

L 8 SB 5029/05

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

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 757/04

Datum
21.10.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 5029/05

Datum
23.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Oktober 2005 sowie der Bescheid des Beklagten vom 21. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 2004 abgeändert und der Beklagte wird verurteilt, bei der Klägerin einen Grad der Behinderung von 40 seit 1. Juli 2006 festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Von den außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren trägt der Beklagte ein Fünftel. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) der Klägerin nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX) streitig.

Die 1952 geborene Klägerin ist slowenische Staatsangehörige, die ihren Wohnsitz rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland hat. Sie stellte am 28.03.2003 einen Erstantrag nach dem SGB IX beim Versorgungsamt R. und machte als Behinderungen eine Osteochondrose sowie eine Syringomyelie geltend. Das Versorgungsamt holte schriftliche Auskünfte der behandelnden Ärzte ein und zog den Entlassbrief der Klinik für Neurochirurgie des Klinikums der Stadt V.-S. GmbH vom 20.02.2003 bei. In diesem Entlassbrief wird über einen stationären Aufenthalt der Klägerin in der Klinik in der Zeit vom 18.02.2003 bis 20.02.2003 berichtet. Die Einweisung in die Klinik erfolgte, um den nach einer kernspintomographischen Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) geäußerten Verdacht auf das Vorliegen einer Arachnoidalzyste in Höhe der Brustwirbelkörper (BWK) 6/7 weiter abzuklären. Nach einer umfassenden klinischen Untersuchung erfolgte am 19.02.2003 eine Myelographie. Dabei handelt es sich um ein diagnostisches Verfahren, bei dem ein Kontrastmittel in den Wirbelkanal gespritzt wird und anschließend eine Röntgenuntersuchung erfolgt. Auf diese Weise lassen sich die Nervenfasern auf Röntgenaufnahmen abbilden. Die Myelographie zeigte keine Auffälligkeiten in der BWS und in der LWS. Das Versorgungsamt Freiburg - Außenstelle R. - stellte nach Auswertung der eingeholten Unterlagen durch den ärztlichen Dienst mit Bescheid vom 08.10.2003 einen GdB von 20 für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule fest.

Gegen diesen Bescheid legt die Klägerin am 20.10.2003 Widerspruch ein. Das Versorgungsamt holte daraufhin eine Auskunft bei Dr. R., S., ein. Dieser führte in seinem Schreiben vom 27.10.2003 u. a. aus, im September 2003 sei bei der Klägerin eine neuropsychiatrische Untersuchung erfolgt und die Diagnose eines chronischen Wirbelsäulensyndroms bei somatisierter Depression gestellt worden. Eine Computertomographie habe eine Osteochondrose bei Bandscheibenvorfall L4/5 ohne neurologische Auswirkung ergeben. Das Versorgungsamt half dem Widerspruch der Klägerin mit Bescheid vom 21.11.2003 teilweise ab und stellte nunmehr einen GdB von 30 seit 28.03.2003 fest.

Damit war die Klägerin nicht einverstanden. Sie machte weiterhin geltend, an einer Syringomyelie sowie Rücken- und Schulterschmerzen zu leiden. Der daraufhin befragte behandelnde Arzt Dr. M., Neurologe und Psychiater, teilte dem Versorgungsamt im Schreiben vom 22.01.2004 mit, die Klägerin sei ihm seit Februar 1996 bekannt. Seiner Ansicht nach handele es sich um eine ausschließlich psychiatrisch ablaufende Störung im Sinne eines chronifizierten - sicher auch sehr bewusstseinsnah - ablaufenden Geschehens. Vielfältige neurologische Untersuchungen hätten in keinem Fall einen organischen Hintergrund für die stets unpräzisen Beschwerden ergeben. Er würde von einer deutlich abnormen Persönlichkeitsentwicklung ausgehen, die mit einer stärkeren Behinderung und Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit gleichzusetzen sei, wobei auch soziale Anpassungsschwierigkeiten nicht mehr zu übersehen seien. Dr. M.-K. vom

Ärztlichen Dienst des Versorgungsamts vertrat hierzu die Auffassung, die im Sinne einer somatisierten Depression bestehenden vielfältigen Beschwerden bei einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung seien mit einem GdB von 30 angemessen bewertet. Das Landesversorgungsamt Baden-Württemberg wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16.03.2004 als unbegründet zurück.

Am 02.04.2004 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und die Klage mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 14.10.2004 begründet. Das SG hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte eingeholt. Diese haben ihren Schreiben weitere Arztbriefe beigefügt. Hinsichtlich des Ergebnisses dieser Ermittlungen wird auf Bl. 19/37 der SG-Akten Bezug genommen. Mit Gerichtsbescheid vom 21.10.2005, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis zugestellt am 24.10.2005, hat das SG die Klage abgewiesen.

Am 24.11.2005 hat die Klägerin Berufung eingelegt. Sie verfolgt weiterhin das Ziel, einen GdB von 60 anerkannt zu bekommen.

