

L 3 SB 1408/13

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

3
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 SB 1799/11

Datum
25.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1408/13

Datum
11.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 25. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der Beklagte hatte bei dem am 26.01.1950 geborenen Kläger unter Zugrundelegung der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. A. vom 12.03.2003, in der als Behinderungen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Knorpelschäden an beiden Kniegelenken und eine Arthrose mit einem Einzel-GdB von 20 sowie ein Bluthochdruck und eine Herzleistungsminderung mit einem Einzel-GdB von 20 berücksichtigt und der Gesamt-GdB mit 30 eingeschätzt worden waren, mit Bescheid vom 26.03.2003 den GdB mit 30 seit 11.12.2002 festgestellt.

Ein am 02.11.2006 gestellter Neufeststellungsantrag blieb nach versorgungsärztlicher Auswertung des Entlassungsberichts von Dr. B., Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie der Schlossklinik Bad C., vom 14.11.2006, in dem ein Alkoholmissbrauch, ein äthyltoxischer Leberschaden, ein metabolisches Syndrom und ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom beschrieben wurden, ohne Erfolg.

Der Kläger beantragte am 28.05.2010 erneut die Neufeststellung des GdB. In dem vom Beklagten eingeholten Befundbericht vom 29.07.2010 teilte der Psychiater und Psychotherapeut Dr. Reiser mit, beim Kläger liege eine klassische Agoraphobie mit Panikattacken, begleitend von einer rezidivierenden depressiven Störung, vor. Es komme wiederholt zu rezidivierenden Angstphasen, insbesondere im Rahmen von psychosozialen Belastungen mit Symptomaktualisierung im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Der Internist Dr. D. führte in seinem Befundbericht vom 12.08.2010 aus, der Kläger leide an einer degenerativen Wirbelsäulen-Erkrankung. Zuletzt sei eine Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, eine mittelgradig eingeschränkte Rotations- und Seitneigungs-Beweglichkeit der Halswirbelsäule und eine eingeschränkte Lendenwirbelsäulen-Beweglichkeit befundet worden. Es bestünden keine Zeichen einer akuten Nervenwurzelreizung oder neurologischer Ausfallserscheinungen. Die Versorgungsärztin Streich berücksichtigte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 25.08.2010 als Behinderungen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Knorpelschäden an beiden Kniegelenken und eine Arthrose mit einem Einzel-GdB von 20, eine koronare Herzkrankheit, einen Bluthochdruck und eine Stent-Implantation mit einem Einzel-GdB von 20 sowie ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom mit einem Einzel-GdB von 10 und bewertete den Gesamt-GdB weiterhin mit 30. Mit Bescheid vom 30.08.2010 lehnte der Beklagte den Neufeststellungsantrag ab.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Der Internist und Kardiologe Dr. E. legte seinen Arztbrief vom 22.09.2010 vor, in dem er ein anhaltend gutes Interventionsergebnis nach Stent vom Mai 2005 beschrieben und ausgeführt hatte, es liege kein Hinweis auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit vor. Der Orthopäde Dr. F. berichtete im Januar 2011 über zunehmende Lendenwirbelsäulen-Beschwerden mit endgradigen Bewegungseinschränkungen sowie eine wegen einer Distorsion des oberen Sprunggelenks durchgeführte Behandlung. Dr. G. berücksichtigte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.03.2011 das psychovegetative Erschöpfungssyndrom, eine seelische Störung und eine Depression mit einem Einzel-GdB von 20 und bewertete unter Aufrechterhaltung der sonstigen bisher berücksichtigten Einzel-GdB-Werte den Gesamt-GdB mit 40. Der Beklagte stellte mit Teil-Abhilfebescheid vom 28.03.2011 den GdB mit 40 seit 28.05.2010 fest. Mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.2011 wies er den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 16.05.2011 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben.

