L 3 SB 3282/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 17 SB 3891/09
Datum
27.06.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 3282/12
Datum
13.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Die am 25.02.1963 geborene türkische Klägerin, die im Besitz einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis ist, stellte am 02.06.2008 beim Landratsamt C., Amt für Versorgung und Rehabilitation, den Erstantrag nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Nach Auswertung der vorgelegten medizinischen Unterlagen stellte das Landratsamt C. mit Bescheid vom 14.07.2008 den GdB der Klägerin mit 20 seit 02.06.2008 fest.

Am 20.11.2008 stellte die Klägerin einen Erhöhungsantrag. In Auswertung der vorgelegten medizinischen Unterlagen, auf die Bezug genommen wird, bewertete Dr. A. in der gutachtlichen Stellungnahme vom 27.02.2009 eine seelische Störung, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie funktionelle Organbeschwerden zusammen mit einem Einzel-GdB von 30. Ein Einzel-GdB von jeweils 10 sei für einen Diabetes mellitus (mit Diät einstellbar), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen sowie für ein hyperreagibles Bronchialsystem und Allergie festzustellen. Der Gesamt-GdB betrage 30. Mit Bescheid vom 24.03.2009 stellte das Landratsamt C. - Amt für Versorgung und Rehabilitation - den GdB der Klägerin mit 30 seit 20.11.2008 fest.

Hiergegen erhob die Klägerin am 14.04.2009 Widerspruch unter Vorlage ärztlicher Bescheinigungen des behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Erdogan vom 03.04.2009 und des Facharztes für Psychiatrie Dr. B. vom 06.04.2009. Dr. B. nannte die Diagnosen einer larvierten Depression, Angst und depressive Störung, gemischt, Hypertonie, Diabetes mellitus, Bronchialasthma, Struma sowie Arthrose. Die körperlichen Beeinträchtigungen seien mit einem GdB von 40, die depressive Störung mit einem GdB von 20 zu bewerten. Insgesamt schätze er den GdB auf mindestens 50. Facharzt für Allgemeinmedizin Erdogan nannte die Diagnosen Fibromyalgie, som. Depressionen, Struma diffusa, chronisches Asthma bronchiale, chronische Lumbalgien. Er schätzte den GdB auf ca. 50 bis 60.

In der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.06.2009 führte Dr. C. aus, die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin seien im angefochtenen Bescheid zutreffend bewertet.

Mit Teilabhilfebescheid vom 02.07.2009 stellte das Landratsamt C. den GdB wie bisher mit 30 und darüber hinaus fest, dass die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des § 33 b Einkommenssteuergesetz geführt habe, diese bestehe seit 20.11.2008.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.08.2009 wies der Beklagte den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 03.09.2009 Klage zum Sozialgericht C. (SG) erhoben.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen gehört.

Der Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Pumpe hat in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 19.05.2010

mitgeteilt, bei der Klägerin bestehe ein gut eingestelltes allergisches Asthma bronchiale sowie ein Diabetes mellitus Typ II b. Er teile die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes hinsichtlich der Einstufung des GdB bezüglich dieser Erkrankungen.

Der Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Eckhardt hat unter dem 25.05.2010 mitgeteilt, die Klägerin sei wegen einer akuten Laryngitis im Januar 2010 behandelt worden, eine chronische Behinderung im eigentlichen Sinne bestehe von Seiten des HNO-Gebietes nicht. Zum Ausschluss einer bronchialen Erkrankung sei eine Panendoskopie durchgeführt worden, die keinen krankhaften Befund ergeben habe.

Der Facharzt für Chirurgie D. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 04.06.2010 über ein Struma ersten bis zweiten Grades sowie leichte Unterschenkelödeme berichtet. Den hierdurch bedingten GdB könne er nicht beurteilen.

Die Ärztin für Allgemeinmedizin K. hat in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 16.06.2010 die Diagnosen eines mittelschweren Asthma bronchiale, einer mittelschweren venösen Insuffizienz, eines leichten diätetisch eingestellten Diabetes mellitus, einer mittelschweren depressiven Entwicklung sowie eines schweren chronischen Spannungskopfschmerzes gestellt. Entgegen der Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes bedingten die Depression und das Asthma bronchiale schwere Beeinträchtigungen im täglichen Leben. Beigefügt waren Arztbriefe von Dr. L. vom 23.04.2009 über eine Schilddrüsensonographie (grenzwertige Größe), des Facharztes für Chirurgie und Gefäßchirurgie Dr. M. vom 15.06.2009 (Diagnosen: Stammvarikosis Vena saphena parva Grad II beidseits, Lipödem vom OS- und US-Typ Stadium I bis II. Therapie: Versuch der Kompressionstherapie und Kontrolle in einem Jahr), des Neurologen Dr. Ruhnke vom 25.11.2008 (MRT des Gehirnschädels altersentsprechend, keine intrakranielle Raumforderung, rezidivierender Spannungskopfschmerz, Ausschluss einer Migräne) und des Facharztes für Innere Medizin Dr. N. vom 01.04.2010 (Diagnosen: funktionelle Dyspepsie, unauffälliger Schleimhautbefund in Ösophagus, Magen und oberem Duodenum).

