

L 6 SB 3991/13

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

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 7 SB 1079/12

Datum
19.07.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 3991/13

Datum
27.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger erstrebt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 70 im Erstantragsverfahren.

Der 1965 geborene Kläger türkischer Staatsangehörigkeit reiste 1991 in die Bundesrepublik Deutschland ein und war hier zuletzt als Bauarbeiter beschäftigt. Am 11.09.2009 verstarb seine Ehefrau. Er lebt mit seiner heute 17 Jahre alten Tochter in einer Eigentumswohnung. Am 22.07.2010 erlitt der Kläger einen Myokardinfarkt und wurde vom 22. bis 30.07.2010 im Universitätsklinikum M. stationär behandelt (STEMI der Hinterwand am 22.07.2010, Erstmanifestation einer koronaren 1-Gefäßerkrankung, leichtgradig reduzierte LV-Funktion mit diastolischer Relaxationsstörung, geringgradige Mitralinsuffizienz, gering- bis mittelgradige Aortenklappeninsuffizienz, mittelgradige depressive Episode). Zunächst verzichtete der Kläger aus persönlichen Gründen auf eine Anschlussheilbehandlung, nahm diese dann aber vom 31.05. bis 11.07.2011 in der Klinik Am Schönen Moos, B. S., auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch. Im Entlassungsbericht vom 03.08.2011 werden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Panikstörung, arterielle Hypertonie, reine Hypercholesterinämie sowie Spannungskopfschmerz genannt.

Am 25.08.2011 stellte der Kläger einen Erstantrag nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Der Beklagte holte bei dem Hausarzt des Klägers, Dr. B., Facharzt für Innere Medizin, Befundbescheinigung ein und ließ sodann die medizinischen Unterlagen durch die Versorgungsärztin Dr. St. auswerten, die den Bluthochdruck und den abgelaufenen Herzinfarkt mit einem Teil-GdB von 20, die seelische Störung und das Kopfschmerzsyndrom ebenfalls mit einem Teil-GdB von 20 und den Gesamt-GdB mit 30 einschätzte. Die Fettstoffwechselstörung wurde nicht mit einem Teil-GdB von mindestens 10 bewertet.

Mit Bescheid vom 26.09.2011 stellte der Beklagte den GdB mit 30 seit 22.07.2010 fest.

Mit seinem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, dass die im Bescheid erfassten Gesundheitsstörungen nicht seine neurologischen Erkrankungen erfassen. Der Beklagte holte bei Dr. E., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, daraufhin den Befundbericht vom 17.11.2011 (Dysthymie, rezidivierende depressive Störungen, rezidivierende Panikattacken, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Spannungskopfschmerzen) sowie bei der Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S., B., M. und T. den Befundbericht vom 12.11.2011 (Z. n. Hinterwandinfarkt 07/2010, koronare 1-Gefäßerkrankung mit z. N. PTCA und Stentimplantation der RCA 08/2001, unauffällige Kontrolle 03/2011, Depression mit Panikstörung, mittelgradig eingeschränkte LV-Funktion) ein.

Nachdem Dr. H. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme unter Einbeziehung der neuen Befunde keine Änderung der bisherigen Beurteilung internistischer und seelischer Funktionsstörungen festzustellen vermochte, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13.03.2012 den Widerspruch zurück.

Am 03.04.2012 hat der Kläger hiergegen beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und zur Begründung geltend gemacht, es seien nach dem Tod seiner Ehefrau 2009 und dem Hinterwandherzinfarkt am 22.07.2010 zahlreiche massive körperliche und seelische Beschwerden aufgetreten, weshalb schwere körperliche Tätigkeiten nun nicht mehr möglich seien. Unter weiterer Berücksichtigung der

neurologischen bzw. psychischen Beeinträchtigungen sei ein GdB von mindestens 70 leidensgerecht. Im übersandten Arzt schreiben des Arztes für Nuklearmedizin Dr. S. vom 24.04.2012 wird ausgeführt, dass der Kläger während einer ergometrischen Belastung massive Belastungsdyspnoe und im Zuge der weiteren Belastung ein retrosternales Engegefühl mit Ausstrahlung in den linken Arm einhergehend mit rapidem Abfall des Blutdrucks, Schwindel und Vigilanzminderung gezeigt habe. In Schocklage habe sich der Zustand nach wenigen Minuten stabilisiert und die Blutdruckwerte hätten sich nach Auflösen der Schocklage normalisiert.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen.

