S 6 SB 2296/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	12.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 SB 2296/16
Datum	12.03.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 SB 1597/18
Datum	28.03.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.03.2018 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Die KlÃ¤gerin begehrt die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Die 1962 geborene KlÃ¤gerin beantragte am 31.07.2015 die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB).

Der Beklagte zog Ã¤rztliche Unterlagen bei und fÃ¼hrte diese einer versorgungsÃ¤rztlichen Auswertung zu. S bewertete in seiner Stellungnahme vom 23.01.2016 die MigrÃ¤ne, die seelische StÃ¶rung, das chronische Schmerzsyndrom sowie die Schlaganfallfolgen mit einem Einzel-GdB von 30, die Lymphstauung von Armen und Beinen mit einem Einzel-GdB von 20 und empfahl einen Gesamt-GdB von 40. Dieser Beurteilung folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom

04.02.2016 den GdB mit 40 ab 31.07.2015 fest.

Hiergegen legte die KlÃ¤gerin Widerspruch ein und fÃ¼gte weitere Arztberichte bei. Der versorgungsÃ¤rztliche Dienst hielt in seiner Stellungnahme vom 10.05.2016 unter zusÃ¤tzlicher BerÃ¼cksichtigung eines Einzel-GdB von 10 fÃ¼r die degenerativen VerÃ¤nderungen an der WirbelsÃ¤ule den Gesamt-GdB von 40 weiterhin fÃ¼r zutreffend.

Der Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.06.2016 zurÃ¼ck.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 08.07.2016 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und geltend gemacht, der GdB fÃ¼r die seelische StÃ¶rung betrage 40, so dass unter BerÃ¼cksichtigung der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Bereich des zwischenzeitlich operierten Knies links und der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Bereich der WirbelsÃ¤ule die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen sei.

Das SG hat die behandelnden Ãrzte der KlÃ¤gerin als sachverstÃ¤ndige Zeugen schriftlich vernommen und sodann von Amts wegen ein Gutachten bei dem M sowie auf Antrag und Kostenrisiko der KlÃ¤gerin ein Gutachten bei E eingeholt.

L, hat sich in seiner Auskunft vom 07.10.2016 hinsichtlich der Beurteilung des GdB fÃ¼r das LipÃ¶dem an den Armen und das LymphÃ¶dem an den Beinen der Bewertung des versorgungsÃ¤rztlichen Dienstes angeschlossen. B, hat unter dem 04.10.2016 die chronifizierte Depression als mittelgradig und als eigenstÃ¤ndige Erkrankung mit einem GdB von 20 eingeschÃ¤tzt, und hat unter MitberÃ¼cksichtigung der MigrÃ¤ne, des chronischen Schmerzsyndroms und der Schlaganfallfolgen den Einzel-GdB insgesamt mit 40 und den Gesamt-GdB mit 50 bewertet. B1, hat in der Auskunft vom 10.10.2016 bei freier Beweglichkeit und reizlosem Zustand des linken Kniegelenks den GdB hierfÃ¼r mit 10 bewertet. Die WirbelsÃ¤ulenbeschwerden seien muskulÃ¤r bedingt und wÃ¼rden keinen GdB von mehr als 10 rechtfertigen. S1 hat in ihrer Auskunft vom 18.10.2016 ausgefÃ¼hrt, dass myofasziale Schmerzsyndrom und die Depression seien hÃ¶her und der Gesamt-GdB mit mehr als 50 zu bewerten.

Der M hat in seinem Gutachten vom 21.05.2017 ausgefÃ¼hrt, bei der KlÃ¤gerin bestehe eine leichte reaktiv chronisch-depressive Herabgestimmtheit im Sinne einer Dysthymie, die nicht den Schweregrad einer depressiven Episode erreiche und mit einem GdB von 20 einzuschÃ¤tzen sei, ferner eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, die ebenfalls mit einem GdB von 20 einzuschÃ¤tzen sei, eine MigrÃ¤ne mit einem GdB von 10 sowie ein Zustand nach Kleinhirninfarkt ohne neurologische Symptomatik. Der Einzel-GdB auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet betrage 30 und der Gesamt-GdB sei unter MitberÃ¼cksichtigung des Einzel-GdB von 20 fÃ¼r die Lymphstauung an Armen und Beinen und des Einzel-GdB von 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen in der WirbelsÃ¤ule mit 40 einzuschÃ¤tzen.

