

## L 8 SB 4186/11

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

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 SB 186/09

Datum  
22.08.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 4186/11

Datum  
22.11.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. August 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Der 1951 geborene Kläger beantragte am 13.06.2008 beim Landratsamt K. - Amt für Versorgung und Rehabilitation - (VA) die Feststellung des GdB ab Antragstellung. Das VA zog medizinische Befundunterlagen bei (Berichte St. V. -Kliniken K. vom 14.02.2007; Dr. F. vom 13.04.2007 und 18.10.2007; Kardiologische Gemeinschaftspraxis Dr. Ru. und Kollegen vom 03.05.2007; Städtisches Klinikum K. vom 13.06.2007, 05.07.2007, 21.12.2007, 30.01.2008 und 21.05.2008, Diagnosen: Erfolgreicher PFO-Verschluss am 21.12.2007, PFO bei Vorhofseptumaneurysma, Zustand nach Lyse des thromboembolischen Verschlusses des Truncus tibio-fibularis links 12/07 und der a. poplitea links mit TEA und Lyse 6/2007, KHK, Zustand nach Vorderwandmyocardinfarkt 1998, embolischer Reversschluss des Truncus tibio-fibularis links, arterielle Hypertonie; Dr. Ra. vom 12.07.2007, 28.09.2007, 15.10.2007 und 04.06.2008, Diagnosen: Embolischer Verschluss am linken Unterschenkel, offenes Foramen ovale mit Vorhofseptumaneurysma und rezidivierenden Thromboembolien, koronare 1 GE Stenose des RIVA Coro, Hypercholesterinämie, Marcumar-Unverträglichkeit; Neurochirurg H. vom 08.05.2008, Diagnosen: Rezidivierender embolischer Arterienverschluss am linken Unterschenkel, Peroneausschädigung links, Läsion des Nervus saphenus links, Z.n. Verschluss eines PFO 12/2007, Zustand nach embolischem Verschluss des Truncus tibio-fibularis links 12/2007, Zustand nach Aspirations-TEA und Lyse-Therapie mit Rekanalisation des Truncus tibio-fibularis und der A. ant. links bei thrombo-embolischem Verschluss 6/2007, Zustand nach Vorderwandinfarkt 1997).

Anschließend holte das VA die gutachtliche Stellungnahme seines ärztlichen Dienstes, Dr. C. , vom 11.08.2008 ein, der wegen einer operierten arteriellen Verschlusskrankheit bei wiederkehrenden Gefäßembolien und Interventionen am linken Bein (Teil-GdB 30) sowie Bluthochdruck, Verschluss eines offenen Foramen ovale am Herzen, abgelaufenem Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit (Teil-GdB 20) den Gesamt-GdB mit 40 vorschlug.

Mit Bescheid vom 21.08.2008 stellte das VA beim Kläger den GdB mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 13.06.2008 fest.

Gegen den Bescheid vom 21.08.2008 legte der Kläger am 16.09.2008 Widerspruch ein. Er machte geltend, an einer Blutgerinnungsstörung zu leiden. Weiter leide er an chronischen Rückenbeschwerden sowie an einer Arthrose in den Hüften und in den Ellenbogen. Im linken Bein und linken Fuß bestünden Dauerschmerzen und ein unangenehmes Kribbeln. Die Gehstrecke sei erheblich eingeschränkt. Aufgrund der neurologischen Schädigung bitte er, den GdB neu zu bewerten.

Das VA zog den Bericht von Dr. K. vom 10.05.2007 sowie einen Auszug aus den medizinischen Daten des Dr. F. für die Zeit vom 15.04.2000 bis 15.10.2008 bei und ließ diese durch seinen ärztlichen Dienst auswerten. In der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. P. vom 04.11.2008 wurde unter zusätzlicher Berücksichtigung einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Bandscheibenschaden (Teil-GdB 10) der Gesamt-GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen. Anschließend nahm das VA weitere medizinische Befundunterlagen zu den Akten (Diagnostische Gemeinschaftspraxis vom 10.07.2006 und 21.07.2008, Dr. O. vom 16.07.2008, Diagnosen: Ausschluss eines RE-Verschlusses linker Unterschenkel, degenerativer Kniebinnenschaden mit Meniskusdegeneration und Retropatellararthrose; Dr. Re. vom 30.09.2008,