Dr. B. hat unter Beifügung zahlreicher Befundberichte mit Schreiben vom 08.06.2012 die seit 22.09.2009 gestellten Diagnosen (STEMI der Hinterwand am 22.07.2010, koronare Herzkrankheit [1-Gefäß, 22.07.2010], geringgradige Mitralklappeninsuffizienz [22.07.2010], gering- bis mittelgradige Aortenklappeninsuffizienz [22.07.2010], Hyperlipidämie Typ IIa [24.09.2009], arterielle Hypertonie [22.09.2009] sowie mittelgradige depressive Episode [22.09.2009]) aufgelistet.

Dr. E. hat mit Schreiben vom 06.07.2012 ausgeführt, der Kläger habe bei der Erstvorstellung am 29.09.2009 über Dauerkopfschmerz seit dem Tod seiner Ehefrau sowie über Schlaflosigkeit, innere Unruhe, Lust- und Antriebslosigkeit, Angstgefühle, mangelnden Appetit, Luftnot und einen Druck über der Brust berichtet. Die diagnostizierte depressive Symptomatik habe sich bei verordneter Syneudon-Medikation im weiteren Verlauf ziemlich therapieresistent gezeigt. Ab dem 30.10.2009 sei die Therapie durch Citalopram ergänzt und eine Überweisung zur Psychotherapie ausgestellt worden. Im Januar 2010 habe der Kläger eingestanden, die Medikation eigenmächtig reduziert zu haben. Bei fortbestehendem Druckgefühl im Kopf sowie auch immer wieder auftretender innerer Unruhe und Stimmungs labilität sei der Schlaf jedoch besser geworden. Am 19.04.2010 habe der Kläger angegeben, inzwischen nicht mehr zu den psychotherapeutischen Treffen zu gehen. Ab dem 16.05.2010 sei der Kläger bis zum Zeitpunkt des Herzinfarkts arbeitsfähig gewesen. Auch in der Folgezeit habe der Kläger über Stimmungsschwankungen, innere Unruhe, Schlafstörungen und allgemeine Kraftlosigkeit berichtet. Er habe jedoch auch zugegeben, dass es immer wieder auch bessere Tage gebe, wo er leistungsfähiger sei. Während des Aufenthalts in der Klinik Am Schönen Moos, B. S., sei es ihm G. gegangen, er habe sich G. erholen können, sei ruhiger und ausgeglichener. Es sei erneut Psychotherapie verordnet worden. Gleichwohl sei über Druckgefühl im Kopf sowie auch erneut über häufig auftretende Stimmungsschwankungen berichtet worden. Am 18.11.2011 habe der Kläger angegeben, dass es ihm besser gehe. Während der Kläger im Februar 2012 wiederum von dem Gefühl berichtet habe, dass es langsam besser werde, habe er am 29.03.2012 von einer wechselhaften Stimmungslage mit Stimmungstiefs, innerer Unruhe und Angstgefühlen berichtet. Zuletzt habe der Kläger am 14.06.2012 zwar über Stimmungsschwankungen und innere Unruhe geklagt, jedoch angegeben, G. schlafen zu können und das Gefühl zu haben, dass die Tabletten G. wirkten. Dr. E. hat eine reaktiv depressive Verstimmung mit immer wiederkehrenden Exacerbationen, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie psychosomatische/psychovegetative Begleitbeschwerden diagnostiziert.

Die Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S., M., T. und G. hat mit Schreiben vom 01.08.2012 unter Beifügung diverser Befundberichte angegeben, den Kläger seit 30.07.2010 zu behandeln; aktuell seien keine anhaltenden Beeinträchtigungen festzustellen.

