

L 8 SB 3568/12

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

8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen
S 4 SB 3426/08

Datum
31.07.2012

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

L 8 SB 3568/12
Datum

23.05.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 31.07.2012 sowie der Bescheid des Landratsamtes H. vom 30.06.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 09.10.2008 aufgehoben und der Beklagte wird verurteilt, für den Zeitraum vom 24.04.2008 bis 31.10.2013 einen GdB von 50 festzustellen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat der Klägerin die Hälfte ihrer außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 (statt 40) seit 24.04.2008 zusteht.

Die 1949 geborene Klägerin, deutsche Staatsangehörige, ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. Sie war bis zum Beginn der Altersteilzeit beim Stadtjugendamt H. beschäftigt.

Das Versorgungsamt H. stellte bei der Klägerin mit Bescheid vom 27.03.1984 (Blatt 17 der Beklagtenakte) eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 seit 22.09.1983 (Tag der Antragstellung) fest (zugrunde liegende Funktionsbeeinträchtigungen: Bewegungsstörung linkes Kniegelenk, Wirbelsäulensyndrom, psycho-vegetative Störung, jeweils mit einer MdE von 10 bewertet). Auf den Antrag der Klägerin vom 21.02.2005 (Blatt 70/71 der Beklagtenakte) und auf Grundlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 29.08.2005 (Blatt 86/87 der Beklagtenakte) stellte das Landratsamt H. (LRA) mit Bescheid vom 09.09.2005 (Blatt 88/89 der Beklagtenakte) einen GdB von 40 seit 09.03.2005 fest (zugrunde liegende Funktionsbeeinträchtigungen: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Fibromyalgiesyndrom: Teil-GdB 20; Psychovegetative Störungen, Depression: Teil-GdB 20; Funktionsbeeinträchtigung beider Kniegelenke, Arthrose, Knorpelschäden am Kniegelenk: Teil-GdB 20).

Am 24.04.2008 beantragte die Klägerin (Blatt 136/137 der Beklagtenakte) unter Vorlage medizinischer Berichte und Unterlagen (Blatt 142/149 der Beklagtenakte) erneut die höhere (Neu-)Feststellung ihres GdB. Unter diesen Unterlagen findet sich ein Bericht des Internisten/Rheumatologen Dr. D. über eine Untersuchung der Klägerin am 15.10.2007 (Blatt 142), der eine aktive entzündlich-rheumatische Erkrankung ausschloss, dagegen ein milde ausgeprägtes Fibromyalgiesyndrom annahm. Der Arzt für Orthopädie Dr. L. berichtete (Bericht vom 03.02.2008, Blatt 144 der Beklagtenakte) über Schmerzen nach Korrekturosteotomien an beiden Unterschenkeln, das Krankenhaus R. (Dr. B.) über progrediente Kniebeschwerden rechts bei ausgeprägter Valgusfehlstellung im rechten Kniegelenk und einem Zustand nach valgusierender extendierender Tibiakopfumstellungsosteotomie links (Bericht vom 08.02.2008, Blatt 145 der Beklagtenakte) und der Facharzt für Neurologie Dr. F. über einen Zustand nach zweimaliger Umstellungsosteotomie links sowie eine Schimmerzirritation von der LWS über das Gesäß auf die Ober- und Unterschenkelrückseite ausstrahlend (Bericht vom 27.02.2008, Blatt 147 der Beklagtenakte).

Das LRA zog eine Auskunft der behandelnden Ärztin Dr. B.-C. (Blatt 151 der Beklagtenakte) bei. Unter den von dieser vorgelegten Unterlagen findet sich ein Bericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N. vom 24.07.2007 (Blatt 152/153 der Beklagtenakte), in dem über einen Verdacht auf Lumboischialgien rechts sowie rezidivierende depressive Episoden berichtet wird ("zwischenzeitlich gute Remission der depressiven Erkrankung"). Dr. S. berichtet am 05.03.2008 (Blatt 159 der Beklagtenakte) über eine unklare S1 segmental anmutende Lumboischialgie rechts und Dr. S. am 21.04.2008 (Blatt 160 der Beklagtenakte) über eine Valgusgonarthrose rechts bei Zustand nach zweifacher Umstellungsosteotomie links.

Auf Grundlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.06.2008 der Versorgungsärztin S. (Blatt 163/164 der Beklagtenakte) lehnte das LRA die höhere (Neu-)Feststellung ab (Bescheid vom 30.06.2008, Blatt 165/166 der Beklagtenakte); es sei keine wesentliche Änderung in den Verhältnissen eingetreten (zugrundeliegende Funktionsbeeinträchtigungen: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Fibromyalgiesyndrom: Teil-GdB 20; Psychovegetative Störungen, Depression: Teil-GdB 20; Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Arthrose, Knorpelschäden am Kniegelenk: Teil-GdB 20; Gesamt-GdB 40).

Mit ihrem Widerspruch vom 03.07.2008 (Blatt 169 der Beklagtenakte) machte die Klägerin geltend (Blatt 174/175 der Beklagtenakte), die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit Fibromyalgiesyndrom und die Funktionsbehinderungen beider Kniegelenke mit entsprechenden degenerativen Veränderungen rechtfertigten jeweils einen Teil-GdB von 30, zusammen einen GdB von 50. Die Klägerin legte auch einen Bericht des Radiologen Dr. K. vom 30.06.2008 (Blatt 176 der Beklagtenakte) über ein MRT des rechten Knies vor, in dem eine progrediente aktivierte Pagonarthrose mit Chondromalazie Grad III, Außenmeniskusläsion Grad IV, Innenmeniskushinterhornläsion Grad II, Chondromalazie patellae Grad III - IV sowie eine Baker-Zyste beschrieben wurden.

Einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 30.09.2008 (Blatt 178 der Beklagtenakte) folgend wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 09.10.2008, Blatt 180/182 der Beklagtenakte).

Die Klägerin hat unter Hinweis auf die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und die Funktionsbeeinträchtigungen beider Kniegelenke, die mit einem Teil-GdB von jeweils 20 nicht ausreichend bewertet seien, am 23.10.2008 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben. Die Klägerin hat einen Bericht des Krankenhauses M. (Dr. S.) vom 11.03.2011, in dem eine Knie-TEP vorgeschlagen wurde (Blatt 67/68 der SG-Akte), und den Bericht des ärztlichen Direktors der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums H. Prof. Dr. B. vom 01.03.2011 (Blatt 69 der SG-Akte) vorgelegt, der über eine Hyperthyreose, eine Fibromyalgie und einen unveränderten Verdacht auf Seitengang-IPMN im Pankreaskopf (7x7 mm) berichtet.