Diagnosen: Zustand nach Verschlusskrankheit linkes Bein, Zustand nach Foramen ovale, Gerinnungsfaktormangel, Saphenusläsion linkes Bein; Städtisches Klinikum K. vom 23.10.2011, Diagnosen: Neuropathischer Schmerz im Bereich des Nervus saphenus linker Unterschenkel nach transpoplitealer Embolektomie 3/2008, operativer Verschluss Foramen ovale 12/2007, KHK, Vorderwandinfarkt und Vorhofseptumaneurysma 1997). In der gutachtlichen Stellungnahme vom 06.11.2008 hielt Dr. P. an ihrer Bewertung fest. Mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2008 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 21.08.2008 zurück. Die Auswertung der ärztlichen Unterlagen habe ergeben, dass die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen in vollem Umfang erfasst und mit einem GdB von 40 angemessen bewertet seien.

Hiergegen erhob der Kläger am 13.01.2009 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er machte zu berücksichtigende gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden des Hüftgelenks, des rechten Ellenbogengelenks und Rückenprobleme, schmerzhafte Beeinträchtigungen des Beines und des Fußes, Beeinträchtigungen durch Medikamente, psychische Beeinträchtigungen sowie einen Bluthochdruck geltend, die er eingehend schilderte. Die Festsetzung eines Gesamt-GdB von 40 sei nicht haltbar und könne nicht nachvollzogen werden. Er sei zu einer Summe der Teil-GdB-Werte von 60 gelangt. Der Kläger legte medizinische Befundunterlagen vor.

Das SG hörte den Orthopäden Dr. A. und den Neurologen H. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. A. teilte in seiner Stellungnahme vom 15.05.2009 und der Neurologe H. in seiner Stellungnahme vom 02.06.2009 jeweils den Behandlungsverlauf und die erhobenen Befunde mit. Außerdem zog das SG durch Dr. E. weitere medizinische Befundunterlagen bei (insbesondere Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus S. vom 24.03.2009, Diagnosen und Therapie: Aneurysma Arteria poplitea links, Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen, periphere diabetische Angiopathie, Anlage eines femoro-poplitealen P III-Venenbypass links am 16.03.2009; Neurologe H. vom 05.02.2009, Diagnosen: Tendinitis des Musculus tibialis anterior links, Zustand nach embolischem Arterienverschluss linker Unterschenkel, Läsion des Nervus saphenus links; Dr. N. vom 13.02.2009).

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 02.10.2009 der Klage entgegen.

Das SG bestellte (von Amts wegen) Dr. Schn. zum Hauptgutachter und Dr. T. zum Zusatzgutachter. Dr. T. diagnostizierte in seinem orthopädisch-unfallchirurgischen Zusatzgutachten vom 09.03.2010 eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung der Hals- und Lendenwirbelsäule mit jeweils endgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallsymptomatik (Teil-GdB maximal 20), eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung des linken Hüftgelenks ohne funktionelle Beeinträchtigung (Teil-GdB unter 10), eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung beider Kniegelenke ohne funktionelle Beeinträchtigung und ohne aktuelle Reizsymptomatik (Teil-GdB unter 10), eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung beider Schultergelenke ohne Funktionsbeeinträchtigung beider Schultergelenke (Teil-GdB unter 10), eine koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt 1998, medikamentös behandelte arterielle Hypertonie und medikamentös behandelte Hyperlipidämie (zusammen Teil-GdB 20) sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit des linken Beins, Bypass-Operation des linken Beins 2009 ohne aktuelle messbare hämodynamisch arterielle Durchblutungsstörung (Teil-GdB maximal 10). Zusammen mit den Beschwerden im Bereich der linken Hüfte sowie beider Kniegelenke ergebe sich ein Teil-GdB von 10. Die Bewertung des Gesamt-GdB überließ Dr. T. dem Hauptgutachten. Dr. Schn. diagnostizierte in seinem neurologisch-psychiatrischen Hauptgutachten vom 12.03.2010 eine Dysthymia und den Verdacht auf eine psychophysiologische Insomnie (Teil-GdB 10), eine leichtgradig ausgeprägte Polyneuropathie, eine Nervus saphenus-Läsion linksseitig, Missempfindungen an der linken Unterschenkelinnenseite, eine operierte arterielle Verschlusskrankheit mit wiederkehrenden Gefäßembolien (Teil-GdB 20), orale Antikoagulation, Bluthochdruck, eine koronare Herzkrankheit, abgelaufener Herzinfarkt sowie einen Zustand nach Verschluss eines offenen Foramen ovale (Teil-GdB 20). Wesentliche Auffälligkeiten hätten sich im allgemeine-körperlichen Untersuchungsbefund nicht gezeigt. In der Zusammenschau aller Befunde (Verschleißerkrankung der Wirbelsäule - Teil-GdB 20 - und einer Verschleißerkrankung des linken Hüftgelenks, beider Kniegelenke und beider Schultergelenke - Teil-GdB 10 -) schätzte Dr. Schn. den Gesamt-GdB auf 30 ein. Die Einholung eines angiologischen Gutachtens stellte er in das Ermessen des Gerichts.