E hat unter dem 10.10.2017 ausgefÃ¼hrt, es liege bei der KlÃ¤gerin eine

depressive Episode mit somatischem Syndrom vor; AffektivitÃ¤t, Antrieb, Denken, Kognition, Vegetativum, Koordination und Schmerzwahrnehmung seien beeintrÃ¤chtigt. Ferner liege ein Z.n. Hirninsult vor, der hinsichtlich der KoordinationsstÃ¶rungen als geringfÃ¼gig bewertet werde. Den GdB fÃ¼r die Depression, die als mittelgradig einzuschÃ¤tzen sei, schÃ¤tze er einschlieÃlich dem Zustand nach Hirninsult mit 50 ein. Das LymphÃ¶dem sei in Bezug auf den GdB gegenÃ¼ber der psychiatrischen Symptomatik zu vernachlÃ¤ssigen bzw. in der Schmerzsymptomatik inkludiert.

Der Beklagte hat die versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen des W vom 13.12.2016 und des R vom 08.02.2018 vorgelegt und eine hÃ¶here Bewertung des GdB verneint.

Das SG hat mit Urteil vom 12.03.2018 die Klage abgewiesen und sich im Wesentlichen auf das Gutachten des M gestÃ¼tzt und das Gutachten des E nicht als Ã¼berzeugend erachtet.

Gegen das der KlÃ¤gerin am 03.04.2018 zugestellte Urteil hat diese am 03.05.2018 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Sie hÃ¤lt das Gutachten des E fÃ¼r Ã¼berzeugend und verwahrt sich dagegen, dass das SG dieses als sozialmedizinisch unbrauchbar bezeichnet habe. Ferner verweist sie darauf, dass ihr die behandelnden ÃÂrzte einen glaubhaften Leidensdruck und glaubhafte Angaben bescheinigen wÃ¼rden. Ferner hat sie den Entlassbericht der A-Klinik vom 05.03.2020 vorgelegt.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.03.2018 aufzuheben und den Beklagten unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 04.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2016 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen,

hilfsweise beide SachverstÃ¤ndigen des Berufungsrechtszuges zur ErÃ¶rterung ihrer Gutachten gemeinsam zu laden und anzuhÃ¶ren, hilfsweise lediglich S2oder lediglich E zu laden und zur ErÃ¶rterung ihrer Gutachten anzuhÃ¶ren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er hat zur BegrÃ¼ndung auf die angefochtene Entscheidung des SG verwiesen und betont, E habe zu Unrecht die bei der KlÃ¤gerin vorliegende Depression den affektiven Psychosen zugeordnet und die Bewertung des GdB fÃ¤lschlicherweise auf dieser Grundlage vorgenommen.

Der Senat hat ein Gutachten bei S2, erstattet am 28.10.2019, sowie auf Antrag und Kostenrisiko der KlÃ¤gerin eine ergÃ¤nzende Stellungnahme bei E, erstattet am 27.11.2020, eingeholt. Hieran anschlieÃend hat sich erneut S2mit einer

ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 12.03.2021 und wiederum hierzu auf Antrag und Kostenrisiko der KlÃ¤gerin E am 25.11.2021 geÃ¤uÃ□ert.