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 17 der SG-Akte Bezug genommen. Der Arzt für Orthopädie Dr. L. hat dem SG am 04.01.2009 geschrieben, er halte es nicht für angebracht, die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und das Fibromyalgiesyndrom zusammenzufassen. Es bestehe derzeit eine freie Gehstrecke von 300 m unter Schmerzen. Die Konzentrationsfähigkeit sei aufgrund der Schmerzen eingeschränkt. Der GdB sei mit 50 anzusetzen.

Das SG hat nunmehr Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. D ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 29/47 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. D. hat in seinem Gutachten vom 26.07.2009 auf orthopädischem Fachgebiet eine beidseitige Pagonarthrose, rechts Zustand nach Arthroskopie, links Zustand nach mehrfachen OPs, u.a. zweimaliger Umstellungsosteotomien, eine radiologisch initiale Coxarthrose ohne Funktionseinschränkung, eine chronisch rezidivierende Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen ohne Neurologie, einen beginnenden Morbus Dupuytren beidseits, einen Zustand nach Karpaltunnel-OP beidseits, einen Zustand nach tiefer Weichteilverletzung rechter proximaler Oberschenkel festgestellt. Als nichtorthopädische Diagnosen hat er eine Adipositas, eine rezidivierende Bronchitis (allergisch), eine Depression, einen rezidivierenden Tinnitus, ein Lipödem, eine Hypothyreose und einen Zustand nach Harnwegsinfekt angegeben. Die beidseitige Gonarthrose, links nach mehrfachen Umstellungsosteotomien, sei als schwergradig einzustufen, die rezidivierende Lumbalgie ohne Neurologie dagegen als leicht. Für die Funktionsbehinderung der beiden Kniegelenke sei ein GdB von 40, für die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule ein GdB von 10 anzunehmen. Unter Berücksichtigung der depressiven Störung mit einem Teil-GdB von 20 sei ein Gesamt-GdB von 50 gerechtfertigt. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 23.12.2009 (Blatt 56/58 der SG-Akte) hat Dr. D. u.a. ausgeführt, er halte einen GdB von 40 für beide Kniegelenke für gerechtfertigt, da zum einen an beiden Kniegelenken eine Pagonarthrose vorhanden sei. Dieser Arthrosegrad sei viertgradig, der blanke Knochen läge in vielen Anteilen frei. Hinzu kämen die multiplen Vor-OPs des Kniegelenks mit Gefüßstörungen im Bereich der multiplen Vernarbungen. Die schmerzhaften anhaltenden Reizerscheinungen des Kniegelenks hätten bereits zu einer messbaren Atrophie der Unterschenkelmuskulatur geführt. Auch am Kniegelenk der Gegenseite sei bereits eine deutliche Pagonarthrose vorhanden, hinzu käme noch eine erhebliche Valgisierung rechts, welche sich im Stehen noch verstärke. Auch auf der rechten Seite seien entsprechende Beschwerden vorhanden.

Dem ist der Beklagte unter Vorlage von versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 24.09.2009 und Dr. R. vom 08.04.2010 entgegengetreten. Der Teil-GdB von 40 für die Knie sei bei fehlender Bewegungseinschränkung nicht vertretbar, es ließe sich eher ein Teil-GdB von 30 für die Knie und ein Teil-GdB von 10 für die Wirbelsäule sowie 20 für die psychovegetative Störung/Depression/Fibromyalgiesyndrom rechtfertigen.

Nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 10.10.2011 (zur Niederschrift vgl. Blatt 73 der SG-Akte) hat das SG die Dipl.-Psychologin P. als sachverständige Zeugin befragt. In ihrer Auskunft vom 04.11.2011 (Blatt 76/77 der SG-Akte) hat diese eine schwere depressive Erkrankung angegeben und u.a. ausgeführt, die psychische Beeinträchtigung der Klägerin sei, wenn überhaupt, dann nur geringfügig berücksichtigt.

Am 01.12.2011 wurde bei der Klägerin eine Kniegelenksendoprothesenoperation (Knie-TEP) rechts durchgeführt (Blatt 80/82 der Senatsakte).

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens bei Dr. B ... In seinem Gutachten vom 21.02.2012 (Blatt 84/101 der SG-Akte) hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. angegeben, es bestehe eine vielschichtige Persönlichkeitsakzentuierung mit - resultierend - eingeschränkter Konfliktfähigkeit, vermehrter affektiver und psychovegetativer Labilität sowie vorübergehend auftretenden kurzzeitig depressiven Reaktionen sowie mit Neigung zur Somatisierung, ohne Anhalt für überdauernde eigenständig krankheitswertige depressive Symptomatik und ohne Anhalt für überdauernde richtungsweisende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft oder etwa der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Die Klägerin hat zu diesem Gutachten eine eigene Stellungnahme eingereicht (Blatt 104/110 der SG-Akte), in der sie ihre Lebenssituation und Erkrankungen schildert. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 31.05.2012 (Blatt 117/119 der SG-Akte) hat Dr. B. auch in Kenntnis

des Schreibens der Klägerin an seiner Einschätzung festgehalten.