Der Kläger erhob gegen die Gutachten des Dr. T. und des Dr. Schn. Einwendungen (Schriftsatz vom 09.06.2010) und legte die Befundberichte des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses S. vom 18.02.2010 und des Dr. O. vom 09.04.2010 vor. Der Kläger erachtete die Einholung eines angiologischen Gutachtens für erforderlich.

Das SG holte auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten der Fachärztin für Kardiologie, Angiologie und Phlebologie Dr. Ra. vom 25.03.2011 ein. Dr. Ra. gelangte zu dem Ergebnis, angiologisch bestehe aktuell eine freie Strombahn bei prophylaktischer Dauertherapie. Re-Stenosen, verbliebene Verschlüsse oder Aneurysmen lägen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Wegen der operierten arteriellen Verschlusskrankheit bei wiederkehrenden Gefäßembolien / Interventionen am linken Bein schätzte sie den Teil-GdB auf 30 und schloss sich dem Gutachten von Dr. Schn. vom 12.03.2010 an. Für die Verschleißerkrankung der Wirbelsäule schätzte Dr. Ra. den Teil-GdB auf 20.

Der Kläger erhob gegen das Gutachten von Dr. Ra. Einwendungen und machte einen Diabetes sowie ein Glaukom als neu hinzugekommene Erkrankungen geltend. Weiter beantragte der Kläger die Anhörung der ihn behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen und hinsichtlich der Beeinträchtigungen aufgrund der arteriellen Verschlusskrankheit von Dr. D. ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) einzuholen (Schriftsatz vom 28.06.2011).

Der Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 05.07.2011, in der wegen der operierten arteriellen Verschlusskrankheit bei wiederkehrenden Gefäßembolien und Interventionen am linken Bein (Teil-GdB 30), Bluthochdruck, Verschluss eines offenen Foramen ovale am Herz, abgelaufener Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit (Teil-GdB 20), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, einer Polyarthrose und einer depressiven Verstimmung (Teil-GdB jeweils 10) der GdB weiterhin mit 40 seit dem 13.06.2008 vorgeschlagen wurde, der Klage weiter entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.08.2011 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung, gestützt auf die Gutachten von Dr. T., Dr. Schn. sowie Dr. Ra. aus, bei einem Teil-GdB von 30 auf angiologischem Gebiet, einem Teil-GdB von 20 auf internistisch-kardiologischem Gebiet, einem Teil-GdB von 10 bis 20 für die Wirbelsäule, einem Teil-GdB von 10 für die Polyarthrose und einem Teil-GdB von 10 für depressive Verstimmungen betrage der Gesamt-GdB weiterhin 40. Ein GdB von 50 liege nicht vor. Dem Antrag des Klägers, gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten auf angiologischem Gebiet von Dr. D. einzuholen, sei nicht stattzugeben gewesen, sondern durch Einholung eines Gutachtens

von Dr. Ra. entsprochen worden.

Gegen den den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 25.08.2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die vom Kläger am Montag, den 26.09.2011 eingelegte Berufung. Er machte unter Bezug auf den Schriftsatz vom 28.06.2011 gelten, der Sachverhalt sei vom SG nicht hinreichend ermittelt worden. Das SG habe die von ihm wegen des Diabetes und des Glaukoms benannten Ärzte Dr. L. und Dr. Schm. nicht als sachverständige Zeugen gehört. Vorsorglich werde beantragt, wegen der Folgen von Nervenausfallstörungen und einer Dysthymie gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten von Dr. D. einzuholen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. August 2011 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 21. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2008 zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit 50 seit dem 13. Juni 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Der medizinische Sachverhalt sei umfassend aufgeklärt und mit der angefochtenen Entscheidung zutreffend gewürdigt worden. Sachargumente, die eine abweichende Beurteilung begründen könnten, seien der Berufungsschrift nicht zu entnehmen.