S2hat eine Dysthymie diagnostiziert und mit einem GdB von 20 bewertet. Eine MigrÃ¤ne sowie ein Schmerzsyndrom sei nicht sicher zu diagnostizieren. Unter MitberÃ¼cksichtigung des LipÃ¶dems zweiten Grades und des BeinlymphÃ¶dems beidseits mit einem Einzel-GdB von 20 und unter MitberÃ¼cksichtigung der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Bereich der Kniegelenke und der WirbelsÃ¤ule mit einem Einzel-GdB von 10 sei der Gesamt-GdB mit 30 angemessen. Das Gutachten des E sei nicht Ã¼berzeugend. Dieser habe sich bei der diagnostischen EinschÃ¤tzung wesentlich auf eigenanamnestische Angaben der KlÃ¤gerin gestÃ¼tzt und es finde sich keine Auseinandersetzung mit der Frage der AuthentizitÃ¤t der Angaben der KlÃ¤gerin. Ein GdB von 50 fÃ¼r die depressive StÃ¶rung sei mangels plausibler Befundung und fehlender AuthentizitÃ¤tsprÃ¼fung nicht nachvollziehbar.

E und S2sind in ihren weiteren Stellungnahmen bei ihren Beurteilungen geblieben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der KlÃ¤gerin ist nach Â§ 143 Sozialgerichtsbarkeit (SGG) statthaft, insbesondere war sie nicht nach Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG zulassungsbedÃ¼rftig. Sie ist auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig, insbesondere form- und fristgerecht (Â§ 151 Abs. 1 SGG) erhoben. Sie ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf einen GdB von mehr als 40.

Rechtsgrundlage fÃ¼r den geltend gemachten Anspruch auf Feststellung eines GdB ist Â§ 2 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fassungen in Verbindung mit Â§ 69 SGB IX in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise in Verbindung mit Â§ 152 Abs. 1 und 3 SGBÂ IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese â□□ da Ã□bergangsregelungen fehlen â□□ nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozialrechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegrÃ¼ndenden Ereignisse oder UmstÃ¤nde jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014, B 9 SB 2/13 R, juris; BSG, Urteil vom 04.09.2013, B 10 EG 6/12 R, juris; vergleiche StÃ¶lting/Greiser in SGb 2015, 135-143).

Nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung sind Menschen behindert, wenn ihre kÃ¶rperliche Funktion, geistige FÃ¤higkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe

am Leben in der Gesellschaft beeintrÃ¤chtigt ist. Nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die kÃ¶rperliche, seelische, geistige oder SinnesbeeintrÃ¤chtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate hindern kÃ¶nnen, wobei eine BeeintrÃ¤chtigung in diesem Sinne vorliegt, wenn der KÃ¶rper- und Gesundheitszustand von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweicht.Â

Nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen stellen die fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zustÃ¤ndigen BehÃ¶rden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt ergÃ¤nzend, dass der GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung festgestellt wird. Als GdB werden dabei nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen, nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach Â§ 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung wird das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach Â§ 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 153 Abs. 2 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt diese ErmÃ¤chtigung fÃ¼r die allgemeine â also nicht nur fÃ¼r die medizinische â Bewertung des GdB und die Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen sowie auch fÃ¼r die Kriterien fÃ¼r die Bewertung der Hilflosigkeit. Zwar ist von dieser ErmÃ¤chtigung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt Â§ 159 Abs. 7 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise Â§ 241 Abs. 5 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass â soweit eine solche Verordnung nicht erlassen ist â die MaÃstÃ¤be des Â§ 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des Â§ 30 Abs. 16 BVG in der ab 01.07.2011 geltenden Fassung (vormals Â§ 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist fÃ¼r die konkrete Bewertung von FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der âAnhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetzâ (AHP) getretene Anlage âVersorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ (VG) zu Â§ 2 Verordnung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, Â§ 30 Abs. 1 und Â§Â 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 (BGBl. I S. 2412), die durch die Verordnungen vom

01.03.2010 (BGBl. I S. 249), 14.07.2010 (BGBl. I S. 928), 17.12.2010 (BGBl. I S. 2124), 28.10.2011 (BGBl. I S. 2153) und 11.10.2012 (BGBl. I S. 2122) sowie das Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) geÃ¤ndert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die GrundsÃ¤tze fÃ¼r die Feststellung des Grades der SchÃ¤digungsfolgen (GdS) im Sinne des Â§ 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch fÃ¼r die Feststellung des GdB maÃgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte SachverstÃ¤ndigengutachten dar. Dabei beruht das fÃ¼r die Auswirkungen von GesundheitsstÃ¶rungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante MaÃ nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverstandes anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris).