Sodann hat das SG bei Dr. Sch., Arzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, das neurologische - psychiatrische Gutachten vom 18.01.2013 von Amts wegen eingeholt. Nach ambulanter Untersuchung am 20.12.2012 hat der Sachverständige chronische-depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia auf dem Boden biografischer Belastungen, funktionelle Herzbeschwerden und Luftnot, koronare Herzerkrankung, Z. n. Hinterwandinfarkt 07/2010, Zustand nach PTCA und Stent-Implantation in die RCA 2010, Aortenklappeninsuffizienz Grad I, mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion bei Akinesie der Hinterwand, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie sowie Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden ohne wesentliche motorische Beeinträchtigungen diagnostiziert. Funktionsbeeinträchtigungen ergäben sich aus dem seelischen Leiden und dem Herzleiden. Die arterielle Hypertonie und die Hyperlipidämie seien unter dem Herzleiden zu subsumieren und bedingen für sich allein genommen keine Funktionsbeeinträchtigung. Sowohl das seelische Leiden als auch das Herzleiden hat der Sachverständige jeweils mit einem Teil-GdB von 20, den Gesamt-GdB mit 30 eingeschätzt und den versorgungsärztlichen Stellungnahmen hinsichtlich der Einzel-GdB und des Gesamt-GdB zugestimmt.

Aktenkundig ist zudem der Entlassbrief des Universitätsklinikums M. vom 12.12.2012 nach stationärer Behandlung des Klägers vom 05. bis 12.12.2012 geworden. Darin wird eine Aortenklappeninsuffizienz I. Grades sowie eine mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Funktion bei Akinesie der Hinterwand diagnostiziert. Relevante Koronarstenosen werden jedoch ausgeschlossen und es werden ein gutes Langzeitergebnis nach RPLD-Stent sowie ein normales Herzzeitvolumen und normale Drücke im kleinen Kreislauf festgestellt. Weiter ausgeführt wird, dass somit kein Hinweis auf eine pulmonale Hypertonie und sowohl klinisch als auch konventionell radiologisch sowie anhand der hämodynamischen Messungen bei dem Kläger aktuell eine stabile kardiale Situation bestehe.

Mit Gerichtsbescheid vom 19.07.2013 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen auf den Bescheid des Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides verwiesen. Der dort festgestellte GdB sei von dem Sachverständigen Dr. Sch. bestätigt worden. Aus den Auskünften der behandelnden Ärzte ergebe sich nichts anderes.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 29.07.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27.08.2013 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und zur Begründung ausgeführt, dass auch aufgrund mittlerweile weitergehender Verschlechterungen der Klage auf Feststellung eines GdB von mindestens 70 zu entsprechen sei. Im Erörterungstermin des Berichterstatters vom 16.01.2014 hat der Kläger auf rechtlichen Hinweis des Berichterstatters einen Mindest-GdB von 70 nicht mehr geltend gemacht und insoweit die Klage zurückgenommen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. Juli 2013 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides des Beklagten vom 26. September 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2012 einen Grad der Behinderung von 70 seit 22. August 2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Erörterungstermin vom 16.01.2014 hat der Kläger den Entlassungsbericht des Diakonissenkrankenhauses M. vom 20.08.2013 (mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion), nervenärztliche Atteste des Dipl.-Psych. S. (ambulante Psychotherapie indiziert) und des Nervenarztes Dr. E. (auf unabsehbare Zeit arbeitsunfähig) sowie eine Medikamentenübersicht des Internisten Dr. B. vom 28.11.2013 vorgelegt.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegte Behördenakte sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgemäß erhobene sowie auch im Übrigen zulässige Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist unbegründet.

Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Beklagte hat den GdB des Klägers zu Recht mit 30 festgestellt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB.

