

L 6 SB 2743/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 1137/03

Datum
25.04.2006

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 2743/06

Datum
21.02.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 25. April 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob bei der Klägerin im Rahmen eines Neufeststellungsverfahrens statt eines Grads der Behinderung (GdB) von 80 ein GdB von 100 festzustellen ist.

Mit dem bindend gewordenen Feststellungsbescheid vom 16. Mai 2001 hatte das Versorgungsamts F. (VA) bei der am 2. September 1952 geborenen Klägerin einen GdB von 70 wegen nachfolgender Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt: 1. Verlust der linken Niere, chronische Harnwegsentzündung (Einzel-GdB 30) 2. Funktionelle Kreislaufstörungen (Einzel-GdB 10) 3. Krampfadern (Einzel-GdB 10) 4. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke (Einzel-GdB 30) 5. Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Einzel-GdB 20) 6. Funktionelle Organbeschwerden, Depression, Restless-Legs-Syndrom (Einzel-GdB 20) 7. Migräne, Kopfschmerzsyndrom (Einzel-GdB 20).

Am 22. Juli 2002 stellte die Klägerin einen Änderungsantrag, da sich alle bereits festgestellten Behinderungen verschlimmert hätten. Das VA zog die Befundberichte des Chirurgen Dr. H. vom 2. August 2002 und des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 29. Oktober 2002 bei. Mit Bescheid vom 9. Dezember 2002 stellte das VA einen GdB von 80 ab 22. Juli 2002 wegen nachfolgender Funktionsbeeinträchtigungen fest: 1. Verlust der linken Niere, chronische Harnwegsentzündung (Teil-GdB 30) 2. Funktionelle Kreislaufstörungen (Teil-GdB 10) 3. Krampfadern, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Restless-Legs-Syndrom, Gang-ataxie, entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke (Teil-GdB 40) 4. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 20) 5. Funktionelle Organbeschwerden, Depression (Teil-GdB 20) 6. Migräne, Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20) Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 2. Dezember 2002 zugrunde, der eine Anhebung des GdB aufgrund einer neu befundeten Ataxie für gerechtfertigt hielt. Im Übrigen wies er darauf hin, mit den neuen Befunden seien gleichzeitig die Organsysteme zusammengefasst worden, wodurch sich die Teilbewertungen geringfügig verschoben hätten.

Der dagegen von der Klägerin erhobene, aber nicht näher begründete Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 6. Mai 2003).

Deswegen erhob die Klägerin am 10. Juni 2003 beim Sozialgericht Konstanz (SG) Klage. Sie trug vor, ihr Hausarzt hätte gehört werden müssen. Neu hinzugekommen sei ein ataktisches Gangbild. Ihre Beschwerden an der Wirbelsäule hätten sich genauso wie die depressive Symptomatik verschlechtert. Der Beklagte gehe von zu niedrigen GdB-Werten aus. Das SG erhob Beweis durch Einholung der schriftlichen sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. W. (Facharzt für Allgemeinmedizin und Hausarzt der Klägerin) vom 23. März 2004 und 11. Oktober 2005 (nebst verschiedenen beigelegten Arztbriefen), von Dr. H. vom 26. April 2004 und von Dr. K. vom 1. Oktober 2004 (ebenfalls unter Beifügung verschiedener Arztbriefe). Dr. W. berichtete von einer Diabeteserkrankung. Aufgrund einer Schlaflaboruntersuchung diagnostizierte Dr. F. im Arztbrief vom 16. Juni 2005 ein Restless-Legs-Syndrom/Periodic-Limb-Movement-In-Sleep sowie eine psychophysiologische Insomnie. Die Schlaflaboruntersuchung war wegen des Verdachts auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom durchgeführt worden. Dr. H. berichtete von wiederkehrenden Beschwerden an den Schultern und der Wirbelsäule. Auf chirurgischem Fachgebiet bestehe keine Behinderung. Dr. K. beschrieb eine Verschlechterung seit 20. Dezember 2001. Ein mittelgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine somatoforme Störung mit deutlichem Krankheitswert bewertete er mit Einzel-GdB-Sätzen von jeweils 30. Eine chronifizierte depressive Störung sowie schmerzhaftes Gelenkbeschwerden bei mäßiger Polyarthrose links gewichtete er mit Einzel-GdB-Sätzen von jeweils 20. Auch bei Berücksichtigung der Verschlechterung betrage der Gesamt-GdB weiterhin 70. Ausgehend von seinem

damaligen Kenntnisstand sah er hinsichtlich der Schlafapnoe bei Durchführung einer erfolgreichen Maskenbeatmung eine leichte Besserungstendenz.