Liegen mehrere BeeintrÃ¤chtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach Â§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der BeeintrÃ¤chtigungen in ihrer Gesamtheit unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorÃ¼bergehenden GesundheitsstÃ¶rungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) ZustÃ¤nden nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX und die sich daraus ableitenden, fÃ¼r eine TeilhabebeeintrÃ¤chtigung bedeutsamen UmstÃ¤nde festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter BerÃ¼cksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen BeeintrÃ¤chtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei kÃ¶nnen die Auswirkungen der einzelnen BeeintrÃ¤chtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich Ã¼berschneiden, sich verstÃ¤rken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris). Nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der BeeintrÃ¤chtigung mit dem hÃ¶chsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen zu prÃ¼fen, ob und inwieweit hierdurch das AusmaÃ der Behinderung grÃ¶Ãer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhÃ¶hen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit fÃ¼hren nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. d, von AusnahmefÃ¤llen abgesehen, zusÃ¤tzliche leichte GesundheitsstÃ¶rungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte GesundheitsstÃ¶rungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des AusmaÃes der Behinderung zu schlieÃen. AuÃerdem sind nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b bei der GesamtwÃ¼rdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, fÃ¼r die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsÃ¤tzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorÃ¼bergehenden GesundheitsstÃ¶rungen unter Heranziehung Ã¤rztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris).

Unter BerÃ¼cksichtigung des Vorstehenden ist der Senat, ebenso wie bereits das SG, Ã¼berzeugt, dass die bei der KlÃ¤gerin vorliegenden Behinderungen mit einem Gesamt-GdB von 40 zutreffend bewertet sind.

Im Vordergrund steht bei der KlÃ¤gerin â□□ auch nach Ã¼bereinstimmender Auffassung des SG und der Beteiligten â□□ die Erkrankung auf nervenÃ¤rztlichem Gebiet. Dabei handelt es sich um eine Dysthymie sowie einen Z.n. Kleinhirninfarkt ohne relevante neurologische StÃ¶rungen. Dies entnimmt der Senat den Gutachten der M und S2. Ferner besteht eine chronische SchmerzstÃ¶rung; insoweit folgt der Senat dem M, der bei seiner Untersuchung eine generalisierte Druckempfindlichkeit feststellte und die Kriterien einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren als erfÃ¼llt ansah. Diese Diagnose haben auch die behandelnden B sowie S1 und der versorgungsÃ¤rztliche Dienst des Beklagten gestellt. Die im CT vom 04.06.2016 sichtbaren LÃ¤sionen in der hinteren SchÃ¤delgrube sind als Zeichen eines Schlaganfalles zu interpretieren; relevante neurologische StÃ¶rungen sind von den SachverstÃ¤ndigen S2, Mayer und E jedoch Ã¼bereinstimmend verneint worden.