Der mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsgsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), [55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zu verfolgende Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#), 3 und 4 SGB IX. Danach stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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 der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Hierfür gelten gem. [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG entsprechend. In der seit 21.12.2007 geltenden Fassung des Gesetzes vom 13.12.2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) wird in [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) zusätzlich auf die auf Grund des § 30 Abs. 17 BVG (seit 01.07.2011 § 30 Abs. 16 BVG) erlassene Rechtsverordnung Bezug genommen. Durch den Verweis auf die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe stellt [§ 69 SGB IX](#) auf das versorgungsrechtliche Bewertungssystem ab.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigen-Gutachten in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (BSG, Urteil vom 11.11.2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) - (juris)). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind (st. Rspr., vgl. BSG, Beschluss vom 09.12.2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) - (juris)). Bei dem auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- bzw. Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen. Diese Umstände sind in der ab 01.01.2009 geltenden Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG vom 10.12.2008 - Versorgungsmedizin-Verordnung - (VersMedV) miterfasst, die daher Grundlage für die Feststellung des GdB ist.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und alten Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, d. h. für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, d. h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (z. B. "Altersdiabetes", "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben.

Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e; so auch BSG, Urteil vom 24.04.2008 - [B 9/9a SB 6/06 R](#) - zit. n. juris). Liegen - wie im Falle des Klägers - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und in wieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein: Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung kann die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber auch nicht verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze steht auch zur Überzeugung des Senats fest, dass die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers keinen höheren GdB als 30 rechtfertigen.

Für das Funktionssystem Herz-Kreislauf beträgt der Teil-GdB 20.

Wie sich aus den übereinstimmenden Auskünften der behandelnden Fachärzte ergibt, leidet der Kläger an einer koronaren Herzerkrankung mit Myokardinfarkt im Juli 2010, Aortenklappeninsuffizienz I. Grades sowie mittelgradig reduzierter linksventrikulärer Funktion bei Akinesie der Hinterwand (vgl. zuletzt Entlassbrief Diakoniekrankenhaus M. vom 20.08.2013 sowie Gutachten Dr. Sch.). Eine relevante Koronarstenose wurde aktuell jedoch ausgeschlossen und das Langzeitergebnis nach Stent-Implantation für G. befunden. Auch in der Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S. und Kollegen wurde im März 2012 kein Hinweis für eine Progression der koronaren Herzerkrankung gefunden. Aufgrund der am 02.04.2012 gezeigten Symptomatik (Belastungsdyspnoe unverändert zum Vorbefund) wurde eine Progression der koronaren Herzerkrankung nunmehr nicht eindeutig ausgeschlossen und der Kläger zur Myokardszintigraphie überwiesen. Hier trat im Verlauf der ergometrischen Belastung zwar eine massive Belastungsdyspnoe mit Blutdruckabfall auf 90/60 mmHg auf. Während die Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen im Arztbrief vom 31.05.2011 (Bl. 57 SG-Akten) noch die Auffassung vertreten hatte, dass für die geklagte Belastungsdyspnoe kardiologisch keine Erklärung zu finden sei, wird im Befundbericht derselben Praxis vom 23.11.2012 ausgeführt, es sei prinzipiell durchaus vorstellbar, dass die Dyspnoesyndromatik kardial bedingt sei. Die deshalb im Universitätsklinikum M. im Dezember 2012 durchgeführten Untersuchungen (Echokardiografie, Links-/Rechtsherzkatheteruntersuchung) haben diesen Verdacht indes nicht erhärtet. Anders als die Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S. und Kollegen, die im Befundbericht vom 23.11.2012 die Aortenklappeninsuffizienz mit II. - III. - gradig eingestuft hatte, hat das Universitätsklinikum M. aufgrund der durchgeführten hämodynamischen Messung über der Aortenklappe lediglich eine Aorteninsuffizienz I. Grades festgestellt, was auch durch den echokardiographischen Befund einer transthorakalen lediglich leichtgradigen Aortenklappeninsuffizienz bestätigt worden ist. Zusammenfassend ist das Klinikum zum Ergebnis gekommen, dass bei dem Kläger klinisch und konventionell radiologisch sowie anhand der hämodynamischen Messungen eine stabile kardiale Situation besteht. Dies wird auch durch den im Erörterungstermin vorgelegten vorläufigen Entlassungsbericht des Diakoniekrankenhauses M. vom 20.08.2013 bestätigt, wonach die am 19.08.2013 durchgeführte Koronarangiographie zwar eine leichte Verschlechterung der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LV-EF) ergab, nach wie vor aber von einem aktuell stabilen Langzeitergebnis nach PCI-RPLD ausgegangen worden ist.

