichtliche Sachverständige nicht berücksichtigt hätte, zu entnehmen sind. Vielmehr ergibt ein Vergleich des Attests vom 20. Oktober 2011 mit dem Ergebnis des durch den gerichtlichen Sachverständigen ausführlich gewürdigten MRT-Berichts vom 22. Februar 2011, dass der behandelnde Orthopäde von den gleichen Befunden ausgeht, wie sie im MRT-Bericht vom 22. Februar 2011 aufgeführt werden. Auch ist entgegen der Auffassung der Klägerin die mit dem Wirbelsäulenleiden einhergehende Schmerzerkrankung nicht mit einem eigenen GdB zu berücksichtigen und führt auch nicht zu einem höheren GdB als 30 für die Wirbelsäulenerkrankung. Nach Teil A Nr. 18.8 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 24) und Teil A Nr. 2 j der Anlage zu § 2 der VersMedV schließen die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Weiter regelt für die bei der Klägerin vorliegenden Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich Teil A Nr. 26.18 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV speziell für die mit Wirbelsäulensyndromen einhergehenden Schmerzen, dass diese in den dort genannten GdB bereits mitberücksichtigt sind. Eine eigenständige Berücksichtigung im Sinne einer Erhöhung des GdB kommt nach diesen Vorgaben ausdrücklich nur dann in Betracht, wenn außergewöhnliche Schmerzsyndrome vorliegen; dann ist auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen ein GdB von über 30 denkbar. Das chronische Schmerzsyndrom der Klägerin ist jedoch bei der Bewertung der Wirbelsäulenerkrankung bereits derart berücksichtigt worden, dass allein dieses mit den vorliegenden Einengungen der Spinalkanäle/Nervenaustrittsöffnungen zu der Bejahung von schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt geführt hat, die nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen unter Berücksichtigung nur der funktionellen Untersuchungsergebnisse, der durchgeführten Behandlungen und des neurologischen Status nicht gerechtfertigt gewesen wären. Insofern könnte auch das Vorliegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms (wie z.B. eines Postdiskotomiesyndroms, welches in Teil A Nr. 26.18 AHP 2005 und 2008 -jeweils Seite 116- und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV beispielhaft als außergewöhnliches Schmerzsyndrom angegeben ist) nicht zu einer weiteren Erhöhung des für das Wirbelsäulenleiden zu berücksichtigenden GdB führen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass die Klägerin angibt, sie sei nunmehr in Behandlung einer spezialisierten Schmerztherapeutin und hierzu einen Medikamentenplan vorlegt. Die bloße Aufnahme einer Behandlung lässt noch nicht auf vorliegende Funktionsdefizite schließen; zudem hat der Sachverständige Dr. W hierzu ausgeführt, dass eine hochspezifische Schmerztherapie nach den Untersuchungsergebnissen auch nicht erforderlich wäre. Auch dem mit dem Hilfsantrag gestellten Beweisantrag war unter Berücksichtigung dieser gezielten Auseinandersetzung des gerichtlichen Sachverständigen mit den Schmerzen der Klägerin nicht nachzugehen. Es ist nicht erkennbar, welche weiteren Erkenntnisse sich aus dem beantragten weiteren Gutachten ergeben sollen. Dies ist auch dem Schriftsatz der Klägerin vom 22. November 2011, auf den die Klägerin insofern Bezug genommen hat, nicht zu entnehmen. Insbesondere hat die Klägerin nicht ausgeführt, dass sich hinsichtlich der Schmerzerkrankung maßgebliche Änderungen oder Aspekte ergeben hätten, die von dem Sachverständigen nicht berücksichtigt worden seien. Sie rügt im Ergebnis lediglich dessen Einschätzung ihrer Schmerzen, die der Sachverständige – wie bereits ausgeführt – nachvollziehbar begründet hat. Aus denselben Erwägungen heraus ist der Senat dem weiteren Hilfsantrag der Klägerin auf Einholung des Schmerzgutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) nicht nachgegangen. Schließlich ergibt sich aus dem von dem Sachverständigen Dr. W gewürdigten MRT-Bericht vom 22. Februar 2011 keine andere Einschätzung des Wirbelsäulenleidens. Dies gilt auch, soweit die Klägerin vorträgt, dass sich aus einem Vergleich der MRT-Ergebnisse seit dem Jahr 2007 erkennen lasse, dass die absolute spinale Enge um 1mm zugenommen habe. Die Einengungen der Spinalkanäle/Nervenaustrittsöffnungen sind, wie bereits dargestellt, von dem Sachverständigen Dr. W ausführlich gewürdigt und berücksichtigt worden. Auch aus den weiteren vorgelegten ärztlichen Unterlagen – dem Attest des Dr. H vom 22. November 2011 sowie dem Bericht über eine Myelographie lumbal mit anschließendem CT vom 09. November 2011 – ergeben sich keine neuen Erkenntnisse, die der gerichtliche Sachverständige nicht gewürdigt hätte. Insbesondere