Dr. B. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 01.07.2010 die Diagnose einer Dysthymie (depressive Neurose) mitgeteilt. Es finde eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie lösungsorientierten Gesprächen statt. Im Rahmen der seelischen Erkrankungen bestehe psychopathologisch eine weiter behandlungsbedürftige schwere depressive Symptomatik, welche als mittelschwer einzuschätzen sei. Den GdB betreffend die Dysthymia schätze er derzeit auf 30 ein. Die Depressivität sei in ihrem Verlauf schwankend.

In der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.11.2010 hat Dr. Götz die Auffassung vertreten, aus den eingeholten ärztlichen Auskünften ergebe sich keine abweichende Beurteilung.

Das SG hat sodann auf Antrag der Klägerin gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Prof. Dr. P. mit der Erstattung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 07.05.2011 hat dieser ausgeführt, bei der Klägerin bestehe eine seelische Erkrankung im Sinne einer schweren Störung mit der Folge mittelgradiger sozialer Anpassungsschwierigkeiten, die mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten sei. Unter Berücksichtigung fachfremder Erkrankungen, nämlich eines chronischen Lipödems der Beine und eines Glaukoms beidseitig, die jeweils mit einem Tel-GdB von 10 zu bewerten seien, betrage der Gesamt-GdB 60.

Das SG hat sodann den Diplom-Psychologen O. vom Psychiatrischen Zentrum Nordbaden Wiesloch, wo die Klägerin am 10.05.2011 und 03.08.2011 in Behandlung war, als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat unter dem 23.08.2011 mitgeteilt, bei der Klägerin beständen eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine Somatisierungsstörung, Diabetes Mellitus Typ II, Asthma bronchiale, eine arterielle Hypertonie, chronische Rückenschmerzen sowie eine Hypothyreose. Der Schwerpunkt der Behinderung liege auf internistischem Gebiet.

Der Beurteilung durch Prof. Dr. P. ist Dr. Reiniger in der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 26.10.2011, auf die Bezug genommen wird, entgegengetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 27.06.2012 hat das SG den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 24.03.2009 in Form des Teil-Abhilfebescheids vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.08.2009 verurteilt, bei der Klägerin einen Grad der Behinderung von 40 ab dem 20.11.2008 festzustellen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, das seelische Leiden der Klägerin in Form der Dysthymia und des chronischen Schmerzsyndroms sei mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten. Der Beurteilung durch Prof. Dr. P., der hierfür einen GdB von 50 veranschlagt habe, sei nicht zu folgen. Aus dem Gutachten ergebe sich nicht schlüssig, weshalb von erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ausgegangen werde. Ein vollständiger Tagesablauf sei vom Gutachter nicht ermittelt worden. Die Klägerin habe lediglich geschildert, wann sie aufstehe und dass sie im Rahmen der Hausarbeit kaum noch mitwirke. Widersprüchlich erscheine dazu die Aussage der Tochter in der Fremdanamnese des Gutachtens, noch im "Mama-Hotel" zu leben. Der Sachverständige stütze sich allein auf die von der Klägerin wiedergegebene Biographie und die von ihr beschriebenen Empfindungen ihrer Leiden. Einen Abgleich mit den funktionalen Auswirkungen im Alltag habe er kaum vorgenommen. Mit einem Teil-GdB von jeweils 10 seien das chronische Wirbelsäulensyndrom, das hyperreagible Bronchialsystem und die Allergie sowie die Ödeme an den Beinen zu bewerten. Für die sonstigen gesundheitlichen Beschwerden, nämlich den Diabetes mellitus, das Glaukom und die Schilddrüsendysfunktion, sei kein GdB von wenigstens 10 festzustellen. Ausgehend hiervon sei der Gesamt-GdB mit 40 festzustellen.

Gegen den am 10.07.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 31.07.2012 Berufung eingelegt mit der Begründung, bereits nach der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. P. betrage der GdB 60.