Soweit E in seinem Gutachten eine depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert hat, vermag ihm der Senat nicht zu folgen. So war zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch den M die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit nur geringgradig vermindert und es konnten auch positive Emotionen ausgelÃ¶st werden. Weder war das AuffassungsvermÃ¶gen erschwert, noch haben sich im Rahmen der Begutachtung die von der KlÃ¤gerin angegebenen kognitiven Defizite, vor allem GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen und KonzentrationsstÃ¶rungen feststellen lassen. Ferner war der Antrieb in der Untersuchungssituation intakt. Auch E hat die von der KlÃ¤gerin angegebenen StÃ¶rungen der MerkfÃ¤higkeit mittels einer einfachen klinischen PrÃ¼fung verneint und ferner die von der KlÃ¤gerin ebenfalls angegebenen StÃ¶rungen des GedÃ¤chtnisses nicht festzustellen vermocht (Bl. 5 seines Gutachtens). Insoweit setzt sich E mit seiner eigenen Befunderhebung in Widerspruch, wenn er auf Bl. 13 seines Gutachtens nicht nur AffektivitÃ¤t, Antrieb und Denken, sondern weiterhin die Kognition als beeintrÃ¤chtigt ansieht.

Auch S2 hat bei seiner Untersuchung lediglich eine Deprimiertheit, nicht jedoch einen grundsÃ¤tzlichen Interessensverlust und eine pathologische AntriebsstÃ¶rung feststellen kÃ¶nnen. EinschrÃ¤nkungen der kognitiven FÃ¤higkeiten hat S2ebenfalls verneint und darauf hingewiesen, dass trotz der unvermeidbaren, nicht unerheblichen kognitiven und emotionalen Belastungen durch die beiden mehrstÃ¼ndigen Explorationssitzungen keine Zeichen fÃ¼r eine pathologisch reduzierte Belastbarkeit in kognitiver und emotionaler Hinsicht festzustellen gewesen sind. Im Widerspruch zu diesem klinisch weitgehend unauffÃ¤lligen Befund hat sich die KlÃ¤gerin in den SelbsteinschÃ¤tzungsskalen als schwerst depressiv beschrieben, dem wiederum das Ergebnis der strukturierten Fremdbeurteilung

mittels der Hamilton Depression Scale entgegensteht, welches lediglich fÃ¼r eine gering ausgeprÃ¤gte depressive Symptomatik spricht. Zu Recht haben der M und S2darauf verwiesen, dass sich eine unkritische Ãbernahme der von der KlÃ¤gerin gemachten Angaben verbietet, weil diese Angaben ebenso wie die Beschwerdeschilderung der subjektiven EinschÃ¤tzung des jeweiligen Betroffenen unterliegen. Sowohl S2als auch der M haben auf deutliche aggravatorische Verhaltenstendenzen hingewiesen und deshalb zu Recht gefordert, dass hohe Anforderungen an die ErfÃ¼llung diagnostischer Kriterien zu stellen sind. DemgegenÃ¼ber hat sich E mit den auch von ihm im Rahmen seiner Untersuchung festgestellten WidersprÃ¼chlichkeiten zwischen den Angaben der KlÃ¤gerin und dem von ihm erhobenen Befund nicht auseinandergesetzt. Soweit er in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 27.11.2020 dann noch postuliert, bei der diagnostischen EinschÃ¤tzung sei es nÃ¶tig, sich auf die Angaben der Probandin zu veranlassen, setzt er sich Ã¼ber die Vorgaben der aktuell verbindlichen Leitlinie der AWMF zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer StÃ¶rungen (Registernummer 051/029) hinweg, wonach eine eingehende, explizit und nachvollziehbar dargelegte Beschwerdevalidierung zwingender Bestandteil jedes Gutachtens ist (AWMF 2019, Teil I, S. 10). Vor dem Hintergrund, dass die AWMF als Formulierung eines allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu betrachten sind (vgl. BSG, Beschluss vom 22.12.2021, B 5 R 175/21 B und Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, beide in juris), verbietet sich eine bloÃe Ãbernahme von Beschwerden ohne diese zu validieren.