sind ihnen keine weiteren Funktionseinschränkungen zu entnehmen. Weiter führt der Sachverständige Dr. W überzeugend aus, dass bei der Klägerin eine leichtgradige Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks bei Zustand nach subacromialer Dekompression vorliege, die mit einem GdB von 10 zu bewerten sei. Hierzu gibt er an, dass ein Zustand nach operativer Versorgung von Schulterengpasssyndromen beider Schultern vorliege. Auf der rechten Seite habe sich insoweit nach gutem Operationserfolg lediglich noch eine marginale Limitierung der Abduktion ergeben. Auch am linken Schultergelenk sei unter funktioneller Sichtweise das erkennbare Bewegungsausmaß als gut einzustufen, da sich lediglich eine geringgradige Innenrotationseinschränkung habe nachweisen lassen. Hieraus schließt der Sachverständige Dr. W in

Übereinstimmung mit den Vorgaben der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 18.14 sowie Nr. 26.18 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 119), dass für die Schulterleiden ein GdB von 10 zu berücksichtigen sei. Denn das in diesen Vorgaben für einen GdB von 10 genannte Funktionsdefizit (Arm nur um 120° zu erheben, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) wird jedenfalls nicht überschritten.

Ebenso folgt der Senat der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen, dass für die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei Varusgonarthrose (rechts mehr als links) ein GdB von 10 anzusetzen ist. Dr. W hat hierzu ausgeführt, dass subjektiv belastungsabhängige Schmerzen beider Kniegelenke vorhanden seien und die rechte Seite zweimal operiert worden und auch kernspintomographisch untersucht worden sei. Auch die aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen würden belegen, dass sowohl hinter der Kniescheibenrückfläche, als auch über dem inneren Gelenkabschnitt zumindest eine mittelgradige Abnutzung vorliege. Unter Belastung könne dies zu Reizzuständen und Schwellneigungen führen, in der Untersuchung hätten solche Probleme jedoch nicht festgestellt werden können. Die Gesamtbeweglichkeit sei auf beiden Seiten normal und der Bandapparat intakt gewesen. Auch die angrenzende Muskulatur sei nicht auffällig arthrophisiert gewesen. Zutreffend folge der Sachverständige aus den von ihm erhobenen Befunden, dass trotz beidseitigem Befall ein höherer GdB als 10 nicht gerechtfertigt sei, da sich der GdB für die peripheren Gelenke im Wesentlichen an Funktionsdefiziten orientiere. Bei der noch guten Funktionalität beider Kniegelenke sei deswegen trotz der radiologisch nachweisbaren Abnutzungsprozesse keine Berücksichtigung mit einem GdB von mehr als 10 gerechtfertigt. Diesen Ausführungen schließt sich der Senat unter Berücksichtigung der Regelungen der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 18.14 sowie Nr. 26.18 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 126) an. Weder liegt eine Lockerung des Kniebandapparates, noch eine Bewegungseinschränkungen der Kniegelenke vor. Die vorliegenden Knorpelschäden sind mit einem GdB von 10 zutreffend bewertet. Insofern sehen die genannten Regelungen für ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke mit anhaltenden Reizerscheinungen ohne Bewegungseinschränkung einen GdB von 10-30 vor. Hierbei wird beispielhaft die Chondromalacia patellae Stadium II-IV genannt, welche bei der Klägerin ausweislich der vorliegenden MRT-Berichte am rechten Knie diagnostiziert wurde. Die Einstufung der bei der Klägerin vorliegenden mittelgradigen Abnutzungserscheinungen mit einem GdB von 10 ist danach nicht zu beanstanden, da anhaltende Reizerscheinungen durch den gerichtlichen Sachverständigen nicht festgestellt werden konnten. Abweichendes ergibt sich auch nicht aus dem weiterhin vorgelegten MRT-Bericht des Knies rechts vom 15. August 2011. Die darin erneut bestätigten degenerativen Veränderungen hat der gerichtliche Sachverständige bereits ausführlich gewürdigt. Es werden auch keine Funktionsdefizite, nach denen von beidseitig bestehenden mittelgradigen Bewegungseinschränkungen der Kniegelenke auszugehen wäre, wie die Klägerin geltend macht, mitgeteilt. Die mittelgradige Abnutzung, die auch der gerichtliche Sachverständige mitteilt, ist nicht mit mittelgradigen Bewegungseinschränkungen gleichzusetzen. Eine maßgebliche Verschlechterung ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Vielmehr ergibt sich im Gegenteil, dass im Vergleich zur Voruntersuchung nur eine geringe Befundprogredienz vorliege. GdB-relevante Einschränkungen aus dem operierten Hallux valgus sowie Senk-Spreizfuß beidseits ergeben sich nicht, wie der Sachverständige überzeugend ausführt.