Der Senat hat Dr. D., die Fachärztin für Allgemeinmedizin, Diabetologie und Notfallmedizin L. sowie die Fachärzte für Augenheilkunde Dr. Schm. und Dr. Schu. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. D. hat in seiner Stellungnahme vom 26.01.2012 den Behandlungsverlauf und die Diagnosen (Läsion des Nervus saphenus links und daraus resultierende dauerhafte Parästhesien und Sensibilitätsstörungen im Versorgungsbereich des Nerven, eine leichte bis zeitweise mittelschwere depressive Verstimmung) mitgeteilt. Dr. Schm. hat in seiner Stellungnahme vom 09.02.2012 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen mitgeteilt und auf seinem Fachgebiet den GdB auf 0 eingeschätzt. Die Ärztin L. hat in ihrer Stellungnahme vom 12.02.2012 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (Diabetes mellitus Typ II, unter Metformin, Bewegungsmaßnahmen und Ernährung gut eingestellt) mitgeteilt und den GdB auf 20 eingeschätzt. Dr. Schu. hat in seiner Stellungnahme vom 13.02.2012 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (keine diabetische Retinopathie, keine glaukomatöse Optikusatrophie, Visus rechts 0,9 und links 1,0) mitgeteilt und den GdB auf 0 eingeschätzt.

Der Rechtsstreit ist in der nicht-öffentlichen Sitzung am 09.11.2012 durch den Berichterstatter mit den Beteiligten erörtert worden. Der Senat hat anschließend dem Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) entsprechend Dr. D. zum Sachverständigen bestellt. Dr. D. hat mit Schreiben vom 04.02.2013 gebeten, ihn (als behandelnden Arzt) von dem Gutachtensauftrag zu entbinden. Anschließend hat der Senat auf Antrag des Klägers das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. Schw. vom 23.07.2013 eingeholt. Dr. Schw. gelangte in seinem Gutachten zu der Bewertung, beim Kläger lägen eine leichte depressive Erkrankung - Dysthymie - sowie eine Läsion von Ästen des Nervus saphenus im Narbenbereich an der linken Unterschenkelinnenseite vor. Der Schweregrad sei gering. Die Dysthymie bedinge einen GdB von 10 und die Sensibilitätsstörungen keinen GdB. Der bisher angenommene GdB von 40 sei zu bejahen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die zum Gegenstand des Verfahrens gemachte Gerichtsakte des SG und einen Band Verwaltungsakten des Beklagten sowie auf die beim Senat angefallene Akte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig ([§ 151 SGG](#)), aber nicht begründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten kein Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40 zu. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 21.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach 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 ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz \(BVG\)](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16](#) des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - SozR 3-3870 [§ 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 [B 9 SB 3/02 R](#) - BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - BSG SozR 3-3870 [§ 4 Nr. 1](#)).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) der Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und [§ 30 Abs. 1](#) und [§ 35 Abs. 1](#) BVG (Versorgungsmedizin Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach [§ 30 Abs. 16](#) BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1](#) BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - Rn. 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und. Bei Verstößen dagegen. Nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009, SozR 4 3250 [§ 69 Nr. 10 Rn. 19](#) und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), Rn. 30).

Nach diesen Kriterien steht dem Kläger ein Gesamt-GdB von 40 ab dem 13.06.2008 zu. Ein Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) wie der Kläger anstrebt, besteht nicht.

Die vom Beklagten zuletzt mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 05.07.2011 mit einem Teil-GdB von 30 berücksichtigte operierte periphere arterielle Verschlusskrankheit am linken Bein rechtfertigt keinen höheren Teil-GdB. Nach den VG Teil B 9.2.1 (und den AHP) ist bei arteriellen Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) - mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig der GdB mit 0 bis 10 - mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II bei Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m der GdB mit 20, bei Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100 bis 500 m der GdB mit 30 bis 40, bei Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50 bis 100 m der GdB 50 bis 60, bei Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz mit 70 bis 80 und bei Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer Störungen (Stadium IV) einseitig der GdB mit 80 und beidseitig mit 90 bis 100 zu bewerten.

