# L 8 SB 1686/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 11 SB 2886/12
Datum
11.04.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1686/13
Datum
22.05.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. April 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Berechtigung des Beklagten zur Herabsetzung des Grades der Behinderung (GdB).

Bei der im Jahre 1968 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt K. mit Bescheid vom 08.12.1983 wegen einer angeborenen Hüftluxation beidseits den GdB mit 60 sowie das Merkzeichen "G" fest.

Das Versorgungsamt K. lehnte mit Bescheid vom 07.10.2005 die beantragte Neufeststellung eines höheren GdB sowie die Feststellung des Merkzeichens "aG" ab. Außerdem stellte das Versorgungsamt (nach Anhörung der Klägerin) mit Bescheid vom 07.09.2006 den GdB ab 10.09.2006 nur noch mit 50 bei beibehaltener Feststellung des Merkzeichens "G" fest. Der hiergegen eingelegte Widerspruch der Klägerin blieb durch Widerspruchsbescheide des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - vom 27.09.2006 und 04.10.2006 ohne Erfolg. Auf Klagen der Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe - SG - (S 10 SB 4749/06 und S 10 SB 4918/06), die das SG mit Beschluss vom 08.11.2006 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen S 10 SB 4918/06 verband, stellte das SG mit Gerichtsbescheid vom 11.12.2009 unter Aufhebung des Bescheides vom 07.09.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.10.2006 fest, dass bei der Klägerin (wegen Hüftgelenksendoprothesen beidseits - Einzel-GdB 50 - und einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule - Einzel-GdB 20 -) weiterhin ein GdB von 60 über den 09.09.2006 hinaus besteht; im Übrigen wies es die Klage hinsichtlich der Erhöhung des GdB sowie der Zuerkennung des Merkzeichens "aG" ab. Die hiergegen von der Klägerin beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegte Berufung (L 8 SB 307/10) nahm die Klägerin nach Wiederanruf des Verfahrens (L 8 SB 4616/12) zurück.

Mit Bescheid vom 12.01.2010 stellte das zwischenzeitlich zuständige Landratsamt K. - Amt für Versorgung und Rehabilitation - (LRA) in Ausführung des Gerichtsbescheides des SG vom 11.12.2009 bei der Klägerin (wegen Hüftgelenksendoprothesen beidseits und einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule) den GdB mit 60 über den 10.09.2006 hinaus fest; das Merkzeichen "G" bleibe festgestellt.

Das LRA leitete im April 2012 (auf Weisung des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt -) eine Nachprüfung von Amts wegen ein (Schreiben vom 11.04.2012). Das LRA zog den ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. , Bad S. , vom 17.04.2012 (Diagnosen: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, Hüftgelenks-TEP rechts 2006 und links 2007 bei angeborener Hüftluxation, chronisches Wirbelsäulensyndrom und Übergewicht) bei. Außerdem nahm das LRA das ärztliche Attest des Dr. Br. vom 09.06.2011, den radiologischen Bericht des Dr. Le. vom 18.05.2011 sowie weitere Unterlagen (insbesondere Messblatt vom 20.08.2008, Berichte Dr. Hu. vom 07.09.2010, Dr. Lö. vom 16.08.2010, Dr. Kr. vom 28.08.2009 sowie Dr. St. vom 30.04.2008) zu den Akten. In der eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 18.05.2012 gelangte Dr. Ba. zu der Empfehlung, wegen Hüftgelenksendoprothesen beidseitig und einer Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Einzel-GdB 30), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20) sowie einer seelischen Störung und chronischen Schmerzsyndroms (Einzel-GdB 20) den GdB mit 50 festzustellen und der Klägerin das Merkzeichen "G" zu belassen.

Nach Anhörung der Klägerin (Anhörungsschreiben vom 21.05.2012) stellte das LRA mit Bescheid vom 30.05.2012 unter Aufhebung des Bescheides vom 12.01.2010 den GdB mit 50 ab 02.06.2012 fest; das Merkzeichen "G" bleibe festgestellt. Der GdB sei aufgrund einer Änderung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom

17.12.2010 niedriger zu bewerten.