Für die so beschriebene koronare Herzerkrankung hat der Beklagte zu Recht keinen höheren Teil-GdB als 20 festgestellt.

Für die Bemessung des GdB ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße (VG, Teil B Nr. 9). Eine Herzkrankheit ohne 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 ist mit einem GdB von 0 - 10, mit 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) mit einem GdB von 20 - 40, mit 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) mit einem GdB von 50 - 70 zu bewerten (VG, Teil B, Nr. 9.1.1.).

Die Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S. und Kollegen hat in ihrer schriftlichen Zeugenauskunft vom 01.08.2012 angegeben, dass aktuell keine anhaltenden Beeinträchtigungen festgestellt worden seien. Die Untersuchungen im Universitätsklinikum Mannheim im Dezember 2012 und im Diakoniekrankenhaus M. im August 2013 haben zwar eine mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion ergeben, das Herzzeitvolumen war aber gleichwohl mit 3,5l/min/m² normwertig, sodass die Pumpfunktion des Herzens insgesamt regelrecht ist und keine Leistungsbeeinträchtigung begründen kann. Auch die Druckverhältnisse im kleinen Kreislauf waren unauffällig und somit ohne Hinweis auf eine pulmonale Hypertonie. Hiermit stimmen die dokumentierten Werte aus den Belastungs-EKGs überein. So war am 13.09.2010 die Ergometrie bis 75 Watt unauffällig, am 15.11.2010 konnte der Kläger in der Praxis für Herz- und Lungenerkrankungen Dres. S. und Kollegen sogar bis 2 Minuten mit 100 Watt bei unauffälligem Stromkurven- und normalem Puls- und Blutdruckverlauf belastet werden. Der am 14.02.2011 erfolgte Belastungstest wurde bei 50 Watt wegen peripherer Erschöpfung und Luftnot abgebrochen und war ausweislich des Befundberichtes vom 24.02.2011 "nicht diagnostisch". Auch am 12.08.2011 hörte der Kläger nach einminütiger Belastung bei 75 Watt mit der Belastung infolge einer "objektiv nicht inadäquaten Dyspnoe" auf, sodass eine suffiziente Beurteilung nicht möglich war. Bis zu dieser Erregungsstufe hatten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Am 13.02.2012 konnte der Kläger über 2 Minuten mit 50 Watt auf dem Fahrradergometer belastet werden, bevor er wegen Atemnot und peripherer Erschöpfung den Test beendete. Auch hier war die Ergometrie nicht diagnostisch. Auch bei der im April 2012 erfolgten Myokardszintigraphie musste die Belastung abgebrochen werden, nachdem es zu einem Blutdruckabfall gekommen war, der sich in Schocklage allerdings nach wenigen Minuten wieder stabilisierte. Diese Befundergebnisse im Rahmen der Belastungstests weisen nicht mit der gebotenen Sicherheit auf kardiologisch bedingte Leistungsbeeinträchtigungen hin, die mit einem höheren GdB als 20 zu berücksichtigen sind. Denn relativ zeitnah nach dem Myokardinfarkt konnte der Kläger noch ohne auffällige Befunde ergometrisch bis 100 Watt belastet werden. Die späteren Belastungstests wurden wegen Erschöpfung und Atemnot abgebrochen, ohne dass hierfür eine kardiologische Ursache nachgewiesen worden ist. Dementsprechend haben die behandelnden Kardiologen in der Praxis für Herz- und Lungenkrankheiten Dres. S. und Kollegen in ihrer Zeugenauskunft vom 01.08.2012 auch keine anhaltenden Beeinträchtigungen festgestellt. Ein höherer GdB als 20 ist daher nicht gerechtfertigt. Hierbei stützt sich der Senat auch auf die Einschätzung des Sachverständigen Dr. Sch., der zwar ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten erstattet hat, sich als Facharzt für Innere Medizin aber auch zu dem Herzleiden des Klägers äußern konnte. Auch er hat entsprechend der Befunde, der Anamnese und der eigenen klinischen Untersuchung einen GdB von 20 für die funktionellen Herzbeschwerden und die Luftnot für angemessen erachtet. Der Sachverständige hat eine Neigung des Klägers zu hyperventilieren festgestellt, wohingegen kardiopulmonale Auffälligkeiten nicht bestanden. Auch wenn der Kläger durch das Herzleiden psychisch belastet ist, rechtfertigt dies keine höhere GdB-Bewertung im Funktionssystem Herz-Kreislauf, da zum einen bei der Beurteilung des GdB in den Tabellensätzen der VG auch seelische Begleiterscheinungen mit berücksichtigt sind (VG, Teil A, Nr. 2i) und zum anderen der Beklagte für die seelischen Beeinträchtigungen einen weiteren Teil-GdB vergeben hat.