Nach dem auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG vom SG eingeholten Gutachten von Dr. Ra. vom 25.03.2011 und den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen besteht beim Kläger eine periphere arterielle Verschlusskrankheit am linken Bein nach (früher) wiederkehrenden Gefäßembolien und operativen Interventionen. Nach den von Dr. Ra. bei der Begutachtung des Klägers erhobenen Untersuchungsbefunden besteht (aktuell) eine freie Strombahn bei prophylaktischer Dauertherapie. Eine Dopplersonographie und Farbduplexsonographie zeigte keine Re-Stenosen, verbliebene Verschlüsse oder Aneurysmen. Es fand sich lediglich eine geringe Aorten- und Iliacalarterienkleros rechts bei sonst regelrechtem Befund der Becken- und Beinarterien. Nach den von Dr. Ra. erhobenen objektiven Untersuchungsbefunden besteht beim Kläger eine normalisierte Durchblutung, durch die funktionelle Beeinträchtigungen (Schmerzen linker Fuß, Pelzigkeitsgefühl am linken Knöchel) nicht verursacht sind. Dem entspricht auch der von Dr. T. in seinem Gutachten vom 09.03.2010 beschriebene Befund der Dopplersonographie der Beine des Klägers, der ebenfalls keine hämodynamisch relevante arterielle Durchblutungsstörung erbracht hat. Zwar zeigte der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. Ra. auf dem Laufband eine deutlich verkürzte Gehstrecke (Schmerzen in der linken Wade mit Abbruch der Belastung nach 104 m bei 1,5 km/h). Nach dieser vom Kläger gezeigten Leistung käme nach den oben dargestellten Bewertungsgrundsätzen ein Teil-GdB von 30 bis 40 in Betracht. Hinsichtlich der vom Kläger demonstrierten Leistung am Laufband bestehen jedoch Diskrepanzen insbesondere zu dem unauffälligen arteriellen Dopplerbefund und der Oszillographie in Ruhe und dem unauffälligen, sehr guten Dopplerbefund nach Belastung, worauf Dr. Ra. in ihrem Gutachten nachvollziehbar und überzeugend hinweist. Darauf, ob der Kläger anamnestisch eine schmerzfreie Gehstrecke über Kilometer angegeben hat, was er im Schriftsatz vom 28.06.2011 in Abrede stellt, kommt es im Hinblick auf die von Dr. Ra. beschriebenen objektiven Befunde nicht relevant an. Denn allein im Hinblick auf die nach den objektiven Befunden bestehenden Diskrepanzen kann die vom Kläger am Laufband gezeigte Leistung der Bewertung des Teil-GdB nicht tragend zugrundegelegt werden. Danach ist beim Kläger wegen der arteriellen Verschlusskrankheit des linken Beins und seiner verbliebenen Folgen eine Erhöhung des GdB auf über 30 nicht gerechtfertigt, wovon auch Dr. Ra. in ihrem Gutachten ausgeht. Zwar legt Dr. Ra. ihrer Bewertung unzutreffend die AHP 1996 zu Grunde. Nach den oben dargestellten Bewertungsgrundsätzen der VG und AHP 2008 ergibt sich jedoch kein dem Kläger günstigeres Ergebnis. Vielmehr ist - beim Vorliegen einer normalisierten Durchblutung -, ein Teil-GdB von 30 eher weitreichend. Dem entspricht die Bewertung im Gutachten von Dr. Schn. vom 12.03.2010, der wegen des Fehlens hämodynamisch relevanter arterieller Durchblutungsstörungen einen Teil-GdB von 20 für ausreichend und angemessen erachtet. Dr. T. erachtet in seinem Gutachten sogar nur einen Teil-GdB von 10 für angemessen. Nach den Bewertungen von Dr. Schn. und von Dr. Ra. kommt jedenfalls ein höherer Teil-GdB als 30, wie ihn der Kläger für gerechtfertigt hält, nicht in Betracht. Ein höherer Teil-GdB ist auch nicht zeitweise durch die Verschlüsse des Truncus tibio-fibularis im Jahr 2007 bzw. März 2008 gerechtfertigt, weil sie vor dem vorliegend streitgegenständlichen Feststellungszeitraum (Antragstellung am 13.06.2008) liegen. Dass durch die periphere arterielle Verschlusskrankheit vor der Anlage eines femoro-poplitealen Venenbypasses mit Ausschaltung eines Aneurysma im März 2009 sowie eines PTA des Truncus tibio-fibularis links im Juli 2010 beim Kläger zeitweise ein Teil-GdB von über 30 vorlag, lässt sich den eingeholten Gutachten wie auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht hinreichend bestimmt entnehmen.

Die vom Beklagten zuletzt mit einem Teil-GdB von 20 berücksichtigte koronare Herzerkrankung des Klägers und der Bluthochdruck rechtfertigen keinen höheren Teil-GdB als 20. Nach den VG Teil B 9 ist für die Bemessung des GdB bei Krankheiten des Herzens weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich, sondern die Leistungseinbuße. Dies gilt nach Teil B 9.1.2 auch nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen; auch hier ist der GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Nach den VG Teil B 9.1.1 gilt bei einer Einschränkung der Herzleistung: 1. keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung; GdB 0 bis 10, 2. Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten); GdB 20 bis 40, 3. Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten). Entsprechendes gilt nach den AHP.