Das SG hat die Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie E. als sachverständige Zeugin schriftlich befragt. In ihrer Auskunft vom 30.05.2012 hat Frau E. mitgeteilt, die Klägerin vom 06.11.2003 bis Dezember 2005 sowie am 13.04.2012 und am 25.04.2012 behandelt zu haben. Sie gibt eine rezidivierende mittelschwere depressive Störung an, die sie mit einem Teil-GdB von 40 bewertet. Es sei von einer 90%igen Rückfallwahrscheinlichkeit auszugehen, sodass der Teil-GdB mit 20 zu niedrig angesetzt sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 31.07.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 50. Die Bewertung der Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Arthrose und Knorpelschäden am Kniegelenk mit einem Teil-GdB von 30, der psychovegetativen Störungen und der Depression mit einem Teil-GdB von 20 und der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10 sei rechtmäßig, sodass der Gesamt-GdB mit 40 zutreffend bemessen sei. Aus den von Dr. D. vor der Knie-TEP rechts gemessenen Bewegungsmaßen ergebe sich - bereits vor der OP - eine Bewegungseinschränkung von 0/0/115°, weshalb von einem Teil-GdB von 10 bis 20 auszugehen sei. Da bei einer Versteifung des Kniegelenkes in günstiger Stellung ein Teil-GdB von 30 und in ungünstiger Stellung ein Teil-GdB von 40 bis 60 vorsehen sei, sei ein höherer GdB als 30 für die Kniegelenke nicht angemessen. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei der GdB mit 20 korrekt bewertet. Anhand des geschilderten Tagesablaufes und des Freizeitverhaltens lasse sich eine richtungsweisende überdauernde depressive Einschränkung nicht feststellen. Das Fibromyalgiesyndrom liege allenfalls in einer leichten Ausprägung vor. Für eine weitreichendere Beeinträchtigung ergeben sich nicht genügend Anhaltspunkte, zumal auch eine thymolepische Therapie abgelehnt werde.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 02.08.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 17.08.2012 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Es seien beide Knie betroffen. Zwar sei die Operation am rechten Knie erfolgt und das Knie durch eine Knie-TEP ersetzt worden, jedoch lägen noch immer erhebliche Restbeschwerden vor, die die Beweglichkeit erheblich einschränkten. So sei sie weder in der Lage, auf dem rechten Knie noch auf dem linken Knie zu knien. Im Haushalt sowie im täglichen Leben sei sie dadurch erheblich eingeschränkt. Treppensteigen falle extrem schwer, da sie hier noch immer dauerhaft an Schmerzen leide und deshalb regelmäßig das Schmerzmittel Ibuprofen 600 mg einnehme. Sie habe immer Gehhilfen dabei und bei längeren Wegen von ca. 10 Minuten werde das Knie immer noch sehr dick. Hinzu komme, dass sie aufgrund des Lipödems starke Stützstrümpfe tragen müsse. Des Weiteren bestehe ein beidseitiger Morbus Dupuytren. Dieser führe zu erheblichen Einschränkungen der Beweglichkeit der Hände und Finger. Aus den Berichten des Universitätsklinikums H. gehe die Diagnose des Seitengang-IPMN des Pankreaskopfes hervor. Dieser Befund stelle ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar und belaste sie psychisch enorm. Psychische Probleme habe sie seit längerem. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B. habe sie sich offensichtlich in einer Hochphase befunden, was einem erfahrenen Facharzt hätte auffallen müssen. Es wechselten sich äußerst kurze Hochphasen mit längeren Tiefphasen ab, die dann zu einem absoluten Rückzug und zu erheblichen innerfamiliären Problemen führten. Darüber hinaus sei auch die Stärke des Tinnitus davon abhängig, inwieweit sie sich durch ihre Schmerzen und der psychischen Erkrankung beeinträchtigt fühle. Grundsätzlich sei der Tinnitus immer vorhanden und führe zu Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen. Mit Schreiben vom 12.04.2013 (Blatt 65/67 der Senatsakte) hat die Klägerin vorgetragen, wegen der Knie-TEP würden noch immer Krankengymnastik verordnet werden. Auch wenn es gelinge, den Befunde an der Pankreas tageweise auszublenden, so gelinge dies nicht immer und führe zu erheblichen psychischen Belastungen.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 31.07.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids des Landratsamtes H. vom 30.06.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 09.10.2008 zu verurteilen, bei ihr seit dem 24.04.2008 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 21.06.2012 sei darauf hingewiesen worden, dass durch die Knie-TEP rechts eine Besserung eingetreten sein könnte, so dass der zuletzt festgestellte Teil-GdB von 30 seitens des Kniegelenke nicht mehr zutrefe. Was die Diagnose des Seitengang-IPMN des Pankreaskopfes anbelange, so sei hierdurch keine Beeinträchtigung gegeben. Alle neun Monate finde eine Kontrolle im Pankreaszentrum in H. statt. Bisher habe sich der Befund nicht verändert. Beschwerden habe die Klägerin keine.

Die Klägerin hat vorgelegt - eine Information zum Leben mit einem künstlichen Hüftgelenk (Blatt 39/49 der Senatsakte), - einen Bericht des Arztes für Orthopädie Dr. L. vom 01.11.2012 (Blatt 50 der Senatsakte), - Berichte von Prof. Dr. B./Dr. S. vom 02.12.2011, 15.08.2012 und vom 20.09.2010 (Blatt 51/52, 55/56, 57 der Senatsakte), - einen Bericht des Gastroenterologen Dr. P. vom 20.01.2011 (Blatt 53 der Senatsakte), - einen Laborbericht (Blatt 54 der Senatsakte), - einen Bericht der Klinik a. G. (Dr. W.) vom 18.11.2009 (Blatt 58 der Senatsakte) sowie einen Bericht vom 05.11.2009 (Blatt 59/60 der Senatsakte), - einen AHB-Entlassbericht der S.-Klinik vom 04.01.2012 (Blatt 68/70 der Senatsakte), - einen Bericht des Internisten und Rheumatologen Dr. D. vom 19.02.2013 (Blatt 71 der Senatsakte).

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 76/91, 108/109 und 111/115 der Senatsakte Bezug genommen. Der Arzt für Orthopädie Dr. L. hat im Schreiben vom 20.05.2013 mitgeteilt, die Gonarthrose rechts und die Knie-TEP links sei mit einem TeilGdB von 30, das LWS-Syndrom mit einem Teil-GdB von 20, das Fibromyalgiesyndrom mit einem Teil-GdB von 30 und die Restbeschwerden nach CTS-Operation bds. mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Dr. S. hat in seiner Auskunft vom 04.10.2013 angegeben, nach Komplettierung der Diagnostik des zystischen Pankreasprozesses die Diagnose des Verdachtes auf eine Seitengang-IPMN (intraduktale polypöse muzinöse Neoplasie) gestellt zu haben; ferner bestehe eine Hypothyreose. In Bezug auf die Bauchspeicheldrüse habe die Klägerin keinerlei Beschwerden angegeben. Er hat auch ausgeführt, ein GdB sei für die Erkrankung nicht in Ansatz zu bringen. Der Arzt für Hals-/Nasen-/Ohrenkrankheiten Dr. W. hat dem Senat am 07.10.2013 geschrieben, zunächst habe sich keine Funktionsbeeinträchtigung dauerhafter Art gefunden, zuletzt sei jedoch über einen beidseitigen Tinnitus geklagt worden. Der GdB werde aufgrund des Ohrgeräusches auf unter 10 geschätzt, tonschwellenaudiometrisch lägen altersentsprechende Befunde vor.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. W. sowie eines nervenärztlichen Gutachtens bei Dr. S. ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 119/145 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. W., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat in seinem Gutachten vom 21.10.2013 auf dem orthopädischen Fachgebiet eine