Vor diesem Hintergrund kÃ¶nnen auch die Angaben der KlÃ¤gerin zu ihrem Tagesablauf, wonach sie den ganzen Tag Ã¼ber mÃ¼de sei, sich oft hinlege und nichts mache, nicht Ã¼berzeugen. Diese Beschreibung steht auch in deutlichem Widerspruch dazu, dass sie kurz vor der Begutachtung durch den M mit ihrer Tochter im Urlaub in der TÃ¼rkei war und dort zwei Wochen mit ihrer Mutter sowie ihrer Schwester im Hotel verbrachte, âwas sehr schÃ¶n gewesen sei, der Sonnenschein, einfach am Strand liegen, das Meer hÃ¶ren, das habe ihr gut getanâ. Gegen eine depressive StÃ¶rung spricht ferner die BehandlungsintensitÃ¤t; so stellt sich die KlÃ¤gerin nach eigenen Angaben einmal im Quartal bei B vor und das auch nur, um sich Medikamente verschreiben zu lassen. Eine suffiziente ambulante Psychotherapie hat bislang nicht stattgefunden. Die verordneten Antidepressiva Amitriptylin und Mirtazapin nimmt die KlÃ¤gerin offensichtlich nicht ein, wie die Serumspiegelbestimmung beim M ergeben hat. Zweifel an der Einnahme der Medikamente bestehen auch mit Blick auf die Angabe der KlÃ¤gerin, die sedierenden Arzneimittel vormittags zu sich zu nehmen. Dieser Zeitpunkt erstaunt vor dem Hintergrund, dass die KlÃ¤gerin eigenen Angaben zu Folge an SchlafstÃ¶rungen leidet, umso mehr. Denn beide Medikamente wirken schlafanstoÃend, sodass sie normalerweise zur Nacht verabreicht werden. Vor diesem Hintergrund haben die M und S2schlÃ¼ssig und nachvollziehbar lediglich eine Dysthymie diagnostiziert und fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend eine darÃ¼berhinausgehende depressive Erkrankung verneint.

FÃ¼r die Bewertung der aus der chronischen SchmerzstÃ¶rung und der Dysthmie folgenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen sind die VG, Teil B, Nr. 3.7 (Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung, Folgen psychischer Traumen) zugrunde zu legen und

nicht, wie von E favorisiert und fÃ¤lschlicherweise als Grundlage fÃ¼r seine EinschÃ¤tzung des GdB von 50 herangezogen, die Nr.Â 3.6 (schizophrene und affektive Psychosen). Die VG, Teil B, Nr. 3.6 sind schizophrenen Psychosen oder bipolaren StÃ¶rungen vorbehalten (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 24.10.2018, L 3 SB 5/17, juris). FÃ¼r die Subsumtion unter die VG, Teil B, Nr. 3.7 spricht bereits der dortige, insoweit eindeutige Wortlaut (â□□z.B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungenâ□□). Unter Zugrundelegung der dortigen Beurteilungskriterien sind die StÃ¶rungen der KlÃ¤gerin auf nervenÃ¤rztlichem Gebiet mit einem Einzel-GdB von 30, was bereits dem unteren Rahmenwert einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit entspricht, wohlwollend bewertet. Ein hÃ¶herer Einzel-GdB lÃ¤sst sich nicht rechtfertigen, zumal S2lediglich eine Dysthymie und keine chronische SchmerzstÃ¶rung feststellen konnte und deshalb sogar nur einen Einzel-GdB von 20 fÃ¼r angemessen erachtet hat. Die von E vorgeschlagene Bewertung der Depression mit einem GdB von 50 ist mangels plausibler Befundung, fehlender AuthentizitÃ¤tsprÃ¼fung und angesichts der erwÃ¤hnten WidersprÃ¼chlichkeiten in seinem Gutachten nicht nachvollziehbar und kann deshalb nicht Ã¼berzeugen.