Letztlich berücksichtigt der Sachverständige Dr. W für die bei der Klägerin vorliegende Depression einen GdB von 20. Er teilt insofern mit, dass es bei der bislang erfolgten Bemessung geblieben sei; eine Korrektur dieses nicht sein Fachgebiet betreffenden GdB nimmt der Sachverständige ausdrücklich nicht vor. Der Senat sah sich insofern jedoch nicht zu weiteren Ermittlungen gedrängt. Zu den psychischen Leiden der Klägerin liegen die versorgungsärztlichen psychiatrischen Stellungnahmen vom 02. Januar 2009 und vom 02. Juni 2010 vor. In seiner Stellungnahme vom 02. Januar 2009 hatte der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S unter Auswertung des erstinstanzlich eingeholten Befundberichts der behandelnden Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. C einen GdB für die bestehende Depression von 20 befürwortet. Dies hat er damit begründet, dass unter Ausschöpfung des Bewertungsrahmens bei dem mitgeteilten diagnostizierten reaktiv-depressiven Syndrom und Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, gedrückter Stimmungslage, anhaltenden Schlafstörungen sowie beruflicher und partnerschaftlicher Konfliktsituationen, die Bewertung der psychischen Leiden mit 20 gerechtfertigt sei. In der Stellungnahme vom 02. Juni 2010 wird unter Auswertung des im Berufungsverfahren eingeholten Befundberichts der Dr. C vom 25. Oktober 2009 durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S ausgeführt, dass eine chronifizierte und depressiv geprägte Somatisierungsstörung bei einem chronisch lumbalen Schmerzsyndrom nach Bandscheibenoperation 2006 mitgeteilt werde. Der neurologische Status werde als regelrecht beschrieben, im psychischen Status eine gedrückte Stimmungslage, eine affektiv emotional verminderte Modulations- und Resonanzfähigkeit, eine unruhige Psychomotorik, eine leidende Mimik und Gestik, reduzierter Antrieb und ein somatisch beschwerdefixiertes Denken sowie leicht reduzierte Konzentrations- und Merkfähigkeit. Da die Symptomatik nach Angaben der behandelnden Ärztin seit 2007 unverändert bestehe, sei eine Höherbewertung des depressiven Leidens nicht herleitbar. Erneut bestätigt wird diese Einschätzung durch die weitere Stellungnahme des Dr. S vom 18. November 2011. Diese Ausführungen sind unter Berücksichtigung der Vorgaben der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 3.7 sowie Nr. 26.3 AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 48) überzeugend, da danach leichtere psychovegetative und psychische Störungen mit einem GdB von 0-20 zu bewerten sind.

Aus den genannten Funktionsbeeinträchtigungen ist unter Berücksichtigung der oben dargestellten Kriterien zur Bildung des (Gesamt-)GdB kein GdB von mehr als 40 zu bilden. Ausgehend von den Wirbelsäulenschäden der Klägerin und einem Einzel-GdB von 30 ist der GdB aufgrund des Einzel-GdB von 20 für die Depression auf 40 zu erhöhen. Dabei ist zwar einerseits zu beachten, dass es – wie das erstinstanzliche Gericht zutreffend ausgeführt hat – zwischen dem Wirbelsäulenleiden und der depressiven Erkrankung erhebliche Überschneidungen gibt. Andererseits ist die gegenseitige Verstärkung der beiden Leiden zu berücksichtigen, so dass der Senat eine Anhebung des GdB auf 40 für gerechtfertigt erachtet. Eine weitere Erhöhung durch die jeweils mit 10 bewerteten weiteren Einzel-GdB ist nach (Teil A Nr. 3 d) ee) der Anlage zu § 2 VersMedV und Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3, 4 und AHP 2005 und 2008 (jeweils Seite 26) in aller Regel und so auch im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt. Eine weitere Erhöhung würde sich zudem nicht ergeben, wenn das Knieleiden entgegen der überzeugenden Einschätzungen des Sachverständigen Dr. W bereits mit einem GdB von 20 einzustufen wäre. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Sachverständige überzeugend ausführt, die geklagte Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit werde im Wesentlichen durch das operierte Wirbelsäulenleiden, nicht jedoch durch die Kniegelenksleiden ausgelöst.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst. Zu berücksichtigen war der teilweise Erfolg der Klage in der ersten Instanz durch das Anerkenntnis vom 20. Februar 2009, so dass die Kostenentscheidung in erster Instanz zu bestätigen war.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision sind nicht erfüllt, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB
Saved
2011-12-21