Hiervon ausgehend rechtfertigt die koronare Herzerkrankung des Klägers keinen höheren Teil-GdB als 20. Nach dem zu den Akten gelangten Befundbericht des Internisten und Kardiologen N. vom 13.02.2009 besteht beim Kläger ein unauffälliger kardiopulmonaler Befund. Der Kläger war im Belastungs-EKG bis 200 Watt belastbar. Der Abbruch erfolgte wegen muskulärer Erschöpfung, dabei keine Angina pectoris und keine Erregungsrückbildungsstörungen. Auch Dr. Schn. hat in seinem Gutachten keinen auffälligen kardiologischen Befund beschrieben. Im allgemeinen körperlichen Untersuchungsbefund zeigten sich keine wesentlichen Auffälligkeiten. Auch sonst lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen eine gravierende Leistungseinbuße des Herzens nicht entnehmen. Danach kann für die Herzerkrankung des Klägers nach den dargestellten Bewertungsvorgaben der VG (und der AHP) kein höherer Teil-GdB als 20 festgestellt werden. Eine höhere Bewertung wird auch nicht durch ein Bluthochdruckleiden des Klägers gerechtfertigt. Ein Bluthochdruckleiden, das nach den VG (Teil B 9.3) - und den AHP - einen Teil-GdB von über 0 bis 10 rechtfertigt, liegt beim Kläger nicht vor. Vielmehr ist nach dem von Dr. T. und Dr. Schn. in ihren Gutachten beschriebenen Blutdruck (rechts 153/93 mmHg bzw. 140/90 mmHg) allenfalls von einem leichten Bluthochdruck auszugehen, zumal nach den sonst vorliegenden medizinischen Befundunterlagen auch normale Blutdruckwerte des Klägers dokumentiert sind (Gutachten Dr. Ra. RR 138/70 mmHg, Befundbericht des Arztes N. vom 13.02.2009 RR 130/80 mmHg), der zusammen mit der koronaren Herzerkrankung des Klägers keinen GdB von über 20 rechtfertigt. Hiervon gehen übereinstimmend

Dr. Schn. , Dr. Ra. und Dr. T. in ihren Gutachten aus. Zur Überzeugung des Senats ist der Teil-GdB mit 20 eher großzügig bewertet.

Sonstige (auf internistischem Gebiet liegende) Gesundheitsstörungen mit Funktionseinschränkungen, die einen Teil-GdB rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor. Der Diabetes mellitus Typ II rechtfertigt keinen Teil-GdB von wenigstens 10 (vergleiche hierzu VG Teil B 15.1 in der anwendbaren Fassung der Zweiten Änderungsverordnung vom 14.07.2010). Danach ist ein Teil-GdB von 20 wegen eines Diabetes mellitus erst dann gerechtfertigt, wenn die Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die an Diabetes erkrankten Menschen in der Lebensführung beeinträchtigt sind. Dies trifft zur Überzeugung des Senats nach der im Berufungsverfahren eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage der Fachärztin für Allgemeinmedizin L. vom 12.02.2012 beim Kläger nicht zu. Der Diabetes mellitus des Klägers ist unter Tabletten (Metformin), Bewegungsmaßnahmen und Ernährung gut eingestellt. Eine Insulintherapie erfolgt nicht. Die Metformin-Therapie löst keine Hypoglykämie aus, was dem Senat auch aus anderen Berufungsverfahren gerichtsbekannt ist. Die Ärztin L. bestätigt, dass beim Kläger eine Hypoglykämie auch nicht bekannt ist. Eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers muss der Kläger nicht durchführen. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Schu. vom 13.02.2012 besteht eine diabetische Rhetinopathie der Augen beim Kläger nicht. Auch sonst sind keine dauerhafte diabetische Folgeerkrankungen belegt. Nach den rechtlichen Vorgaben VG liegt wegen des Diabetes mellitus keine zu berücksichtigende Behinderung vor (GdB 0). Die abweichende Bewertung der Ärztin L. (GdB 20), die ihre Ansicht auf die Biguanide Therapie (mit Metformin) stützt, wird diesen rechtlichen Bewertungsvorgaben nicht gerecht, weshalb ihrer Bewertung nicht gefolgt werden kann.