Dr. W. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28. November 2005 aus, der neu nachgewiesene, mit Insulin behandelte Diabetes mellitus Typ II sei mit einem Teil-GdB von 30 zusätzlich zu bewerten. Gleichwohl ergebe sich bei integrativer Bewertung kein höherer Gesamt-GdB als 80.

Mit Gerichtsbescheid vom 25. April 2006 wies das SG die Klage ab. Es schloss sich den Bewertungen des versorgungsärztlichen Dienstes an.

Gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 27. April 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am Montag, den 29. Mai 2006 Berufung eingelegt. Obwohl im Vordergrund stehend sei ihre somatoforme Schmerzstörung nicht berücksichtigt worden. Die daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen überlappten sich nicht mit ihren anderen Leiden, auch nicht mit der Depression. Schließlich habe auch Dr. K. eine getrennte Bewertung vorgenommen. Dr. Z. habe in seinem Gutachten einen GdB von 100 bestätigt, wobei die von ihm herangezogenen Werte noch zurückhaltend erschienen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Beklagten unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Konstanz vom 25. April 2006 und unter Abänderung des Bescheids vom 9. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Mai 2003 zu verurteilen, bei der Klägerin einen GdB von 100 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte legt zur Erwidern ergänzende versorgungsärztliche Stellungnahmen von Dr. G. vom 2. Januar und 8. Oktober 2007 vor. Ein chronifiziertes Schmerzsyndrom sei seit langem aktenkundig und anerkannt. Dieses decke sich mit der von der Klägerin geltend gemachten somatoformen Störung. Selbst bei einem eigenständigen GdB für eine somatoforme Störung würde sich keine Erhöhung ergeben, da doch erhebliche Überschneidungen vorlägen. Nach Auswertung des Gutachtens von Dr. Z. könne wegen der psychischen Beeinträchtigungen insgesamt mit Organbeschwerden, Schmerzen und einer depressiven Störung ein Teil-GdB von 30 anerkannt werden. Wegen Überschneidungen ändere sich dadurch am Gesamt-GdB nichts. Eine anhaltende Depression sei aus den Akten nicht herleitbar.

Auf Antrag der Klägerin beauftragte der Senat den Facharzt für Neurologie Dr. Z. mit der Erstellung eines Gutachtens. Im Gutachten vom 12. Juni 2007 führte er aus, es bestehe kein ataktisches, sondern nur ein etwas schleppendes Gangbild. Er diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung und eine Depression, die er jeweils als mittelschwer bis schwer einordnete. Beide Gesundheitsstörungen bewertete er mit Teil-GdB-Sätzen von jeweils 30. Insgesamt unter Miteinbeziehung der somatischen Gesundheitsstörungen wie Verlust einer Niere und Diabetes mellitus sah er einen Gesamt-GdB von 100 als gegeben an.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte des Beklagten und der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Einen höheren GdB als 80 kann auch der Senat nicht feststellen. Der angefochtene Bescheid vom 9. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Mai 2003 erweist sich als rechtmäßig. Die Klägerin wird dadurch nicht in ihren Rechten verletzt.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs und die Bedeutung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) im Einzelnen dargelegt. Der Senat nimmt darauf Bezug. Zwar ist zum 1. Januar 2008 eine Neufassung der AHP herausgegeben worden. Für die hier streitgegenständlichen Funktionsbeeinträchtigungen haben sich dadurch jedoch keine Änderungen ergeben.

Im Übrigen hat das SG jedenfalls nicht zu Ungunsten der Klägerin ein Krampfaderneiden, eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, ein Restless-Legs-Syndrom, eine Gangataxie (näheres dazu siehe unten) und eine entzündliche rheumatische Erkrankung der Gelenke mit einem Teil-GdB von 40 bewertet, wegen des Verlusts der Niere und einer chronischen Harnwegsentzündung einen Teil-GdB von 30 für gerechtfertigt erachtet, einen Teil-GdB von ebenfalls 30 für die Diabetes-Erkrankung der Klägerin bestätigt, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule einen Teil-GdB von 20 für angemessen erachtet, für funktionelle Organbeschwerden und eine Depression einen Teil-GdB von 20 veranschlagt (näheres dazu unten), für funktionelle Kreislaufstörungen einen Teil-GdB von 10 bestätigt und für eine Migräne und ein Kopfschmerzsyndrom einen Teil-GdB von 20 zugrunde gelegt. Gegen den daraus ermittelten Gesamt-GdB von 80 bestehen seitens des Senats keinerlei Bedenken. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung, denen er sich nach Maßgabe der nachfolgenden Erläuterungen anschließt.