Kniegelenkstotalendoprothese rechts, eine Pangonarthrose Stadium Kellgren IV links, ein degeneratives Cervical- und Lumbalsyndrom ohne Nervenwurzelirritationen, einen Morbus Dupuytren mit Bewegungseinschränkung des 5. Fingers links, Senk-Spreizfüße mit Metatarsalgie und Krallenzehenfehlstellung II bis IV rechts sowie beidseitige Lipödeme diagnostiziert. Die Kniegelenkstotalendoprothese rechts und die fortgeschrittene Gonarthrose links seien mit einem Teil-GdB von 40, das degenerative Wirbelsäulensyndrom mit einem Teil-GdB von 10 zu bemessen. Insgesamt hat Dr. W. - unter Berücksichtigung eines Teil-GdB für die Funktionsbehinderungen auf nervenärztlichem Fachgebiet von 20 - einen GdB von 50 angenommen. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 07.01.2014 eine wiederkehrende depressive Symptomatik dargestellt, welche offenbar bereits Jahrzehnte zurückreiche, zurzeit aber nicht zu belangvollen Beeinträchtigungen führe. Die depressive Symptomatik sei als geringfügig bis leicht einzustufen. Es liege zwar zurzeit eine Besserung der depressiven Störung vor, diese sei aber insoweit nicht völlig stabil als mit Schwankungen auch in Zukunft gerechnet werden müsse. Allein der Teil-GdB für die depressive Symptomatik unter Einbeziehung der früher anerkannten "psychovegetativen Störungen" liege bei maximal 20. Bei der derzeitigen Befundkonstellation könne nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 40 ausgegangen werden, da der Teil-GdB für die Depression mit 20 eher etwas "großzügig" angesetzt sei, da bisherige und künftige Schwankungen mit berücksichtigt seien. Auch seien anerkannte degenerative Veränderungen der Wirbelsäule nicht, wie früher in den Unterlagen verzeichnet, mit neurologischen Symptomen im Sinne von Wurzelreiz- oder Ausfallserscheinungen verbunden.

Der Beklagte hat hierzu unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 31.03.2014 (Blatt 164/166 der Senatsakte) ausgeführt, Dr. W. habe einen GdB von 10 für das degenerative Wirbelsäulensyndrom bestätigt. Angesichts der von Dr. W. erhobenen Befunde zu den Kniegelenken sei ein GdB von 40 für beide Kniegelenke vertretbar. Dr. W. könne nicht gefolgt werden soweit er im vorliegenden Fall ohne weitere differenzierte Beurteilung aufgrund eines weiteren Einzel-GdB-Wertes von 20 einen Gesamt-GdB von 50 bilde. Vielmehr sei der Einschätzung von Dr. S. zuzustimmen, der zwar einen GdB von 20 für die rezidivierende depressive Störung bestätigt, in der Gesamtbeurteilung jedoch keinen höheren Gesamt-GdB als 40 sehe. Nach der Einschätzung von Herrn Dr. S. sei der Einzel-GdB von 20 für die depressive Störung eher großzügig angesetzt. Gestützt werde diese Einschätzung durch die gutachtliche Beurteilung von Dr. B., der einen GdB von 20 für die psychische Beeinträchtigung bereits eher im oberen Ermessensspielraum ansiedelt habe.

Die Klägerin hat zuletzt (Blatt 169/171 der Senatsakte) ausgeführt ihr früherer Hausarzt Dr. K. habe Lexotanil verordnet. Dr. S. habe Tatsachen und auch ihre Angaben falsch in seinem Gutachten wiedergegeben. Seit einem Jahr nehme sie konsequent das Medikament Citalopram ein, da sie eingesehen habe, dass es ohne die Einnahme dieses Medikamentes nicht mehr gehe. Sehr geholfen habe ihr der Hinweis der behandelnden Therapeutin, dass sie doch zu diesem Medikament ebenso eine Einstellung entwickeln solle wie zu ihrem Schilddrüsenmittel.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und teilweise begründet.

Gegenüber dem der GdB-Feststellung zuletzt zugrundeliegenden Bescheid vom 09.09.2005 (Blatt 88/89 der Beklagtenakte) ist eine rechtserhebliche wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) eingetreten, denn der (Gesamt-)GdB war für die Zeit vom 24.04.2008 (Tag der Antragstellung) bis zum 31.10.2013 mit 50, danach wegen der Stabilisierung der psychischen Erkrankung in Folge eines Medikationswechsels im November 2013 wiederum mit 40 zu bewerten. Der angefochtene Bescheid vom 30.06.2008 (Blatt 165/166 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.10.2008 (Blatt 180/182 der Beklagtenakte) ist daher teilweise rechtswidrig, die Klägerin wird insoweit in ihren Rechten verletzt.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen zutreffend dargestellt, der Senat nimmt hierauf Bezug. Der Senat ist jedoch aufgrund seiner Prüfung nach Durchführung der Beweisaufnahme zu der Überzeugung gelangt, dass der GdB vom 24.04.2008 bis zum 31.10.2013 mit 50, danach weiterhin mit 40 zu bewerten ist. Im Funktionssystem des Rumpfes (A Nr. 2 Buchst. e VG; A 10. (12) AHP 2008), zu dem der Senat auch die Halswirbelsäule zählt, hat Dr. L. in einem Attest vom 01.11.2012 (Blatt 50 der Senatsakte) ein degeneratives HWS-Syndrom mit Zervikophalgie sowie eine chronische Lumbago bei Osteochondrose an der unteren LWS mitgeteilt. In seiner Zeugenauskunft hat er dies gegenüber dem Senat bestätigt (Blatt 76 der Senatsakte) und eine Teilsteife der LWS sowie eine chronische Lumbago bei degenerativen Veränderungen i.S. einer Osteochondrose an der unteren LWS links dargestellt. Der orthopädische Gutachter Dr. W. hat in seinem Gutachten hinsichtlich der Wirbelsäule folgende Bewegungsmaße erhoben (Blatt 132 der Senatsakte = Seite 14 des Gutachtens): HWS Normalwerte gemessene Werte Vorneigen/Rückneigen (35-45)-0-(35-45) 40-0-40 Rotation rechts/links (60-80)-0-(60-80) 70-0-70 Seitneigung rechts/links 45-0-45 20-0-20 BWS/LWS Beckentiefstand keiner keiner DF-Reihe: BWS-LWS im Lot im Lot Seitprofil harmonisch harmonisch Vorneigen/Rückneigen 45-0-35 45-0-25 Finger-Boden-Abstand 0 cm 5 cm Finger-Fußspitzen-Abstand auf U-Liege 0 cm 0 cm Seitneigen rechts/links 35-0-35 30-0-30 Ott DF C7- 30 cm kaudal 30/33 cm 30/33 cm Dr. W. konnte eine im Lot stehende Wirbelsäule ohne Seitverbiegung darstellen. Myogelosen waren in keinem Wirbelsäulenabschnitt vorhanden. Die Rotation im Sitzen konnte seitgleich und ohne Schmerzen durchgeführt werden. An der HWS hat Dr. W. eine physiologische Lordose festgestellt. Röntgenologisch konnte er an der HWS und der LWS geringe Veränderungen feststellen. Nervenwurzelreizungen konnte aber weder Dr. W. noch Dr. L. mitteilen; auch Dr. D. konnte dies nicht (vgl. Blatt 44 der SG-Akte = Seite 16 des Gutachtens). Daher konnte der Senat lediglich Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen i.S.d. B Nr. 18.9 VG bzw. zuvor 26.18 AHP 2008 feststellen. Mittelschwere funktionelle Auswirkungen, die einen Teil-GdB von 20 begründen könnten, konnte der Senat aber auf Basis der vorliegenden Unterlagen nicht feststellen. Der Teil-GdB im Funktionssystem des Rumpfes ist daher mit 10 zu bemessen.