Auf orthopädischem Fachgebiet liegen beim Kläger keine Funktionseinschränkungen vor, die einen Teil-GdB von wenigstens 20 rechtfertigen. Nach dem vom SG eingeholten Gutachten des Dr. T. vom 09.03.2010 besteht hinsichtlich der Wirbelsäule des Klägers eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung an der Hals- und Lendenwirbelsäule jeweils ohne radikuläre Ausfallsymptomatik. Sonstige Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule lassen sich den von Dr. T. in seinem Gutachten ausführlich beschriebenen Befunden nicht entnehmen. Danach bestehen beim Kläger Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen, die nach den VG Teil B 18.9 mit einem Teil-GdB 10 ausreichend bemessen sind. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen oder gar schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, die einen GdB von 20 oder mehr rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor. Davon geht auch Dr. T. in seinem Gutachten aus, der die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule insgesamt mit einem Teil-GdB von maximal 20 (an der oberen Grenze des Ermessensspielraums liegend) bewertet hat. Eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung des linken Hüftgelenks des Klägers bei nur endgradig eingeschränkter Innenrotation beider Hüftgelenke und sonst freier Beweglichkeit der Streckung und Beugung mit 0-0-130° rechtfertigt nach den VG Teil B 18.13 (und den AHP) keinen GdB von wenigstens 10, wovon auch Dr. T. überzeugend ausgeht. Entsprechendes gilt für eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung beider Kniegelenke des Klägers, die eine Funktionsbehinderung der Kniegelenke nicht hervorruft; auch sonst bestehen nach den von Dr. T. in seinem Gutachten beschriebenen Befunde keine Funktionsbehinderungen im Bereich der Kniegelenke des Klägers. Nach der Bewertung von Dr. T. ist allenfalls zusammen mit den Beschwerden im Bereich der linken Hüfte ein Teil-GdB von 10 rechtfertigt. Dieser Bewertung schließt sich der Senat an. Sonst finden sich nach der Befundbeschreibung des Dr. T. in seinem Gutachten an den oberen und unteren Extremitäten des Klägers einschließlich der Schultern, der Handgelenke und der Finger sowie der Sprunggelenke und der Füße keine bedeutsame Einschränkungen, die einen Teil-GdB rechtfertigen. Solche Einschränkungen lassen sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht entnehmen.

Auf psychiatrischem Fachgebiet besteht beim Kläger eine Dysthymia. Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat aufgrund des Gutachtens des Dr. Schn. vom 12.03.2010. Nach dem von Dr. Schn. beschriebenen Befund liegen beim Kläger keine Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung und Konzentration vor. Auch Gedächtnisstörungen sind nicht nachgewiesen. Im Antrieb wirkte Kläger zwar etwas Verhalten, eine Antriebsminderung oder eine psychomotorische Hemmung besteht jedoch nicht. Der Kläger ist in der Grundstimmung depressiv und die affektive Resonanzfähigkeit ist leicht zum negativen Pol verschoben aber nicht aufgehoben, bei vom Kläger berichteter Grübelneigung. Das formale Denken ist folgerichtig und nicht verlangsamt. Weiter bestehen auch keine inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder dissoziative Störungen. Es ergaben sich Hinweise auf eine psychophysiologische Insomnie. Der Kläger ist, bei nicht sehr ausgeprägtem sozialen Radius, sozial integriert. Für eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert gibt es keinen Anhalt. Danach ist beim Kläger wegen der Dysthymia von leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen auszugehen, die nach den VG Teil B 3.7 (und den AHP) mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten sind. Stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen), die nach den VG (und AHP) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten sind, liegen nach dem von Dr. Schn. beschriebenen psychischen Befund beim Kläger nicht vor. Dabei erachtet es der Senat für nicht erforderlich, den GdB-Rahmen voll auszuschöpfen. Er schließt sich vielmehr der überzeugenden Bewertung von Dr. Schn. in seinem Gutachten an, der wegen der Dysthymia und die darunter auch zu subsumieren Durchschlafstörungen des Klägers (Insomnie) einen Teil-GdB von 10 für ausreichend und angemessen erachtet. Dem entspricht auch das vom Senat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten des Dr. Schw. vom 23.07.2013, der ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine gravierende depressive Störung im engeren Sinn oder eine Persönlichkeitsstörung des Klägers hat feststellen können, sondern ebenfalls eine leichte depressive Erkrankung - Dysthymie - des Klägers angenommen und in Übereinstimmung mit Dr. Schn. den Teil-GdB mit 10 bewertet hat.