Im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche beträgt der Teil-GdB ebenfalls 20.

Der Kläger leidet nach übereinstimmender Auffassung sowohl des behandelnden Psychiaters Dr. E. als auch des Sachverständigen Dr. Sch. an depressiven Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia auf dem Boden biographischer Belastungen (Tod der Ehefrau, Myokardinfarkt, Verlust des Arbeitsplatzes) mit Exacerbationen und psychovegetativen Begleitbeschwerden. Soweit Dr. E. darüber hinaus eine PTBS diagnostiziert hat, hält der Senat diese nicht für nachgewiesen. Aufgrund welches Traumaerlebnisses Dr. E. eine PTBS angenommen hat, ergibt sich weder aus dessen Zeugenauskunft noch aus seinen Befundberichten bzw. dem im Erörterungstermin vorgelegten nervenärztlichen Attest. Da auch die Entlassungsberichte der Klinik Am schönen Moos, B. S., und des Universitätsklinikums Mannheim eine entsprechende Diagnose nicht enthalten, der Dipl.-Psych. S., bei dem sich der Kläger seit 14.10.2013 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befindet, in seinem Schreiben vom 02.12.2013 ebenfalls eine PTBS nicht festgestellt und der Sachverständige Dr. Sch. darauf hingewiesen hat, dass die Diagnosevoraussetzungen einer PTBS sicherlich nicht gegeben sind, hält der Senat eine solche Erkrankung für nicht nachgewiesen. Soweit der Dipl.-Psych. S. des Weiteren eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) diagnostiziert hat, entspricht dies nicht den Diagnosen des behandelnden Facharztes für Psychiatrie Dr. E. und des Sachverständigen Dr. Sch. ... Dass der Kläger nicht nur vorübergehend (vgl. VG, Teil A Nr. 2f) an einer solchen Gesundheitsstörung leidet bzw. gelitten hat, hält der Senat deshalb nicht für erwiesen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 beträgt bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20 und bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40.

An einer stärker behindernden psychischen Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit leidet der Kläger nicht. Dies ergibt sich für den Senat aus den überzeugenden und schlüssigen sowie G. nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Dr. Sch., der nach ausführlicher Exploration und Anamneseerhebung im Rahmen der ambulanten Untersuchung des Klägers am 20.12.2012 sowie Auswertung der aktenkundigen medizinischen Unterlagen, insbesondere der fachärztlichen Befundberichte des Dr. E. und des Entlassungsberichtes der Klinik Am schönen Moos Anhaltspunkte für eine durchgehende Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit entsprechend einer mittelgradigen depressiven Symptomatik nicht festzustellen vermochte. Auch die schriftliche Zeugenaussage des Dr. E. bestätigt, dass der Kläger nicht anhaltend in gleicher Intensität an Depressionen, sondern an Stimmungsschwankungen leidet, es immer wieder somit auch Phasen gibt, in denen der Kläger sich ausgeglichen, stabil und leistungsfähiger fühlt. Schwankungen im Gesundheitszustand ist bei längerem Leidensverlauf nach VG, Teil A, Nr. 2f mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen, sodass bei der Annahme eines durchschnittlichen Teil-GdB von 20 auch berücksichtigt ist, dass der Kläger in schlechten Phasen an stärker behindernden Störungen leidet, die - wären sie durchgängig vorhanden - einen Teil-GdB von 30 bis 40 rechtfertigen würden.