Das Funktionssystem der Arme (A Nr. 2 Buchst. e) VG ist durch den Morbus Dupuytren und den Zustand nach einem operierten Karpaltunnelsyndrom betroffen. Dr. W. konnte an der linken Hand eine Einschränkung der Streckbarkeit des 5. Fingers im Grundgelenk von ca. 20 Grad feststellen, an der linken Hand bestand ebenfalls im 5. Strahl eine Palmarfascie und eine beginnende Verdickung aber ohne funktionelle Auswirkungen. Vor dem Hintergrund der Vorgaben von B Nr. 18.13 der VG bzw. 26.18 AHP 2008 kann aber weder von einer relevanten Einschränkung der Handbeweglichkeit als solcher noch von der Versteifung oder dem Verlust von Fingern ausgegangen werden, sodass hier kein eigenständiger Teil-GdB anzusetzen war (so auch Dr. W., Blatt 141 der Senatsakte = Seite 23 des Gutachtens).

Auf orthopädischem Fachgebiet betrifft die wesentliche Gesundheitsstörung der Klägerin das Funktionssystem der Beine (A Nr. 2 Buchst. e) VG). Hier bestehen Gesundheitsstörungen an beiden Knien, durch ein Lipödem, sowie Senk-/Spreizfüße mit Metatarsalgie und Krallenzehenstellung.

Hinsichtlich der Gesundheitsstörungen an beiden Knien ist schon durch die Knie-TEP vom 01.12.2011 eine wesentliche Änderung eingetreten. Nach B Nr. 18.12 VG beträgt der GdB bei einer einseitigen Knie-TEP rechts mindestens 20. Dr. W. konnte hier von einer guten Versorgung berichten (Blatt 141 der Senatsakte = Seite 23 des Gutachtens), was auch den Berichten des operierenden Krankenhauses M. (Dr. S., Blatt 87/88 der Senatsakte) entspricht. Dort war die Klägerin nach komplikationslosem Eingriff bei regelrechter Stellung der Prothese, reizlosen Wundverhältnissen und einer Beweglichkeit des Knies von 0/0/90 entlassen worden. Auch der Bericht der AHB in der S.klinik (Blatt 68/70 der Senatsakte) bestätigt die Befunde von Dr. W. ... Die Klägerin war dort nach der Anschlussheilbehandlung bei sicherem Gangbild an zwei Unterarmgehstützen mit Vollbelastung des rechten Beines, guter Gelenkfunktion und Mobilität entlassen haben. Dr. W. hat in seinem Gutachten eine Beweglichkeit von 0/0/120 festgestellt (Blatt 137 der Senatsakte = Seite 19 des Gutachtens). Daher ist für das rechte Kniegelenk ein Teil-GdB von 20 anzusetzen. Dagegen ist für das linke Kniegelenk angesichts der nun auch hier von Dr. W. festgestellten Knorpelveränderungen im Stadium Kellgren IV ein Teil-GdB von 30 anzunehmen. Insoweit haben Dr. W. (Blatt 141 der Senatsakte = Seite 23 des Gutachtens) übereinstimmend mit dem Versorgungsarzt Dr. G. (Blatt 165 der Senatsakte) einen Teil-GdB von 30, für beide Knie zusammen einen Teil-GdB von 40, für angemessen erachtet. Die Beeinträchtigung des linken Kniegelenkes mit deutlicher schmerzhafter Funktionseinschränkung bzgl. Bewegung (Bewegungsmaß 100/0/0, Blatt 137 der Senatsakte = Seite 19 des Gutachtens), Stabilität, passiv und aktiv sowie der Knorpelschädigung Grad IV mit rezidivierenden Reizzuständen - Dr. W. beschreibt die Gesundheitsstörung als Konturverplumpung, fortgeschrittene Kniegelenksarthrose links mit leichter Bewegungseinschränkung, Kapselschwellung und medialer Bandlockerung - bedingen eine funktionelle Beeinträchtigung, für die auch nach Auffassung des Senats ein Teil-GdB von 30 angesetzt werden kann. Unter Berücksichtigung der gegenseitigen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen und funktionellen Beeinträchtigungen an beiden Knien kann hier ein gemeinsamer Teil-GdB von 40 für beide Knie gemeinsam angesetzt werden.

Auch für die Zeit vor der Knie-TEP vom 01.12.2012 ist der Teil-GdB mit 40 anzusetzen. Insoweit hat Dr. D. die Klägerin noch vor der Knie-TEP rechts begutachtet. Er hat dort anhaltende Reizerscheinungen bei Bewegungseinschränkungen festgestellt. Zwar erreichen die Bewegungseinschränkungen noch nicht das Maß von 0/0/90, doch bestehen (schwergradige) ausgeprägte schmerzhaft Knorpelschäden, die röntgenologisch im linken Kniegelenk mit einem Stadium (Grad) III - Dr. W. hat bei seiner Untersuchung dann ein Stadium Kellgren IV gefunden (Blatt 139 der Senatsakte) -, und rechts mit Stadium (Grad) III-IV beschrieben sind (Blatt 43 der SG-Akte). Diese ausgeprägten Knorpelschäden sind entsprechend B Nr. 18.14 VG bzw 26.18 AHP 2008 bis zur Knie-TEP rechts mit einem Teil-GdB von 30 sowie links mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Dass Dr. D. keinen Erguss in den Knien hat feststellen können, dagegen einen beidseits deutlichen Kniescheibenandruck- und -verschiebeschmerz, spricht entgegen der Bewertung von Dr. W. (Stellungnahme vom 24.09.2009) nicht gegen die Annahme "anhaltender Reizerscheinungen" i.S.v. der VG B Nr. 18.14, wie Dr. D. für den Senat überzeugend ausgeführt hat. Solche Reizerscheinungen mit Schmerzen sind in dem diagnostizierten Stadium der Knorpeldegeneration bei völliger Knorpelglatze ohne weiteres gegeben. Die Bewertung des Teil-GdB 40, wie vom Senat vorgenommen, für die Kniegelenkbeeinträchtigung vor der TEP-Operation hat auch der Sachverständige Dr. W. als zutreffend beurteilt, denn er hat die ebenso mit GdB 40 bewertete Kniegelenksituation seit April 2008 als durchgehend vorliegend angesehen (ab Operation 2012 mit Teil-GdB 30 links für die jetzt dort fortgeschrittene Knorpeldegeneration). Damit ist auch vor der Knie-TEP rechts für beide Knie zusammen ein Einzel-GdB von 40 anzusetzen.