Das SG hat zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. F. hat in seiner Auskunft vom 22.08.2011 eine Osteochondrose und Lumbalgie, eine Gonarthrose rechts sowie eine Coxarthrose rechts beschrieben und sich der versorgungsärztlichen Bewertung angeschlossen. Dr. Reiser hat in seiner Stellungnahme vom 13.09.2011 dargelegt, die Agoraphobie wirke sich einschränkend bei den alltäglichen Tätigkeiten, insbesondere wenn es darum gehe, sich weiter von zu Hause zu entfernen, aus. Die Erkrankung mache sich dann mit einer ausgeprägten vegetativen Reaktion mit Ängsten, Schweißneigung und Herzrasen bemerkbar. Es liege eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor.

Sodann hat das SG von Amts wegen das Gutachten der Psychiaterin und Psychotherapeutin H. vom 23.12.2011 eingeholt. Sie hat ausgeführt, bei der rezidivierenden depressiven Störung handele es sich um mehrmals wiederkehrende depressive Episoden im Krankheitsverlauf des Klägers. Eine depressive Episode dauere in der Regel mindestens zwei Wochen. Es werde über Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, Früherwachen, Morgentiefs, gestörtes Selbstvertrauen, Schlafstörungen sowie über eine bei vorliegender Agoraphobie deutliche und anhaltende Angst vor Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause und vor Menschenmengen geklagt. Bei einer Exposition komme es zu Palpitationen, Schweißausbrüchen, Mundtrockenheit, Atembeschwerden und Beklemmungsgefühlen. Die Sachverständige hat den Einzel-GdB für die rezidivierende depressive Störung und die Agoraphobie mit Panikstörung mit 30 und unter Berücksichtigung der für sie fachfremden weiteren Einzel-GdB-Werte den Gesamt-GdB mit 50 eingeschätzt.

Dr. R. hat in der vom Beklagten vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.03.2012 als Behinderungen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 10, eine Arthrose des rechten Hüft- und Kniegelenks ohne Funktionsbehinderung mit einem Einzel-GdB von 10, eine koronare Herzkrankheit, einen Bluthochdruck und eine Stent-Implantation mit einem Einzel-GdB von 10 sowie eine depressive Verstimmung und Verhaltensstörungen mit einem Einzel-GdB von 30 und den Gesamt-GdB wie bisher mit 40 eingeschätzt.

Mit Gerichtsbescheid vom 25.02.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich in Bezug auf das psychiatrische Fachgebiet auf das Gutachten der Dr. H. gestützt. In Bezug auf das orthopädische Fachgebiet hat das SG dargelegt, ausgehend von der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. F. handele es sich bei sämtlichen Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet nur um solche leichter Ausprägung. Die GdB-Bewertung der internistischen Erkrankung ergebe sich aus dem aktuellen Belastungs-EKG, wonach der Kläger 125 Watt erreicht habe.

Gegen den ihm am 28.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheid des SG hat der Kläger am 27.03.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, er leide an einer Funktionseinschränkung der linken Schulter, die bislang bei der GdB-Bewertung nicht berücksichtigt worden sei. Inzwischen habe sich auch herausgestellt, dass bei ihm eine Arthrose in der Halswirbelsäule, wodurch die Beweglichkeit erheblich eingeschränkt werde, vorliege. Ferner sei die von Dr. D. als mittelgradig beschriebene Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nicht ausreichend berücksichtigt worden. Des Weiteren müssten die Arthrose und die Knorpelschäden in den Kniegelenken berücksichtigt werden. Im Übrigen habe sich seine psychische Erkrankung verschlechtert. Außerdem leide er seit längerer Zeit an einer behandlungsresistenten Borreliose-Erkrankung.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 25. Februar 2013 aufzuheben und den Bescheid des Beklagten vom 30. August 2010 in der Gestalt des Teil-Abhilfebescheides vom 28. März 2011 und des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2011 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den GdB mit 50 seit 28. Mai 2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es ergäben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der GdB bislang zu niedrig bewertet worden sei.