Dass der Kläger nicht durchgängig an einer mittelgradigen depressiven Symptomatik leidet, ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr. Sch. ... Nicht unberücksichtigt bleiben kann dabei, dass der Kläger seit dem Tod seiner Ehefrau immer wieder psychotherapeutische Behandlungen, wenn auch nach eigener Einschätzung mit eher geringem Erfolg, in Anspruch genommen hat und antidepressive Medikamente (Cipralex, Mirtazapin) einnimmt, wobei hierbei aufgrund der tageszeitlichen Einnahme am Abend wohl eher die schlaffördernde Wirkung der Medikamente Anlass für die Verordnung ist. In der Grundstimmung wirkte der Kläger anlässlich der Untersuchung durch Dr. Sch. zwar niedergeschlagen, subdepressiv, innerlich vermehrt angespannt und gesundheitlich besorgt. Die affektive Resonanzfähigkeit war indes nicht eingeschränkt, der Kläger konnte durchaus spontan und authentisch lächeln und lachen, wenngleich er themenbezogen dann auch weinerlich war. Im psychopathologischen Befund zeigte sich aber keine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung. Der Kläger verfügt auch über eine noch ausreichende Tagesstruktur, steht gegen 08.00 Uhr morgens auf und geht nach dem Frühstück für ein bis zwei Stunden spazieren. Anschließend legt er sich hin, macht dann langsam die Betten, liest ein Buch. Kommt die Tochter nach Hause, bereitet er je nach seinem Befinden das Essen vor. Abends geht er nochmals spazieren, isst ein wenig, beschäftigt sich mit den Vögeln und den Fischen oder schaut mit der Tochter Fernsehen. Am Wochenende geht er mit der Tochter ab und zu ins Kino. Der Nachtschlaf ist mit Hilfe der Medikation erholend, er fühlt sich morgens vom Kopf her ein bisschen frischer. Zudem verfügt der Kläger nach seinen Angaben über gute soziale Kontakte; er ist - wie der Sachverständige Dr. Sch. zu Recht beschreibt - sozial integriert. Manchmal kommen Cousins vorbei, manchmal besucht er diese. Außerdem hat er Kontakte zu Kollegen von früher. Nach Hobbies und Interessen befragt, hat der Kläger angegeben, gerne Flohmärkte zu besuchen und Tiere und Blumen zu lieben. Unter Zugrundelegung dieser anamnestischen Angaben hält der Senat die Schlussfolgerung des Sachverständigen, dass wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Schilderung des Alltags nicht entnommen werden können, für überzeugend und zutreffend, sodass lediglich von einer leichteren psychischen Störung auszugehen, hierbei aber der eröffnete Bewertungsrahmen (GdB 0 bis 20) auszuschöpfen ist.

Die arterielle Hypertonie und die Hyperlipidämie subsumiert der Senat unter das Herzleiden und folgt insoweit der Einschätzung des Sachverständigen Dr. Sch. ... Beide Erkrankungen bedingen für sich allein genommen keine Funktionsbeeinträchtigung.

Unter Berücksichtigung der beiden Teil-GdB-Werte von 20 war ein höherer Gesamt-GdB als 30 nicht festzustellen. Auch insoweit hält der Senat die Einschätzung des gerichtserfahrenen Sachverständigen Dr. Sch. für zutreffend, wonach die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers keine derartigen Wechselwirkungen bzw. Summationseffekte aufweisen, als dass ein höherer Gesamt-GdB als 30 leistungsgerecht ist.

Die Berufung des Klägers war nach alledem zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2014-03-13