Das Lipödem führt im Funktionssystem der Beine nicht zu einer Erhöhung des im Funktionssystem anzunehmenden Einzel-GdB. Selbst wenn dieses einem Lymphödem gleichgestellt würde (dazu B Nr. 9.2.3 VG bzw. 26.9 AHP 2008) bestünde zwar das Erfordernis einer Kompressionsbandage. Die Gesundheitsstörung ist jedoch ansonsten ohne wesentliche Funktionsbehinderung geblieben, weshalb allenfalls ein Teil-GdB von 10, der auch den Einzel-GdB im Funktionssystem nicht erhöhen würde, anzunehmen wäre.

Die Senk-/Spreizfußbildung mit Metatarsalgie sowie Krallenzehenstellung haben ebenfalls nicht zu funktionellen Auswirkungen geführt, weshalb hierfür - mit dem Gutachter Dr. W. - kein eigener Teil-GdB anzusetzen ist.

Insgesamt ist daher auch unter integrierender Betrachtung der im Funktionssystem der Beine bestehenden Gesundheitsstörungen und funktionellen Beeinträchtigungen, die im Wesentlichen alleine durch die Gesundheitsstörungen der Knie geprägt sind, seit Antragstellung ein durchgehender Einzel-GdB von 40 angemessen. Dabei hat der Senat auch berücksichtigt, dass die Folgen der Knieerkrankungen und die Behandlung des Lipödems mit engen Strümpfen sich gegenseitig beeinflussen.

Die nur von Dr. D. diagnostizierte Fibromyalgie - Prof. Dr. B. führt sie im Arztbrief vom 01.03.2011 nur als andernorts gestellte Diagnose an - ist mangels umschriebener Befundlage für den Senat nicht überzeugend nachgewiesen. Deren unterstellte Auswirkungen wären nach B Nr. 18.4 VG bzw. 26.18 AHP 2008 jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis hat Dr. D. medizinisch ausgeschlossen. Funktionelle Beeinträchtigungen körperlich-organischer Art, die das Beschwerdebild einer Fibromyalgie begründen, bestehen nach den orthopädischen Gutachten aber nicht. Ausgeprägte Schmerzsyndrome haben die nervenärztlichen Gutachter im Rahmen der Bewertung des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche ebenso wenig beschrieben. Dr. S. hat nur rezidivierende depressive Störungen mit derzeit leichter Episode diagnostiziert, Dr. B. nur eine - nicht krankheitswertige - persönlichkeitsbedingte Neigung zur Somatisierung.

Im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels besteht eine mitgeteilte Adipositas. Diese bedingt nach B Nr. 15.3 VG bzw. 26.15 AHP 2008 allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können in den dortigen Funktionssystemen die Annahme eines GdB begründen; gleiches gilt auch für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna. Da aber solche Funktionsbeeinträchtigungen nicht feststellbar waren, war ein eigenständiger Teil-GdB nicht zuzuerkennen.

Der von Prof. Dr. B./Dr. S. mitgeteilte Verdacht auf eine Seitengang-IPMN (intraduktale polypöse muzinöse Neoplasie) der Pankreas betrifft ebenso wie die diagnostizierte Hypothyreose das Funktionssystem der Verdauung (A Nr. 2 Buchst. e) VG). Der GdB für Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse wird bestimmt durch die Art und Schwere der Organveränderungen sowie der Funktionseinbußen, durch das Ausmaß der Beschwerden, die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und die Notwendigkeit einer besonderen Kostform (B 10.3 VG bzw. 26.10 AHP 2008). Da die Klägerin aber in Bezug auf die Bauchspeicheldrüse weder Prof. Dr. B./Dr. S.

noch dem Senat irgendwelche Beschwerden angeben konnte, lediglich regelmäßige Kontrollen durchzuführen hat, eine Organveränderung nicht vorliegt und auch bestimmte Kostformen nicht eingehalten werden müssen, wird die Lebensführung der Klägerin insoweit nicht beeinträchtigt. Daher ist mit der Bewertung durch Prof. Dr. B./Dr. S. ein eigenständiger Teil-GdB im Funktionssystem der Verdauung nicht anzunehmen. Soweit die Klägerin psychische Beeinträchtigungen geltend macht, sind diese - soweit sie regelmäßig mit den vorhandenen Gesundheitsstörungen zusammenhängen - bereits hier bewertet und erfasst, im Übrigen wird auf die Bewertung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (s. unten) verwiesen.

Im Funktionssystem der Ohren (A Nr. 2 Buchst. e) VG) hat die Klägerin einen beidseitigen Tinnitus angegeben. Dr. W. konnte gegenüber dem Senat weder einen pathologischen Befund im Ohr feststellen noch psychische Begleiterscheinungen darstellen; ebensowenig der nervenärztlichen Gutachter Dr. S., sodass für die Funktionsbeeinträchtigung gemäß B Nr. 5.3 VG bzw. 26.5 AHP 2008 ein eigenständiger Teil-GdB nicht anzusetzen war. Sonstige Gdb-relevante Funktionsbehinderungen im Ohr lassen sich auch der Auskunft von Dr. W. und dem dazu vorgelegten Tonschwellenaudiogramm (Blatt 113/114 der Senatsakte) nicht entnehmen.