Sodann hat der Senat die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört und diverse Arztbriefe beigezogen. Dr. E. hat unter dem 19.07.2013 ausgeführt, er habe den Kläger zuletzt am 22.09.2010 behandelt. Die SLK-Kliniken Heilbronn gGmbH haben im August 2013 ausgeführt, der Kläger sei bei ihnen nicht stationär behandelt worden. Dr. D. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 16.09.2013 ausgeführt, beim Kläger liege eine koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung mit Zustand nach perkutaner transluminaler Coronarangioplastie und Stent-Implantation im März 2005 der rechten Coronararterie, eine arterielle Hypertonie, eine Glukosetoleranz-Störung, der Verdacht auf eine periphere arterielle Verschlusskrankung links, eine Polyneuropathie ungeklärter Ätiologie, eine degenerative Wirbelsäulen-Erkrankung, eine rechtsseitige Gonarthrose, eine ältere Borrelien-Infektion, eine Typ-C-Gastritis, ein Zustand nach Kolon-Polypektomie im Mai 2012 sowie eine Angststörung und eine rezidivierende depressive Störung vor. Dr. Reiser hat in seinen Arztbriefen vom 01.07.2010 und 19.12.2011 eine Agoraphobie, einen Bluthochdruck und eine remittierende rezidivierende depressive Episode beschrieben. Aus den Arztbriefen des Dr. F. vom 27.07.2011, 11.01.2012, 14.12.2012, 09.01.2013, 10.06.2013 und 22.07.2013 gehen die Diagnosen Myogelose der Schulter-Nacken-Muskulatur, degenerative Halswirbelsäulen-Veränderungen, Foramina-Einengung im Halswirbelsäulen-Bereich, Impingement, Osteochondrose, Lumbalgie, Coxarthrose, Meniskopathie und Gonarthrose hervor. Im Arztbrief des Radiologischen Zentrums Sinsheim/Eberbach/Erbach/Walldorf vom 06.08.2011 sind eine komplette Ruptur des vorderen Kreuzbandes, zweitgradige Chondropathie-Zeichen, eine Teilresektion am Außenmeniskus-Hinterhorn und am gesamten Innenmeniskus dargelegt. Dr. Richter, Chefarzt an der Orthopädischen Klinik Markgröningen, hat in seinem Arztbrief vom 19.10.2011 eine chronische Insuffizienz des rechten vorderen Kreuzbandes sowie einen Zustand nach Innenmeniskus- und Außenmeniskus-Teilresektion rechts diagnostiziert. Dr. De I., Chefarzt der Inneren Abteilung am Krankenhaus K., hat in seinem Arztbrief vom 16.12.2011 über eine Inappetenz und Unterbauchschmerzen berichtet. Im Entlassungsbericht des Dr. L., Leitender Arzt an der Reha-Klinik M., vom 20.12.2012 sind eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine teil-remittierende depressive Episode, eine koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Stenting, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II und ein Nikotinabusus aufgeführt. Der Allgemeinmediziner und Infektiologe Dr. N. hat in seinen Arztbriefen vom 22.01.2013 und 16.04.2013 eine ältere Borrelien-Infektion und eine Polyneuropathie diagnostiziert. Die Radiologen Söldner und Dr. Söldner haben in ihrem Arztbrief vom 04.06.2013 über eine Fehllagerung der Halswirbelsäule mit Steilstellung, eine geringe

rechtskonvexe Skoliose im cervico-thorakalen Übergang, eine erosive Osteochondrose C6/7 mit Retrospondylose und eine Unkovertebralarthrosen mit mäßiger Einengung der Neuroforamina berichtet. In dem Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. O. vom 06.06.2013 sind der Verdacht auf eine Lyme-Krankheit geäußert und eine Polyneuropathie-Symptomatik beschrieben worden.