Vom Vorliegen einer MigrÃ¤ne konnte sich der Senat indessen nicht Ã¼berzeugen. Zwar hat B in seiner Auskunft eine solche erwÃ¤hnt, jedoch keinerlei Angaben zu einer migrÃ¤nespezifischen Therapie gemacht hat, was bei den nach Angaben der KlÃ¤gerin zwei- bis viermal monatlich auftretenden schweren hochfrequenten und zwei bis vier Tage andauernden Kopfschmerzattacken nicht nachvollziehbar ist. GegenÃ¼ber S2 hat sie angegeben, dass sie kein Kopfschmerz-Tagebuch fÃ¼hre und auch noch nie davon etwas gehÃ¶rt habe; ferner hat sie sowohl gegenÃ¼ber dem M als auch gegenÃ¼ber S2 jegliche therapeutische Behandlungsversuche verneint.

Das LipÃ¶dem (FettstoffwechselstÃ¶rung) an den Beinen und geringfÃ¼giger an den Armen sowie das beginnende LymphÃ¶dem an beiden Beinen ist mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 9.2.3 ist ein LymphÃ¶dem an einer GliedmaÃ□e ohne wesentliche Funktionsbehinderung und mit dem Erfordernis einer Kompressionsbandage mit einem GdB von 0 bis 10, mit stÃ¤rkerer Umfangsvermehrung (mehr als 3 Zentimeter) je nach FunktionseinschrÃ¤nkung mit einem GdB von 20 bis 40 und mit erheblicher BeeintrÃ¤chtigung der GebrauchsfÃ¤higkeit der betroffenen GliedmaÃ□e, je nach AusmaÃ□, mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten. Hieraus folgt, dass nach den von denÂ VG, Teil B, Nr.Â 9.2.3 vorgesehenen Kriterien fÃ¼r die GdB-Beurteilung von LymphÃ¶demen allein auf die FunktionseinschrÃ¤nkung beziehungsweise GebrauchsfÃ¤higkeit abzustellen ist. Eine Funktions- beziehungsweise GebrauchsfÃ¤higkeitseinschrÃ¤nkung resultiert vorliegend aber aus dem an beiden Beinen bestehendem LipÃ¶dem und dem beginnenden LymphÃ¶dem gerade nicht. Dies hat L verneint und nur im Falle einer Verschlimmerung die Gefahr einer BewegungseinschrÃ¤nkung beschrieben sowie als Therapie das konsequente Tragen einer Kompressionsbandage sowie Lymphdrainagen fÃ¼r ausreichend erachtet. Mithin ist das Lip-/LympÃ¶dem der KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung der

von L befundeten Druckschmerzhaftigkeit und des beiderseitigen Auftretens an den Beinen mit einem GdB von 10 angemessen bewertet.

Die Beschwerden im Bereich der WirbelsÃ¤ule sind allenfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. So hat B1 darauf hingewiesen, dass die rÃ¶ntgenologische Untersuchung keinen wesentlichen pathologischen Befund gezeigt hat und von einer muskulÃ¤ren Problematik auszugehen ist. Eine weitere spezifische Behandlung hat B1 mit dem Hinweis auf eine Beschwerdefreiheit verneint und einen Einzel-GdB von 10 fÃ¼r angemessen erachtet.

Weitere GdB-relevante FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen sind nicht feststellbar, auch nicht im Bereich des linken Kniegelenkes. Insoweit hat B1 eine freie Beweglichkeit festgestellt und das Kniegelenk als reizlos beschrieben.

Ausgangspunkt fÃ¼r die Bewertung des Gesamt-GdB ist der fÃ¼hrende Einzel-GdB von 30 fÃ¼r die SchmerzstÃ¶rung und Dysthymie, der sich durch das Hinzutreten der mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigung durch das LipÃ¶dem und das beginnende LymphÃ¶dem an den Beinen auf 40 erhÃ¶ht. Eine weitere ErhÃ¶hung durch den Einzel-GdB von 10 fÃ¼r das WirbelsÃ¤ulenleiden erfolgt entsprechend der Vorgaben in den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. d vorliegend nicht.

Damit ist der Gesamt-GdB hier zutreffend mit 40 bewertet worden.