Der Senat hat zunächst von Amts wegen das Gutachten des Dr. R., Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Zentrum für Psychiatrie W., vom 26.04.2006 eingeholt. Der Sachverständige gelangte darin zu der Auffassung, bei der Klägerin liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom ohne Nachweis einer organischen Ursache vor. Die Tatsache, dass eine schwere organische oder psychische Erkrankung nicht nachgewiesen sei und eine konsequente schmerztherapeutische Behandlung nicht durchgeführt werde, spreche gegen einen höheren GdB als 30. Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat ein weiteres Gutachten bei Dr. Ro., Facharzt für Neurochirurgie und Leiter der Spezialambulanz Syringomyelie und Wirbelsäule an der Universität T., eingeholt. Im Gutachten vom 13.10.2006 hat Dr. Ro. den Gesamt-GdB auf 40 geschätzt. Die Klägerin hat den Bericht des Rheuma-Zentrums B.-B. vom 14.09.2006 vorgelegt, in dem über ihren stationären Aufenthalt vom 17.08. bis 07.09.2006 berichtet wird, sowie einen Befundbericht vom 12.02.2007 über die am 06.02.2007 durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der BWS und HWS. Der Senat hat eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage beim behandelnden Allgemeinarzt Dr. Sch. eingeholt, der seiner Antwort weitere Arztberichte beigefügt hat. Nach Angaben von Dr. Sch. haben sich die Beschwerden der Klägerin seit Sommer 2006 verschlimmert. Mit Schriftsatz vom 03.09.2007 hat der Beklagte der Klägerin ein Vergleichsangebot unterbreitet und vorgeschlagen, den GdB auf 40 für die Zeit ab 01.07.2006 festzusetzen. Aufgrund der von Dr. Sch. bestätigten Verschlimmerung sei es vertretbar, den GdB auf 40 ab Juli 2006 anzuheben.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Oktober 2005 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 21. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 2004 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von 60 seit 28. März 2003 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen, soweit sie über das Vergleichsangebot vom 3. September 2007 hinausgeht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig und teilweise begründet. Der GdB beträgt 40 ab 01.07.2006. Im Übrigen ist die Berufung unbegründet.

Der Beklagte wird seit 01.01.2005 wirksam durch das Regierungspräsidium Stuttgart vertreten. Nach [§ 71 Abs. 5 SGG](#) wird in Angelegenheiten des Schwerbehindertenrechts das Land durch das Landesversorgungsamt oder durch die Stelle, der dessen Aufgaben übertragen worden sind, vertreten. In Baden-Württemberg sind die Aufgaben des Landesversorgungsamts durch Art 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Reform der Verwaltungsstruktur, zur Justizreform und zur Erweiterung des kommunalen Handlungsspielraums (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz -VRG) vom 01.07.2004 (GBl S. 469) mit Wirkung ab 01.01.2005 (Art 187 VRG) auf das Regierungspräsidium Stuttgart übergegangen.

Auf Antrag des Behinderten stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den daraus resultierenden GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)), so dass auch hier die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2004 (AHP) heranzuziehen sind.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben 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 (vgl. Nr. 19 Abs. 1 der AHP). 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 (Nr. 19 Abs. 3 der AHP). 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. Nr. 19 Abs. 4 der AHP). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP 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).

Nach dem Ergebnis der vom Senat und vom SG durchgeführten Ermittlungen sowie unter Berücksichtigung der in der Verwaltungsakte des Beklagten enthaltenen medizinischen Unterlagen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der GdB bei der Klägerin ab März 2003 (Antragstellung) 30 und ab Juli 2006 40 beträgt. Bei der Klägerin besteht eine somatoforme Schmerzstörung. Dies folgt aus den Gutachten des Dr. R. und des Dr. Ro ... Diese Störung rechtfertigt bis Mitte 2006 einen GdB von 30 und danach einen solchen von 40. Beide Gutachter (Dr. R. auf S. 8 seines Gutachtens und Dr. Ro. auf S. 12 seines Gutachtens) weisen zu Recht darauf hin, dass eine schwere organische oder psychische Erkrankung nicht vorliegt und bislang auch keine konsequente Schmerztherapie durchgeführt worden ist. Der Senat hält deshalb in Übereinstimmung mit der Auffassung von Dr. R. einen GdB von 30 für die damit verbundenen Beeinträchtigungen für ausreichend und angemessen.

Dr. Ro. legt in seinem Gutachten zwar dar, dass auf neurochirurgischem Fachgebiet eine Hydromyelie des Thorakalmarkes vorliegt. Daraus ergeben sich aber keine Funktionseinschränkungen, die einen GdB bedingen. Die Hydromyelie ist als nicht raumfordernde Erweiterung des Zentralkanals ein physiologisches Phänomen, das bei etwa 1-3 % der Erwachsenenpopulation beobachtet werden kann und als Zufallsbefund gedeutet werden muss. Eine Syringomyelie, die als raumfordernde Erweiterung des Zentralkanals definiert wird, konnte er nicht diagnostizieren. Unabhängig davon gelangt er zu dem Ergebnis, dass die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden selbst bei einer massiv raumfordernden Syringomyelie nicht hervorgerufen werden könnten. Dr. Ro. hat deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die auf neurochirurgischem Fachgebiet vorhandenen Befunde das von der Klägerin demonstrierte Krankheitsbild nicht erklären können.