Dr. P. hat in der vom Beklagten vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.10.2013 ausgeführt, dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik M. ließen sich keine wesentlich neuen Gesichtspunkte entnehmen. Die Einschränkungen in Verbindung mit der Angsterkrankung seien im Wesentlichen unverändert. Die depressive Restsymptomatik sei eher leichtgradig ausgeprägt. Bei Verdacht auf einen älteren Borrelien-Infekt bestünden medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Eine anhaltende GdB-relevante Funktionsbeeinträchtigung sei nicht belegt. Die Polyneuropathie unklarer Genese gehe mit sockenförmigen Sensibilitätsstörungen, jedoch nicht mit wesentlich motorischen oder koordinativen Defiziten einher, so dass ein höherer GdB als 10 hierfür nicht zu vergeben sei. Bei chronischer Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk bestehe eine blande Symptomatik. Auswirkungen auf die Gangsicherheit seien nicht dokumentiert. Bei degenerativen Halswirbelsäulen-Veränderungen seien keine segmentalen motorischen Ausfälle und nur endgradige Bewegungseinschränkungen berichtet, so dass eine Höherbewertung des Wirbelsäulen-Syndroms nicht begründbar sei. Wegen des Verdachtes auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit sei ein gefäßchirurgischer Bericht nach erfolgter Vorstellung beizuziehen.

Die Gefäßchirurgin und Lymphologin Dr. Q. hat in ihrer sodann vom Senat eingeholten sachverständigen Zeugenauskunft vom 12.11.2013 eine periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits vom Becken- und Oberschenkel-Typ im Stadium IIa, statische Beinprobleme und eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert.

Hierzu hat Dr. R. in der vom Beklagten vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.02.2014 ausgeführt, unter Zugrundelegung der nun hergereichten Doppler-Verschluss-Druckmessung liege rechts eine leichte, links im Bereich der Arteria tibialis posterior eine leichte und im Bereich der Fußrückenarterie eine mittelschwere Durchblutungsstörung vor. Hier wäre anhand des angiologischen Befundes zunächst zu klären, inwieweit durch eine Intervention im Bereich des Gefäßsystems eine Verbesserung erzielt werden könne. Nach derzeitiger Sachlage sei anhand der Doppler-Verschluss-Drücke ein höherer Einzel-GdB als 20 nicht ableitbar.

Sodann hat Dr. Q. ihren Arztbrief vom 27.01.2014 vorgelegt, in dem zusätzlich ausgeführt worden ist, eine Karotis-Stenose sei ausgeschlossen worden, es bestünden aber ausgeprägte echoreiche Kalkplaques im Bulbus beidseits mit dorsaler Schallauslöschung. Die Claudicatio-Beschwerden im linken Bein seien durch die Stenosen der Arteria iliaca communis zu erklären. Hier seien eine perkutane transluminale Angioplastie und gegebenenfalls ein Stent möglich. Ein Aorten-Aneurysma habe duplex-sonographisch ausgeschlossen werden können. Sie hat ferner den Arztbrief der Radiologen Prof. Dr. S. und T. vom 08.01.2014 vorgelegt, in dem neben der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp links ein linksseitig proximal circa 2,5 cm langer Verschluss der Arteria iliaca communis und eine mäßiggradige kurzstreckige Abgangsstenose der Arteria femoralis superficialis beschrieben worden sind.

Dr. R. hat in der vom Beklagten vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 01.04.2014 ausgeführt, ein Aneurysma unterhalb der niederen Abgangsgefäße sei ausgeschlossen worden. In der linken Beckenarterie sei eine Stenose nachgewiesen. Diese sei aber, sowohl durch Dilatation als auch durch Einbringung eines Stents, einer Therapie zugänglich. Die Oberschenkelgefäße seien bis auf eine geringe Abgangsstenose im Bereich der Arteria femoralis superficialis, ebenso wie in der tiefen Oberschenkelarterie, offen. Auch die Arterien im Bereich der Kniegelenke sowie alle drei Unterschenkelgefäße seien offen. Die mitgeteilten Doppler-Verschluss-Drücke ergäben rechts eine leichte periphere und links eine mittelgradige arterielle Verschlusskrankheit, die durch die eingangs genannte Stenose hervorgerufen werde. Selbst bei Ableitung eines Einzel-GdB von 20 hierfür sei von einer Schwerbehinderteneigenschaft nicht auszugehen. Auch dürfte nach dem kurzen interventionellen Eingriff, in der Regel unter lokaler Betäubung, von einer vollständigen Restitution auszugehen sein.