Weitere medizinische Ermittlungen waren auch nicht mit Blick auf den Entlassbericht der A-Klinik vom 05.03.2020 veranlasst, nachdem E in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 27.11.2020, die sich gemÃ¤Ã seinen Angaben auf die vorgelegten Akten und eine frÃ¼here Untersuchung stÃ¼tzte, solche ausdrÃ¼cklich verneint hat.

Dem hilfsweise gestellten Antrag der KlÃ¤gerin, beide SachverstÃ¤ndigen des Berufungsrechtszuges zur ErÃ¶rterung ihrer Gutachten gemeinsam zu laden und anzuhÃ¶ren, hilfsweise lediglich S2 oder lediglich E zu laden und zur ErÃ¶rterung ihrer Gutachten anzuhÃ¶ren, war nicht Folge zu leisten.

Es steht grundsÃ¤tzlich im Ermessen des Gerichts, ob es den SachverstÃ¤ndigen gemÃ¤Ã Â§ 118 Abs. 1 SGG in Verbindung mit Â§ 411 Abs. 3 Zivilprozessordnung (ZPO) zu einem Termin zur ErlÃ¤uterung seines Gutachtens lÃ¤dt oder nicht. Dieses Ermessen ist nur dann auf Null reduziert, wenn das Gutachten unklar oder sonst ergÃ¤nzungsbedÃ¼rftig ist oder das Gericht ohne eigene medizinische Sachkunde von den medizinischen Feststellungen und EinschÃ¤tzungen des SachverstÃ¤ndigen abweichen will. Ferner setzt ein prozessordnungsgerechter Beweisantrag auf mÃ¼ndliche ErlÃ¤uterung eines Gutachtens voraus, dass bezeichnet und dargetan wird, welche konkreten Punkte im Rahmen der erstrebten AnhÃ¶rung des SachverstÃ¤ndigen geklÃ¤rt werden sollen. Die hÃ¶chstrichterliche Rechtsprechung verneint dies, wenn der SachverstÃ¤ndige die Fragen bereits beantwortet hatte oder wenn es dem Beteiligten nicht um die Behebung von Zweifeln im Zusammenhang mit einem schriftlich erstellten Gutachten geht, sondern nur auf die

gerichtliche Ãberzeugungsbildung eingewirkt werden soll (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 13. Auflage, Â§ 118, Rn. 12c bis 12f, m.w.N. auf die Rechtsprechung). Dem von KlÃ¤gerseite eingereichten Schriftsatz vom 18.03.2022 sind sachdienliche Fragen nicht zu entnehmen. Vielmehr ist in diesem Schriftsatz lediglich zum Ausdruck gebracht worden, dass das Gutachten des E fÃ¼r Ã¼berzeugender und schlÃ¼ssiger erachtet wird, dieses in Einklang mit den zuletzt erhobenen Befunden und Diagnosen der behandelnden Ãrzte, insbesondere dem Bericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung in der A Klinik vom 05.03.2020 stehe und S2auf diesen Bericht nicht eingegangen sei. Diese AusfÃ¼hrungen sind pauschal und benennen keinerlei Aspekte, zu denen E und/oder S2ergÃ¤nzend gehÃ¶rt werden sollen, sodass der Senat nicht gehalten war, die SachverstÃ¤ndigen zu hÃ¶ren. Ob eine ergÃ¤nzende Befragung von E, der bereits zu den von der KlÃ¤gerin schriftlich formulierten Fragen unter dem 25.11.2021 bzw. 21.01.2022 Stellung genommen hat, schon deshalb nicht in Betracht kommt, weil das Recht auf Befragung eines SachverstÃ¤ndigen grundsÃ¤tzlich nur mit Blick auf solche Gutachten besteht, die im selben Rechtszug erstattet worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 03.03.1999, B 9 VJ 1/98 B, juris), kann deshalb offenbleiben. Ein weiterer AufklÃ¤rungs- und Ermittlungsbedarf ist mithin weder ersichtlich noch aufgezeigt worden.

Die Berufung bleibt nach alledem ohne Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 13.07.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024