Die im Befundbericht von Dr. K. vom 29. Oktober 2002 beschriebenen Zeichen einer Stand- und Gangataxie, welche ursprünglich der eigentliche Grund für die im Anschluss an die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 2. Dezember 2002 erfolgte Erhöhung des GdB auf 80 war, liegt nach der nachvollziehbaren Beschreibung von Dr. Z. im Gutachten vom 12. Juni 2007 nicht vor. Das Gangbild zeigte sich ihm zwar etwas schleppend, jedoch keinesfalls ataktisch. Selbst der Blindgang wird von Dr. Z. als ungestört beschrieben. Insoweit müsste an sich der in der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 28. November 2005 für das Krampfaderneiden, Hüftgelenksbeschwerden, Restless-Legs-Syndrom, Gangataxie und sonstige Gelenksbeschwerden zugrunde gelegte Teil-GdB anstelle von 40 lediglich mit 30 bemessen werden. Dies kann jedoch letztendlich dahingestellt bleiben, da sich im Rahmen der vorzunehmenden

Gesamtwürdigung daraus keine Auswirkung auf den Gesamt-GdB ergibt.

Hinsichtlich dieser Gesamtwürdigung liegen aus Sicht des Senats letztlich nur drei als eigenständig zu betrachtende Funktionsbeeinträchtigungen vor. Dies sind an erster Stelle die Funktionsbeeinträchtigungen wegen des Verlusts der Niere und der Harnwegsinfektion an zweiter Stelle die Funktionsbeeinträchtigungen wegen der Diabetes-Erkrankung und an dritter Stelle die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund aller übrigen Erkrankungen. Aus Sicht des Senats zu Recht weist die Klägerin in der Berufungsbegründung auf die führende Position einer somatoformen Schmerzstörung hin. Zwar trifft es zu, dass eine solche in der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 28. November 2005 nicht ausdrücklich erwähnt wurde. Nachvollziehbar weist jedoch Dr. G. in seiner Stellungnahme vom 2. Januar 2007 darauf hin, dass sie seit langem anerkannt sei. Auch Dr. K. hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 1. Oktober 2004 chronische Schmerzen in den Hüftgelenken, Kreuzschmerzen, Nackenverspannungen, mangelhafte Leistungsfähigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Schmerzen in Schultern, Armen und Händen als "somatoforme Störung Schmerz bei Polyarthrosen" zusammengefasst. Soweit er - worauf die Klägerin hinweist - eine chronifizierte depressive Störung getrennt bewertete, hat dies bei der Bildung des Gesamt-GdB letztlich keine Auswirkung. Anzumerken ist freilich, dass gegen die getrennte Bewertung spricht, dass nach den AHP Seite 48 sowohl depressive als auch somatoforme Störungen einheitlich unter den Oberbegriff "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen" gefasst werden. Dies alles kann jedoch im Einzelnen dahingestellt bleiben, denn selbst bei Zugrundelegung der für die Klägerin günstigsten Einschätzung seitens Dr. Z.s ergibt sich insgesamt kein höherer GdB als 80.