Der Senat hat ferner die sachverständige Zeugenauskunft des Orthopäden und Chirurgen Dr. U. vom 04.09.2014 eingeholt. Er hat über eine geringe Arthrose im Schultergelenk und ein schwergradiges chronisches Halswirbelsäulen-Syndrom berichtet und diesbezüglich den Arztbrief des Radiologischen Zentrums Sinsheim/Eberbach/Erbach/Walldorf/Heidelberg vom 27.06.2014 vorgelegt.

Sodann hat der Senat von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. V. vom 30.12.2014 eingeholt. Der Sachverständige hat eine chronische Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen ohne neurologische Ausfälle, eine rechtsbetonte Cervicalgie ohne Neurologie bei degenerativen Veränderungen, eine Gonarthrose rechts mit leichter Instabilität, eine Coxarthrose beidseits und eine Fußdeformität mit leichtem Hohlfuß, Spreizfuß und Hallux valgus diagnostiziert. Er hat dargelegt, es bestehe eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule, eine leichte Geheinschränkung und Belastungseinschränkung des rechten Beines aufgrund der Gonarthrose mit leichter Instabilität rechts sowie eine beidseitige Coxarthrose, die zu einer leichten Bewegungseinschränkung führe. Die Funktionseinschränkung durch die Fußdeformität sei nur als geringfügig einzustufen. Die Funktionseinschränkung an der Lendenwirbelsäule sei als leichtgradig, die an der Halswirbelsäule als leicht- bis maximal mittelgradig einzustufen und führe zu einem Einzel-GdB von 20. Die Funktionseinschränkung am rechten Kniegelenk mit geringer Instabilität sei als leichtgradig einzustufen und führe zu einem Einzel-GdB von 10. Die Funktionseinschränkung an beiden Hüftgelenken sei als leichtgradig einzustufen und führe zu einem Einzel-GdB vom 10. Die Fußdeformität sei hinsichtlich der Funktionsbeeinträchtigung als geringfügig einzustufen und führe noch zu keiner GdB-relevanten Zahl. Unter Berücksichtigung der nicht-orthopädischen, bereits bewerteten Funktionseinschränkungen ergebe sich keine wesentliche Erhöhung des Gesamt-GdB. Dieser betrage nach wie vor 40. Der höhere Einzel-GdB-Wert von 20 für die Wirbelsäule führe nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB, da er sich auf die übrigen Störungen nicht verschlechternd auswirke.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach § 151 Abs. 2 SGG form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 SGG aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Gerichtsbescheides des SG vom 25.02.2013, mit dem die auf die Abänderung des Bescheides des Beklagten vom 30.08.2010 in der Gestalt des Teil-Abhilfebescheides vom 28.03.2011 und des Widerspruchsbescheides vom 20.04.2011 und auf Verurteilung des Beklagten, den GdB mit 50 seit 28.05.2010 festzustellen, gerichtete Klage abgewiesen worden ist. Der Kläger erstrebt neben der Aufhebung dieses Gerichtsbescheides des SG die Aufhebung des Bescheides des Beklagten und dessen Verpflichtung, bei ihm den GdB mit 50 seit 28.05.2010 festzustellen. Dieses prozessuale Ziel verfolgt der Kläger zulässigerweise gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch des Klägers auf Neufeststellung des GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Von einer solchen ist bei einer Änderung im Gesundheitszustand auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung oder Herabsetzung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt, während das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 regelmäßig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gelten für die Bemessung des GdB folgende Grundsätze (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) - juris, mit weiteren Nachweisen):