Soweit Dr. Ro. eine zeitliche Staffelung des GdB nicht für möglich und sinnvoll erachtet und deshalb den GdB von 40 bereits ab Antragstellung annimmt, vermag sich dem der Senat nicht anzuschließen. Gerade der progrediente Verlauf eines Leidens legt es nahe, den GdB zeitlich gestaffelt festzusetzen. Wie der Beklagte hält der Senat eine wesentliche Verschlimmerung ab Mitte 2006 für erwiesen, sodass der auch von Dr. Ro. für zutreffend erachtete Gesamt-GdB von 40 ab 01.07.2006 anzunehmen ist. Nach Ansicht von Dr. Ro. beinhaltet dieser GdB die schweren funktionellen Beeinträchtigungen von Wirbelsäulenabschnitten mit persistierenden Symptomen und das chronifizierte Schmerzsyndrom.

Weitere Gesundheitsstörungen mit Funktionsbeeinträchtigungen, die einen GdB von mehr als 10 bedingen liegen nicht vor. Soweit im Bericht des Rheuma-Zentrums B.-B. vom 14.09.2006 auch eine sekundäre Fibromyalgie als Diagnose genannt wird, handelt es sich nur um ein Problem der diagnostischen Einordnung der von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden. Denn die mit diesem Krankheitsbild verbundenen Beeinträchtigungen sind von den Sachverständigen Dr. R. und Dr. Ro. unter der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung berücksichtigt worden. Die urologische Untersuchung wegen des Verdachts auf eine neurogene Blasenentleerungsstörung, über die Dr. Schuster in seinem Arztbrief vom 17.10.2006 an den Hausarzt (Bl. 74 der LSG-Akte) berichtete, hatte keinen krankhaften Befund ergeben. Eine Harninkontinenz liegt somit nicht vor. Auch der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom konnte bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus R. nicht bestätigt werden. Dies wird im Arztbrief der Klinik vom 27.04.2005 (Bl. 86/87 der LSG-Akte) ausdrücklich bestätigt. Daher entbehrt auch die von Dr. K. im Arztbrief vom 21.05.2007 und im Attest vom 20.11.2007 gestellte Diagnose einer seit Jahren angeblich bestehenden Narkolepsie jeder Grundlage. Bei der Narkolepsie handelt es sich um eine neurologische Erkrankung, die mit einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus einhergeht. Der Senat hält es für ausgeschlossen, dass ein derart gravierendes Krankheitsbild bei der stationären Untersuchung im Krankenhaus R., die ja gerade wegen der von der Klägerin geäußerten Schlafproblematik durchgeführt worden ist, und von den Sachverständigen Dr. R. und Dr. Ro. übersehen worden sein könnte.

Der Senat hält die vom behandelnden Arzt Dr. M., Neurologe und Psychiater, dem Versorgungsamt mit Schreiben vom 22.01.2004 dargelegte Auffassung, wonach von einer deutlich abnormen Persönlichkeitsentwicklung auszugehen sei, die mit einer stärkeren Behinderung und Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit gleichzusetzen sei, wobei auch soziale Anpassungsschwierigkeiten nicht mehr zu übersehen seien, für die überzeugendste Ansicht. Immerhin kannte er damals die Klägerin seit Februar 1996, also seit etwa 8 Jahren und vielfältige neurologische Untersuchungen hatten schon damals in keinem Fall einen organischen Hintergrund für die stets unpräzisen Beschwerden ergeben. Daran hat sich bis heute im Grunde genommen nichts Wesentliches geändert.

Weitere Beweiserhebungen sind nicht erforderlich. Das Beschwerdebild, das die Klägerin vorträgt, war schon Gegenstand der Begutachtungen durch Dr. R. und Dr. Ro ... Der Vortrag der Klägerin, der zeitlich nach Abschluss der Untersuchung durch die gerichtlichen Sachverständigen erfolgt ist, hatte nichts wesentlich Neues zum Inhalt. Dies gilt auch, soweit die Klägerin unter Hinweis auf die Ausführungen des Dr. K. nunmehr das Vorliegen einer Narkolepsie geltend macht. Dies ist - wie der Senat oben dargelegt hat - nur der Versuch, das bereits bekannte Beschwerdebild diagnostisch anders einzuordnen. Maßgebend für die Bemessung des GdB sind aber nicht die Diagnosen, sondern die sich aufgrund medizinisch nachweisbarer Befunde ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei sieht es der Senat als sachgerecht an, dass der Beklagte ein Fünftel der außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren trägt. Der Beklagte hat zwar der Änderung der Sachlage dadurch Rechnung getragen, dass er ein Vergleichsangebot abgegeben hat. Dies geschah aber nicht unverzüglich iS eines sofortigen Anerkenntnisses. Denn die vom Beklagten angenommene Verschlimmerung ab Juli 2006 wurde bereits im Gutachten des Dr. Ro. beschrieben.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-07