Die psychischen Gesundheitsstörungen der Klägerin sind im Funktionssystem des Gehirns einschließlich Psyche zu berücksichtigen. Hier konnte sich der Senat aber im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. B. und Dr. S. lediglich vom Vorliegen einer leichteren psychovegetativen bzw. psychischen Störung überzeugen, die nach B Nr. 3.7 VG bzw. 26.3 AHP 2008 mit einem Teil-GdB-Wert von 20 bewertet werden kann. So hat Dr. S. die Klägerin als stimmungsmäßig ausgeglichen und ohne Affektlabilität oder eine Einengung der affektiven Schwingungsbreite erlebt. Der Gedankengang war nicht verlangsamt oder agitiert, auch gedankeninhaltlich ergaben sich keine pathologischen Auffälligkeiten; gelegentlich hatte die Klägerin themenabhängig leicht gedrückt gewirkt, Befunde im Sinne einer bereits gravierenden depressiven Störung konnte Dr. S. aber nicht feststellen. Die Klägerin ist bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Ein höhergradiges hirnorganisches Psychosyndrom liegt nicht vor; die mnestischen und intellektuellen Funktionen sind ausreichend. Eine Affektlabilität besteht zur Zeit nicht. Durch die 2013 umgestellte Medikation hat sich bei der Klägerin eine frühere depressive Symptomatik zurzeit insoweit gebessert, als sie sowohl subjektiv wie auch nach dem aktuellen klinischen Befund stabilisiert ist, weshalb der Senat seit November 2013 lediglich noch von einem Teil-GdB von 10 ausgehen konnte. Hinsichtlich Depressionen konnte Dr. S. unter Auswertung der Akten von depressiven Episoden ausgehen, welche über die Jahre deutlich rückläufig gewesen waren. Eine eigenständige und bereits belangvolle Depression liegt nicht vor. Dem entspricht auch, dass die Klägerin dem Gutachter (nach Umstellung der Medikation) mitgeteilt hatte, sie fühle sich zurzeit stimmungsmäßig stabil und ausgeglichen (Blatt 150 der Senatsakte = Seite 17 des Gutachtens). Auch konnte Dr. S. vom klinischen Eindruck her, im Kontaktverhalten, in Gestik, Mimik, Körperhaltung und Ausdrucksverhalten keine Hinweise auf eine belangvolle Depression finden. Frühere mit biographischen Belastungen korrelierte Stimmungsschwankungen konnte Dr. S. nachvollziehen, jedoch daraus keine überdauernde Depressivität feststellen. Dem entspricht, dass der Gutachter keine Rückzugstendenzen feststellen konnte. Auch der Senat konnte dies nicht. Denn nicht nur aus dem Gutachten von Dr. S. und Dr. B., auch aus den Ausführungen der Klägerin selbst gegenüber dem SG und dem Senat konnte der Senat eine solche Rückzugstendenz nicht erkennen. So hat die Klägerin angegeben, einen kleinen aber guten Freundeskreis zu haben, den Haushalt alleine zu erledigen - früher neben der beruflichen Belastung her -, ehrenamtlich Altenheime besucht zu haben und in einer Keramikgruppe gewesen zu sein, gerne zu telefonieren und die Teilnahme an einem Pilates-Aufbaukurs zu planen. Auch aus ihrem Schreiben vom 15.03.2012 (Blatt 104/110 der SG-Akte) wird zwar die persönliche, familiäre und berufliche Belastung der Klägerin über Jahre hinweg ersichtlich, doch zeigt dieses Schreiben auch, dass die Klägerin immer wieder in der Lage war die Situationen ohne sozialen Rückzug zu meistern. Hierzu hat Dr. S. ausgeführt, die Klägerin habe sich immer wieder hilflos Situationen ausgeliefert gefühlt. Insoweit wird aber auch gerade aus diesem Schreiben deutlich, was Dr. S. damit beschreibt, dass es immer wieder zu rezidivierenden depressiven Störungen gekommen war, zum jetzigen Zeitpunkt aber sowohl subjektiv wie nach den aktuellen Befunden eine Stabilisierung vorliege. Auf dieser Grundlage kann sich der Senat der Einschätzung von Dr. S. zur Gesundheitsstörung (rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode) und der GdB-Bewertung (20) - jedenfalls bis 31.10.2013 - anschließen; danach war der Teil-GdB mit 10 zu bewerten. Die leichten primärpersönlichen Besonderheiten bedingen keinen eigenständigen GdB, sie verlassen noch nicht den "normalpsychologischen Rahmen". Auch die Depression ist zurzeit nicht belangvoll ausgeprägt. Dass die Erkrankung mit rezidivierenden depressiven Episoden bereits als ausgeheilt anzusehen ist, hat der Senat nicht zuverlässig zur vollen Überzeugung feststellen können. Dr. S. selbst gibt an, es sei mit entsprechenden Schwankungen auch in Zukunft zu rechnen, was auch der von Psychiaterin Erben mitgeteilten Einschätzung - sie gibt ein Rückfallrisiko von 90 % an - entspricht. Im Hinblick auf die Stabilisierung mit jedenfalls längeren Intervallen zwischen den depressiven Episoden war daher nach der Medikationsumstellung im November 2013 ein Teil-GdB von 10 anzunehmen.

Der höheren GdB-Einschätzung von Frau E. (Blatt 115/116 der SG-Akte) und Frau P. (Blatt 76/77 der SG-Akte) konnte sich der Senat nicht anschließen. So konnte zwar die Diplom-Psychologin P. eine annähernd durchgehende analytische Langzeittherapie berichten. Doch hat sie keinerlei Umstände geschildert, die auch dem von der Klägerin angegebenen schwankenden Krankheitsverlauf gerecht werden. Die von Diplom-Psychologin P. angenommene durchgängige schwere depressive Erkrankung konnte der Senat - bei gleichzeitiger Berufstätigkeit der Klägerin ohne häufige bzw. dauernde Arbeitsunfähigkeit - nicht nachvollziehen. Psychische Befunde hat Dipl. Psych. P. nicht mitgeteilt. Auch die Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie E. hat Frau P. widersprochen, als diese nämlich lediglich eine rezidivierende mittelschwere depressive Störung angenommen hat. Dass die rezidivierende Erkrankung nicht ausgeheilt ist und mit einem Rezidiv auch in der Zukunft gerechnet werden muss, ist für den Senat nachvollziehbar. Weshalb aber bei einer Querschnittsbetrachtung unter Berücksichtigung auch der erkrankungsfreien Zeiträume ein Teil-GdB von 40 anzunehmen ist, konnte Frau E. nicht nachvollziehbar darlegen. Daher hält der Senat den von Dr. S. angenommenen Ansatz eines Teil-GdB von 20 jedenfalls für den Zeitraum vor November 2013 für überzeugender. Auch dem Gutachten Dr. B. lässt sich kein Befund entnehmen, der auf eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit hindeuten würde. Der Senat hat unter kritischer Prüfung des Gutachtens - insbesondere vor dem Hintergrund der Ausführungen der Klägerin, der Therapeuten E. und P. und des Gutachtens von Dr. S. - die Ausführungen von Dr. B., die im Ergebnis denjenigen von Dr. S. ähneln, nachzuvollziehen vermocht und in seine Entscheidung mit eingestellt.

Auch wenn die Klägerin selbst angibt, die Seitengang-IPMN der Pankreas belaste sie, hat keiner der behandelnden Ärzte/Therapeuten, insbesondere nicht Diplom-Psychologin P. und die Psychiaterin E. - angegeben, diese Belastung beeinflusse die psychische Situation der Klägerin. Eine gewisse Sorge der Klägerin hat der Senat nachvollziehen können, doch konnte der Senat auch unter Berücksichtigung dieses Umstandes eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit i.S.d. B Nr. 3.7 VG bzw. 26.3 AHP 2008 nicht annehmen. Gleiches gilt für die aus Sicht des Senats nicht gesicherten Fibromyalgie und die damit in Zusammenhang gebrachten Schmerzen, was nach Dr. B. nur einer Somatisierungsneigung entspreche. Auch diese haben weder zu einem dauerhaften sozialen Rückzug geführt, noch zu einer sonstigen wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Daher ist der Teil-

GdB für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche durchgehend allenfalls bis November 2013 mit 20 zu bewerten.