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Als GdB werden dabei nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der Fassung des Gesetzes vom 23.04.2004 ([BGBl. I 606](#)) gelten die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Durch diesen Verweis wird auf die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe für das versorgungsrechtliche Bewertungssystem abgestellt, dessen Ausgangspunkt die "Mindestvomhundertsätze" für eine größere Zahl erheblicher äußerer Körperschäden im Sinne der Nr. 5 Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG sind. Von diesem leiten sich die aus den Erfahrungen der Versorgungsverwaltung und den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft gewonnenen Tabellenwerte der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ab. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) in der Fassung vom 13.12.2007 ([BGBl. I 2904](#)) wird zusätzlich auf die aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG (bis zum 30.06.2011) beziehungsweise des § 30 Abs. 16 BVG (ab dem 01.07.2011) erlassene Rechtsverordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) Bezug genommen, so dass ab 01.01.2009 die VersMedV vom 10.12.2008 ([BGBl. I 2412](#)), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 ([BGBl. I 2904](#)), 14.07.2010 ([BGBl. I 928](#)), 17.12.2010 ([BGBl. I 2124](#)), 28.10.2011 ([BGBl. I 2153](#)) und 11.10.2012 ([BGBl. I 2122](#)) geändert worden ist, anstelle der AHP Grundlage für die Feststellung des GdB ist. Als Anlage zu § 2 VersMedV sind "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) veröffentlicht worden, in denen unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden sind. Diese sind nach Teil A Nr. 2 VG auch für die Feststellung des GdB maßgebend.

Die AHP und die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die GdB-Bewertung auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständigen anderer Wissenszweige zu entwickeln.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB gemäß [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann in den AHP und der VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann - nach Teil A Nr. 19 Abs. 1 AHP und Teil A Nr. 3 Buchst. a VG in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB - in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen. Außerdem sind nach Teil A Nr. 19 Abs. 2 AHP und Teil A Nr. 3 Buchst. b VG bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der AHP und der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen. Darüber hinaus sind vom Tatsachengericht die rechtlichen Vorgaben zu beachten. Rechtlicher Ausgangspunkt sind stets [§ 2 Abs. 1](#), [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX; danach sind insbesondere die Auswirkungen nicht nur vorübergehender Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft maßgebend.

Im vorliegenden Fall ist bei der Prüfung einer wesentlichen Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) der Zeitraum ab der letztmaligen Feststellung des Gesamt-GdB mit Bescheid vom 26.03.2003 zu beurteilen. Formal betrachtet sind bis zum 31.12.2008 die AHP und ab dem 01.01.2009 die VG heranzuziehen.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Grundsätze ist beim Kläger eine wesentliche Änderung der Gesundheitsverhältnisse nur insoweit eingetreten ist, als der Gesamt-GdB auf 40 seit 28.05.2010 heraufzusetzen war.

Im Bereich des Funktionssystems "Gehirn einschließlich Psyche" ist der Einzel-GdB mit 30 zu bewerten. Zutreffend hat sich das SG hierbei auf das insoweit schlüssige und in sich widerspruchsfreie Gutachten der Psychiaterin und Psychotherapeutin H. vom 23.12.2011 gestützt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach eigener Prüfung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheides zur Vermeidung von Wiederholungen an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Die Einschätzung der Sachverständigen, die rezidivierende depressive Störung und die Agoraphobie mit

Panikstörung mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten, korrespondiert mit den von ihr erhobenen Befunden. Auch der Senat hat sich davon überzeugt, dass die psychische Erkrankung des Klägers stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bedingt, für die nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 ein GdB-Rahmen zwischen 30 und 40 eröffnet ist. Ausgehend von den von der Sachverständigen beschriebenen funktionellen Einschränkungen hat der Senat keinen Anlass, diesen GdB-Rahmen nach oben auszuschöpfen.