Auf Antrag der Klägerin gem. § 109 SGG hat der Senat Dr. R., Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg, mit der Erstattung eines Internistisch-psychosomatischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 01.08.2013 hat Dr. R. ausgeführt, bei der Klägerin bestehe eine rezidivierende depressive Störung, die mit einem GdB von 30 zu bewerten sei. Für somatoforme Symptome sei ein GdB von 20 zu veranschlagen. Die weiteren Erkrankungen Asthma bronchiale, nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Schilddrüsenunterfunktion und Bluthochdruck bedingten keinen GdB. Insgesamt betrage der GdB 40. Die internistischen Erkrankungen seien gut behandelbar und aktuell gut eingestellt. Keine der internistischen Erkrankungen führe in den vorliegenden Stadien zu einer schweren Einschränkung. Die psychosomatischen Beschwerden führten zu einer erheblichen, aber nicht schweren Einschränkung der Funktionstüchtigkeit und Fähigkeit der Alltagsgestaltung.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts C. vom 27. Juni 2012 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheids vom 24. März 2009 in Form des Teil-Abhilfebescheids vom 02. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. August 2009 bei ihr einen Grad der Behinderung vom 50 ab dem 02. November 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. § 124 Abs. 2 SGG einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten nach § 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist nach § 105 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 143 SGG statthaft und auch sonst zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) erhoben. Sie ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG auf die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG) den Beklagten nur zur Feststellung eines GdB von 40 ab dem 20.11.2008 verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Feststellung des GdB nach § 69 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowie die Anforderungen an die Festlegung eines GdB für einzelne Behinderungen bzw. krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen nach den Kriterien der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG), der Anlage zu § 2 der nach § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), hat das SG in dem angegriffenen Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Die Klägerin ist maßgeblich beeinträchtigt durch eine Dysthymia und ein chronisches Schmerzsyndrom. Nach Teil B Nr. 3.7 VG bedingen stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) einen GdB von 30 - 40. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelschweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten bedingen einen GdB von 50 - 70. Eine solche schwere Störung liegt bei der Klägerin nicht vor. Der Senat stützt sich hierbei auf die sachverständigen Zeugenaussagen des behandelnden Nervenarztes Dr. B. sowie des Dipl.-Psych. O., die übereinstimmend von einer rezidivierenden depressiven Störung berichtet haben. Dipl-Psych. O. hat angegeben, es handle sich um ein therapiefähiges Krankheitsbild, auch die Somatisierungsstörung im Sinne einer leichtgradigen neurotischen Störung könne durch zumutbare Willensanspannung überwunden werden. Diese Beurteilung ist durch das bei Dr. R. eingeholte Gutachten vom 01.08.2013 bestätigt worden. Dessen Beurteilung macht sich der Senat zu eigen.

Der Senat folgt nicht der Beurteilung durch Prof. Dr. P. im Gutachten vom 07.05.2011. Soweit dieser darin die Auffassung vertritt, die seelische Erkrankung der Klägerin trete zumindest im Sinne einer schweren Störung mit der Folge mittelgradiger sozialer Anpassungsschwierigkeiten in Erscheinung, kann dem sonstigen Inhalt des Gutachtens nicht entnommen werden, worauf sich diese Beurteilung stützt. Der Sachverständige hat sich insbesondere nicht mit der Frage einer bewusstseinsnahen Aggravation auseinandergesetzt, obwohl hierfür deutliche Anhaltspunkte vorgelegen haben, etwa indem er selbst ausgeführt hat, es hätten deutliche Aggravationstendenzen im Rahmen der Schilderungen der Beschwerden und bei den körperlichen Untersuchungen vorgelegen. Auch bei der Testung des Kurzzeitgedächtnisses bzw. der Merkfähigkeit konnte die Klägerin in der mehrfachen Wortwiederholung nur zwei oder drei Zahlen einer jeweils einfachen fünfstelligen Zahlenreihe nachsprechen, was den Eindruck einer Aggravation hervorgerufen hat. Auch hat Prof. Dr. P. nicht dargelegt, in welcher Form sich die von ihm angenommenen sozialen Anpassungsschwierigkeiten manifestieren. Er hat im psychischen Befund hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten vielmehr angegeben, die Klägerin zeige ein sehr höfliches, aber auch sehr weinerliches Auftreten. Auffallend sei vor allem gewesen, dass die Klägerin alle Fragen bejaht habe, die ihr hinsichtlich möglicher Beschwerden gestellt worden seien. Es hätten deutliche Aggravationstendenzen im Rahmen der Schilderungen der Beschwerden auch bei den körperlichen Untersuchungen bestanden. Hinsichtlich des Sozialkontakts hat er angegeben, dieser sei geprägt durch eine "angespannte Grundhaltung". Dies vermag das Vorliegen einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, wie sie für die Feststellung eines GdB von 50 erforderlich sind, nicht zu begründen.

Das Wirbelsäulen-Syndrom und die Ödeme an den Beinen sind mit einem Teil-GdB von jeweils 10 zu bewerten. Das Asthma bronchiale ist zwischenzeitlich gut eingestellt und bedingt deshalb keinen GdB von wenigstens 10. Gleiches gilt für den Diabetes mellitus und den Bluthochdruck, ein Glaukom sowie die Schilddrüsendysfunktion. Der Senat stützt sich hierbei auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. R ...

Hiernach besteht allenfalls ein GdB von 40. Zur Bildung des Gesamt-GdB wird gem. § 153 Abs. 2 SGG auf die Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug genommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus

Login
BWB
Saved
2013-11-15