Weitere Gesundheitsstörungen mit wesentlichen Funktionseinschränkungen, die mindestens einen Teil-GdB von 10 bedingen, sind bei der Klägerin nicht ersichtlich und auch nicht vorgetragen. Insbesondere führt die Nickelallergie und der Heuschnupfen nicht zu einem solchen Teil-GdB. Auch der von Dr. L. (Blatt 50 der Senatsakte) angegebene Verdacht auf eine Kollagenose konnte nicht weiter objektiviert werden und führt nicht zu einem Teil-GdB von 10 oder zur Erhöhung eines anderen Teil-GdB. Auch der Zustand nach ausgeheilter Hepatitis A-Infektion vor 40 Jahren und die serologisch ausgeheilte Hepatitis B-Infektion (Blatt 59) bedingen i.S. von B Nr. 10.3.1 VG bzw. 26.10. AHP 2008 weder einen Teil-GdB von 10 noch wirkt diese erhöhend bei einem anderen Teil-GdB. Dasselbe gilt für die teilweise diagnostizierte rezidivierende allergische Bronchitis.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen sowie die Gutachten bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den Gutachten und den sachverständigen Zeugenauskünften dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Insbesondere musste der Senat nicht zu den zuletzt von der Klägerin angegebenen Wirkstoffen einer früher eingenommenen Medikation (Blatt 169 der Senatsakte) Beweis erheben, denn wenn die Klägerin - wie vorgetragen - sich nicht mehr an das Präparat erinnert - möglicherweise war es Lexotanil - , kann der Senat auch keinen Wirkstoff feststellen, der begutachtet werden soll, ohne einen Ausforschungsbeweis zu führen. Darüber hinaus kommt es für die vorliegende Beurteilung auch nicht auf den Wirkstoff eines früher eingenommenen Medikaments an; im Übrigen kann als wahr unterstellt werden, dass die Klägerin ein Präparat - möglicherweise Lexotanil - eingenommen hatte, das in der Wirkung dem Präparat Fluctin ähnlich ist. Hieraus ergeben sich jedoch keine Änderungen der oben dargestellten Bewertung.

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB ab Antragstellung am 24.04.2008 bis zum 31.10.2013 mit 50, anschließend mit 40 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Hiervon ausgehend konnte sich der Senat aufgrund der Teil-GdB-Werte von einem - Teil-GdB von 40 für das Funktionssystem der Beine - Teil-GdB von 20 bis 31.10.2013, anschließend von 10 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 50 bis 31.10.2013 überzeugen. Ausgehend vom höchsten Einzel-GdB-Wert von 40 wirkt der Einzel-GdB von 20 für die Funktionsstörungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche erhöhend. Zwar nehmen Dr. B. und Dr. S. an, es handele sich bei der Bewertung mit 20 um eine großzügige Bewertung. Diese Einschätzung überzeugt den Senat nicht bzw. nur teilweise für den Zeitraum ab November 2013. Keiner der Gutachter hat sich durchringen können, den Einzel-GdB niedriger anzunehmen als 20. Wären die Voraussetzungen eines Teil-GdB von 20 nicht begründbar, müssten die Gutachter und der Senat - wie er es ab dem 01.11.2013 getan hat - einen niedrigeren Teil-GdB-Wert annehmen; wäre eine Bewertung mit 20 lediglich "wohlwollend", erschließt sich dem Senat dieses Wohlwollen nicht, denn bei der Bewertung des Gesamt-GdB profitierte die Klägerin hiervon nicht. Diese Bewertung mit einem "vollen" Wert von 20 entspricht auch der vorausgegangenen Bewertung der Versorgungsärzte der Beklagten, die zuvor auch nicht im Ansatz angedeutet hatten, es handele sich um eine "wohlwollende" Bewertung, sondern den Einzel-GdB von 20 für die psychischen Funktionsbeeinträchtigungen jeweils auch bisher immer erhöhend berücksichtigt haben. Insoweit ist für den Senat im vorliegenden Fall die Beurteilung der Versorgungsärzte der Beklagten, ihre frühere - bisher unstrittige - Bewertungen ohne neue Befundlage im Falle einer Höherbewertung anderer Einzel-GdB einfach als großzügig und wohlwollend zu bezeichnen, überraschend und nicht nachvollziehbar. Gründe, weshalb der Einzel-GdB für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche vorliegend nicht erhöhend wirken soll, konnte der Senat nicht feststellen. Denn die hier relevanten Einzel-GdB weisen keinerlei funktionelle Überschneidung auf. Vielmehr umfasst der auf das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche entfallende Einzel-GdB - anders wie sonst häufig der Fall - keine relevante Schmerzkrankung oder eine sonstige überdeckende Auswirkung mit den somatischen Krankheitsbefunden. Nur Dr. B. thematisiert eine Somatisierungsneigung, die aber mit der affektlabilen Persönlichkeitsstruktur und eingeschränkten Konfliktfähigkeit der Klägerin vergesellschaftet ist und damit korrespondiert, ohne eigenständige Bedeutung zu erlangen. Dem entspricht auch die Würdigung des psychischen Leidens durch Dr. S. ... Im Ergebnis mit Dr. B. übereinstimmend handelt es sich alleine um eine auf den Funktionsbeeinträchtigungen einer depressiven Symptomatik beruhenden Bewertung, die keinerlei Überschneidungen mit den Behinderungen im Funktionssystem der Beine oder den sonstigen somatischen Erkrankungen aufweist. Insoweit zeigt auch der Vergleich mit anderen in den AHP 2008 bzw. den VG benannten Fällen eines GdB von 50, dass vorliegend bis zum 31.10.2013 Schwerbehinderteneigenschaft anzunehmen ist, weil die Klägerin ebenso schwer behindert ist. Vor dem Hintergrund der psychiatrischen Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin wirken sich die den organischen Erkrankungen zuzuordnenden, keiner psychischen Fehlverarbeitung unterliegenden Schmerzen sogar eher verstärkend auf die Psyche der als störanfällig beschriebenen Klägerin aus, wie dies Dr. B. im Zusammenhang mit der von ihm angenommene Somatisierungsneigung beschreibt (vergleiche Seite 13 seines Gutachtens). Für die Zeit nach dem 31.10.2013 ist der Gesamt-GdB dagegen mit 40 anzunehmen, da der auf das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche entfallende Einzel-GdB nur noch 10 beträgt und daher nicht erhöhend wirkt. Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 50 bis 31.10.2013 ist aber im Verhältnis zu dem bis dahin maßgeblichen Bescheid vom 09.09.2005 eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten, sodass die Klägerin Anspruch auf entsprechende höhere Neufeststellung des GdB hat. Im Übrigen war die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-06-03