Die im Funktionssystem "Herz-Kreislauf" vorhandenen Erkrankungen des Klägers bedingen keinen höheren Einzel-GdB als 20. Dabei stützt sich der Senat auf die Angaben des Dr. X., der schon in seinem Arztbrief vom 22.09.2010 ein anhaltend gutes Interventionsergebnis nach Stent vom Mai 2005 beschrieben und Hinweise auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit verneint hat. Eine Verschlechterung der Herzerkrankung lässt sich auch nicht der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. D. vom 16.09.2013 entnehmen, so dass der Senat von keiner einen höheren Einzel-GdB als 20 im Sinne der VG, Teil B, Nr. 9.1.1 bedingenden Einschränkung der Herzleistung ausgeht. Eine Erhöhung dieses Wertes bedingt auch nicht die von Dr. D. beschriebene arterielle Hypertonie. Es handelt sich dabei um eine noch leichte Form, die im Sinne der VG, Teil B, Nr. 9.3 keinen GdB bedingt. Nichts anderes gilt für die arterielle Verschlusskrankheit. Die Radiologen Prof. Dr. S. und T. haben in ihrem Arztbrief vom 08.01.2014 neben einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp links einen linksseitig proximal circa 2,5 cm langen Verschluss der Arteria iliaca communis und eine mäßiggradige kurzstreckige Abgangsstenose der Arteria femoralis superficialis beschrieben. Dr. Q. hat in ihrem Arztbrief vom 27.01.2014 ausgeprägte echoreiche Kalkplaques im Bulbus beidseits mit dorsaler Schallauslöschung und durch Stenosen der Arteria iliaca communis zu erklärende Claudicatio-Beschwerden im linken Bein beschrieben. Dr. R. hat dieses Erkrankungsbild in seiner versorgungszärtlichen Stellungnahme vom 01.04.2014 zutreffend gewürdigt, indem er darauf hingewiesen hat, dass zwar eine Stenose in der linken Beckenarterie festgestellt worden ist, aber die Oberschenkelgefäße bis auf eine geringe Abgangsstenose im Bereich der Arteria femoralis superficialis, ebenso wie in der tiefen Oberschenkelarterie, und auch die Arterien im Bereich der Kniegelenke sowie alle drei Unterschenkelgefäße offen sind. Die sich aus den vorgelegten Doppler-Verschluss-Drücken ergebende arterielle Verschlusskrankheit hat er zutreffend rechts als leicht peripher und links als mittelgradig bewertet. Daher handelt es sich vorliegend in Abgleich mit den VG, Teil B, Nr. 9.2.1 um eine mit einem GdB zwischen 0 und 10 zu bewertende arterielle Verschlusskrankheit mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen ein- oder beidseitigen Beschwerden in Form von Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen und noch nicht um eine mit einem GdB von 20 zu bewertende arterielle Verschlusskrankheit mit eingeschränkter Restdurchblutung im Stadium II mit ein- oder beidseitigen Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m. Denn solche Schmerzen sind vorliegend nicht dokumentiert. Vielmehr hat der Kläger gegenüber Dr. V. im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nur über kniebedingte Beschwerden bei Wetterumschwung, Pflasterarbeiten und Löchergraben sowie hüftbedingte Schmerzen bei längerem Gehen und beim Traubenlesen berichtet.

Ferner ist im Bereich des Funktionssystems "Rumpf" von einem Einzel-GdB von 20 auszugehen. Dies hat Dr. V. in seinem Gutachten vom 30.12.2014 überzeugend dargelegt. Danach leidet der Kläger an einer rechtsbetonten Cervicalgie bei degenerativen Veränderungen mit leicht- bis maximal mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne neurologische Ausfälle und an einer chronischen Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen mit leichtgradiger Funktionseinschränkung ohne neurologische Ausfälle. Ein schwergradiges chronisches Halswirbelsäulensyndrom, wie von Dr. U. berichtet, liegt nicht vor. Mithin ist der Sachverständige zu Recht von nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 von mit einem Einzel-GdB von 20 einzuschätzenden mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt ausgegangen.