Die von Dr. Z. vorgenommene Bildung des Gesamt-GdB ist nicht nachvollziehbar. Im Einklang mit den oben genannten drei Beschwerdekomplessen hat Dr. Z. für die Bildung des Gesamt-GdB neben den von ihm beschriebenen Diagnosen einer Depression und einer chronischen somatoformen Schmerzstörung ausdrücklich auch nur auf den Verlust einer Niere und den Diabetes mellitus abgestellt. Zwar dürfte sich aus seiner Formulierung ergeben, dass er diese "somatischen Gründe" nicht abschließend nannte. Im Ergebnis bleibt jedoch nicht nachvollziehbar, wie er einen GdB von 100 ermittelte. Aus den von ihm angenommenen Teil-GdB-Werten von jeweils 30 für die chronifizierte Depression und für die somatoforme Störung sowie aus jeweils zwei weiteren Teil-GdB-Werten von 30 für die Nieren- und die Diabetes-Erkrankung, also insgesamt vier Teil-GdB-Werten von 30, ergibt sich bei einer integrativen Betrachtung keinesfalls ein GdB von 100, denn die einzelnen Werte dürfen nach AHP Seite 24 nicht addiert werden. Dieses Problem sah wohl auch die Klägerin, da sie nach der Erstellung des Gutachtens von Dr. Z. darauf hinwies, die von ihm auf seinem Fachgebiet zugrunde gelegten Teil-GdB-Werte erschienen zurückhaltend. Dagegen spricht freilich, dass Dr. Z. die somatoforme Störung gleich wie Dr. K. bewertete. Hinsichtlich der chronifizierten Depression nahm er darüber hinaus eine Verschlechterung, folglich einen höheren Wert an. Im Übrigen wies Dr. G. nachvollziehbar in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 8. Oktober 2007 darauf hin, dass eine anhaltende mittelschwere bis schwere Depression aus der Aktenlage nicht herleitbar ist. Zwar habe Dr. Z. bei seiner Untersuchung eine deutliche depressive Herabgestimmtheit und eine eingeengte affektive Schwingungsfähigkeit beschrieben. Dr. K. habe jedoch in seiner Auskunft vom 1. Oktober 2004 von einem ausgeglichenen Affekt mit nur leichter Antriebsminderung berichtet. Auch im Rahmen der Schlaflaboruntersuchung habe der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. die Klägerin als freundlich zugewandt, allseits gut orientiert, schwingungsfähig mit regelrechten Antrieb erlebt. Der Senat sieht somit keine Ansatzpunkte für die Annahme, Dr. Z. habe die von ihm zugrunde gelegten GdB-Werte zu gering ermittelt.

Soweit Dr. K. in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 1. Oktober 2004 eine Schlafapnoe entsprechend AHP Seite 70 mit einem Teil-GdB-Wert von 30 bewertete, wurde diese damals gestellte Verdachtsdiagnose durch die nachfolgende Schlaflaboruntersuchung nicht bestätigt.

Zusammenfassend ergibt sich unter Zugrundelegung der "maximal" von den Ärzten vorgeschlagenen Teil-GdB-Werte folgendes Bild. Der Teil-GdB-Wert für das Krampfader-, Hüft- und Gelenkleiden sowie Restless-Legs-Syndrom von 40 erhöht sich durch die Teil-GdB-Werte von jeweils 30 für eine depressive Störung und eine somatoforme Störung auf maximal 60. Teil-GdB-Werte für Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule von 20, für Migräne/Kopfschmerzen von 20 und eine Kreislaufstörung von 10 wirken sich nicht weiter erhöhend aus, da die Überschneidungen mit den zuvor genannten Erkrankungen zu groß sind. Ohnehin führen nach den AHP Seite 26 zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Bei weiterer Berücksichtigung der Teil-GdB-Werte von jeweils 30 für den Verlust der Niere nebst Harnwegsinfektionen und der Diabetes-Erkrankung ergibt sich der vom Beklagten ermittelte Gesamt-GdB von 80. Es wird betont, dass der Senat hier Teil-GdB-Werte zu Gunsten der Klägerin zugrunde gelegt hat, gegen die zum Teil Bedenken bestehen. Dies gilt vornehmlich für den zuerst genannten Teil-GdB-Wert von 40. Hier würde in Anlehnung an die sachverständige Zeugenaussage von Dr. K. und der eingangs erwähnten Zweifel am Vorliegen einer Gangataxie vieles dafür sprechen, nur einen Teil-GdB-Wert von 30, wenn nicht gar von nur 20 anzunehmen. Auch gegen den Teil-GdB-Wert von 30 für eine chronifizierte Depression bestehen die bereits ausgeführten Bedenken.

Der Gesamt-GdB von 80 ist somit nicht zu gering bemessen. Er steht im Übrigen durchaus im Einklang mit den Spontanangaben der Klägerin gegenüber Dr. Z. ... Daraus darf geschlossen werden, dass die Klägerin ihren Haushalt zwar sehr langsam und mit vielen Pausen, aber letztlich offensichtlich dennoch mit Erfolg selbst versehen kann. Ihr Zustand kann damit sicher nicht mit einem Zustand bei Verlust beider Arme oder Hände oder bei Hirnschäden mit schweren psychischen Störungen, für die in den AHP ein GdB von 100 vorgesehen ist, verglichen werden.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#):

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-09