Auf neurologischem Fachgebiet liegt beim Kläger keine Gesundheitsstörung vor, die einen Teil-GdB von 10 rechtfertigt. Nach den übereinstimmenden Gutachten von Dr. Schn. und Dr. Schw. besteht beim Kläger eine Nervus saphenus-Läsion links, die zwar Missempfindungen / sensible Störungen (an der linken Unterschenkelinnenseite) hervorruft, jedoch nach den übereinstimmenden und überzeugenden Bewertungen von Dr. Schn. keine funktionellen Einschränkungen bewirken bzw. von Dr. Schw. nicht gravierend pathologisch sind und deswegen keinen Teil-GdB von 10 rechtfertigen. Dieser übereinstimmenden Bewertung schließt sich der Senat an.

Auch auf augenärztlichem Gebiet besteht beim Kläger keine Störung, die einen Teil-GdB von 10 rechtfertigt. Nach der im Berufungsverfahren eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Schm. liegen hinsichtlich der Augen beim Kläger keine funktionellen Beeinträchtigungen vor, die einen Teil-GdB rechtfertigt. Dies hat auch Dr. Schu. in seiner vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 13.02.2012 bestätigt. Das Vorliegen eines krankhaften Glaukoms, wie es der Kläger geltend gemacht hat, wird durch Dr. Schm. und Dr. Schu. nicht bestätigt. Beide den Kläger behandelnden Augenärzte haben in ihren schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen an den Senat auf augenärztlichem Gebiet den Teil-GdB mit 0 bewertet. Diesen, nach den mitgeteilten Befunden mit den VG (und den AHP) in Einklang stehenden Bewertungen, schließt sich der Senat an.

Sonstige Gesundheitsstörungen, die mit einem Teil-GdB zu berücksichtigen sind, sind nicht ersichtlich und werden vom Kläger im Übrigen

auch nicht dargetan.

Danach ist beim Kläger von einem Gesamt-GdB von (allenfalls) 40 seit dem 13.06.2008 auszugehen, wie ihn der Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid festgestellt hat. 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. Die AHP und VG führen zur Umsetzung dieser Vorschriften aus, dass eine Addition von Einzel-GdB-Werten grundsätzlich unzulässig ist und auch andere Rechenmethoden für die Gesamt-GdB-Bildung ungeeignet sind. 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; 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. AHP Nr. 19 Abs. 3 bzw. VG Teil A 3). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze 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](#)).

Hiervon ausgehend sind beim Kläger ein Einzel-GdB von (maximal) 30 für die periphere arterielle Verschlusskrankheit am linken Bein sowie ein Einzel-GdB von (höchstens) 20 für die koronare Herzerkrankung und den Bluthochdruck in die Bildung des Gesamt-GdB einzubeziehen. Die übrigen Funktionseinschränkungen (Diabetes mellitus Typ II, Wirbelsäulenschäden, Hüft- und Kniegelenke, Dysthymia und Insomnie, Nervus saphenus-Läsion) bedingen einen Einzel-GdB von maximal 10 oder niedriger, die bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen sind. Eine gesonderte Berücksichtigung schmerzbedingter Beeinträchtigungen bei der Bildung des Gesamt-GdB und damit die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist zur Überzeugung des Senats beim Kläger nicht gerechtfertigt. Nach den VG Teil A 2j schließen die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein. Eine das übliche Maß übersteigende Schmerzhaftigkeit, die eine ärztliche Behandlung erfordert, ist beim Kläger nicht nachgewiesen und wird von ihm im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Der Gesamt-GdB ist damit mit 40 zu bewerten. Dies würde im Übrigen selbst dann gelten, wenn beim Kläger hinsichtlich der seelischen Störung von einem Teil-GdB von 20 ausgegangen würde, da es im Hinblick auf die eher großzügigen Bewertungen des Teil-GdB für die periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie für die koronare Herzerkrankung und den Bluthochdruck nicht gerechtfertigt ist, auch unter diesen Voraussetzungen die Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers festzustellen. Vom Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft des Klägers (GdB 50) wird auch in keinem der vom SG und vom Senat (von Amts wegen oder auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#)) eingeholten Gutachten ausgegangen.

Anlass für weitere Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den entscheidungserheblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG sowie im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen für geklärt. Neue Gesichtspunkte, die dem Senat Anlass zu zusätzlichen Ermittlungen geben, hat der Kläger nicht aufgezeigt.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-12-09