Im Funktionssystem "Beine" beträgt der Einzel-GdB 10. Nach dem auch insoweit überzeugenden Darlegungen des Dr. V. leidet der Kläger an einer Gonarthrose rechts mit leichter Instabilität, die zu einer leichten Geheinschränkung und Belastungseinschränkung des rechten Beines führt. Er hat diese Funktionseinschränkung nur als leichtgradig eingestuft und daher zu Recht im Sinne der VG, Teil B, Nr. 18.14 den GdB hierfür mit 10 eingeschätzt. Die bereits von Dr. Richter unter dem 19.10.2011 beschriebene chronische Insuffizienz des rechten vorderen Kreuzbandes mit Zustand nach Innenmeniskus- und Außenmeniskus-Teilresektion rechts führt daher zu keiner höheren GdB-Bewertung. Der Sachverständige hat ferner eine Coxarthrose beidseits, die zu einer leichten Bewegungseinschränkung führt diagnostiziert. Diese von ihm als leichtgradig eingestufte Funktionseinschränkung bedingt nach seinen zutreffenden Ausführungen ebenfalls im Sinne der VG, Teil B, Nr. 18.14 einen GdB von 10. Die ferner von Dr. V. festgestellte Fußdeformität mit leichtem Hohlfuß, Spreizfuß und Hallux valgus ist nach seinen Darlegungen nur als geringfügig einzustufen und führt deshalb zu keinem GdB. Aus all dem ergibt sich für den Bereich des Funktionssystems "Beine" kein höherer Einzel-GdB als 10.

Die weiteren Erkrankungen des Klägers wie der im Entlassungsbericht des Dr. L. vom 20.12.2012 beschriebene - nach Aktenlage ohne Notwendigkeit einer blutzuckerregulierenden Medikation - Diabetes mellitus Typ II, die von Dr. N. in seinen Arztbriefen vom 22.01.2013 und 16.04.2013 sowie von Dr. O. in seinem Arztbrief vom 06.06.2013 mitgeteilte ältere Borrelien-Infektion beziehungsweise Lyme-Krankheit sowie Polyneuropathie, die von Dr. D. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft 16.09.2013 mitgeteilten Diagnosen Glucose-Intoleranz, Typ-C-Gastritis und Zustand nach Kolon-Polypektomie führen zu keinem GdB. Insoweit folgt der Senat der versorgungszärtlichen Stellungnahme des Dr. P. vom 22.10.2013. Die von Dr. U. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 04.09.2014 aufgeführte geringe Arthrose im Schultergelenk ist lediglich gering ausgeprägt und bedingt keine GdB-relevanten funktionellen Einschränkungen.

Unter Berücksichtigung der dargelegten Einzel-GdB-Werte (Einzel-GdB 30 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche", Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf", Einzel-GdB 20 für das Funktionssystem "Rumpf" und Einzel-GdB 10 für das Funktionssystem "Beine") hat der Beklagte und ihm folgend das SG den Gesamt-GdB rechtsfehlerfrei seit 28.05.2010 mit 40 festgestellt. Denn bei der Bildung des Gesamt-GdB ist nach den VG, Teil A, Nr. 2 und 3 von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und ist dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen von Ausnahmefällen abgesehen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, 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. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze war der für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" vergebene Einzel-GdB von 30 aufgrund der beiden in den Funktionssystemen "Herz-Kreislauf" und "Rumpf" vergebenen Einzel-GdB-Werte von 20 lediglich auf einen Gesamt-GdB von 40 zu erhöhen und hierbei der weitere

Einzel-GdB von 10 für das Funktionssystem "Beine" nicht zu berücksichtigen. Ferner ist bei der Bemessung des Gesamt-GdB auch ein Vergleich mit anderen schwerwiegenden Erkrankungsbildern anzustellen. Denn nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind. Gemessen an diesen Voraussetzungen sind die beim Kläger bestehenden Erkrankungen insgesamt seit 28.05.2010 mit Gesundheitsschäden zu vergleichen, deren Funktionsbeeinträchtigungen einen Gesamt-GdB von 40 begründen. Der Senat folgt daher - ebenso wie das SG - der diesen Grundsätzen entgegenstehenden Gesamt-GdB-Beurteilung der Sachverständigen H. nicht.

Mithin ist seit Erlass des Bescheides vom 26.03.2010 eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen des Klägers nur insoweit eingetreten, als der Gesamt-GdB ab 28.05.2010 auf 40 heraufzusetzen war. Der Gerichtsbescheid des SG, mit dem die auf die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung des GdB mit 50 gerichtete Klage abgewiesen worden ist, hat sich daher als rechtmäßig erwiesen.

Nach alledem war die Berufung 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

2015-02-13