Gegen den Bescheid vom 30.05.2012 legte die Klägerin am 05.06.2012 Widerspruch ein, mit dem sie geltend machte, es hätte sich keine gesundheitliche Verbesserung ergeben. Nach Einholung der weiteren gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes, Dr. C. , vom 16.07.2012, der die Ansätze des Dr. Ba. bestätigte, wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 24.07.2012 zurück. Über den GdB sei letztmals mit Bescheid vom 12.01.2010 entschieden worden. In den diesem Bescheid zu Grunde liegenden Verhältnissen sei eine wesentliche Änderung eingetreten, da die bei der Klägerin vorliegenden Auswirkungen und Funktionsbeeinträchtigungen nach Versorgung mit beidseitigen Prothesen aufgrund der Dritten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 nunmehr niedriger zu bewerten seien. Nach dem Reha-Bericht des Klinikums A. S. M. vom 17.04.2012 sei der Zustand nach beidseitigen Hüftgelenksendoprothesen als regel- und zeitgerecht anzusehen. Unter Berücksichtigung der Wirbelsäulenschäden und der psychischen Erkrankung entspreche die Festsetzung des GdB auf 50 den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 08.08.2012 Klage beim SG. Die Klägerin machte zur Begründung geltend, der Beklagte sei fehlerhaft von einer Besserung ausgegangen, obwohl sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. Ihr sei inzwischen Rente wegen voller Erwerbsminderung bewilligt worden.

Das SG hörte von der Klägerin benannte behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Orthopäde Dr. Lö. teilte in seiner Stellungnahme vom 27.11.2012 den Behandlungsverlauf sowie die Befunde/Diagnosen mit und schätzte auf orthopädischem Gebiet den GdB mit 40 ein. Mit der Stellungnahme des Dr. C. gehe er konform. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Br. teilte in seiner Stellungnahme vom 26.11.2012 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf und die Befunde/Diagnosen mit. Orthopädisch habe sich die Situation der Klägerin stabilisiert und nicht wesentlich verändert. Auf psychischer Seite bestehe eine Veränderung. Wegen der Hüftgelenksendoprothesen mit Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke schätzte Dr. Br. den GdB auf 35, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule den GdB auf 20 und für die seelische Störung den GdB auf 25 ein. Der Arzt für Psychiatrie Dr. Hu. teilte in seiner Stellungnahme vom 19.12.2012 den Behandlungsverlauf sowie die Befunde/Diagnosen mit. Er schätzte wegen eines chronisch depressiven Störungsbildes den GdB auf 30 ein.

Der Beklagte trat der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Re. vom 26.02.2013 entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.04.2013 wies das SG die Klage ab. Es sei insofern eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 SGB X eingetreten, als der Klägerin Hüftgelenksendoprothesen beidseits implantiert worden seien, die nach der Dritten Änderungsverordnung der Versorgungsmedizin-Verordnung unter Berücksichtigung der eingeschränkten Beweglichkeit beider Hüftgelenke mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten seien. Die Funktionseinschränkung der Wirbelsäule sei mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Entsprechendes gelte für die seelische Störung und das chronische Schmerzsyndrom. Der Beklagte habe rechtsfehlerfrei einen Gesamt-GdB von 50 gebildet.

Gegen den Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 17.04.2013 durch ihren Prozessbevollmächtigten Berufung eingelegt. Sie macht zur Begründung geltend, mit Bescheid vom 12.01.2010 habe das LRA mitgeteilt, dass der GdB 60 seit 10.09.2006 betrage. Von einer Reduzierung des ohnehin zu niedrig bemessenen GdB von 60 auf 50 könne im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Verhältnisse nicht ausgegangen werden. Sowohl auf orthopädischem als auch auf neurologischem Gebiet sei der GdB zu niedrig bemessen.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. April 2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 30. Mai 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Juli 2012 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Das Berufungsvorbringen der Klägerin könne zu keiner günstigeren Entscheidung führen.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG das nervenärztliche Gutachten des Professor Dr. B. vom 22.12.2013 eingeholt. Professor Dr. B. diagnostizierte in seinem Gutachten Hüftgelenksendoprothesen beidseits und eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 30), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 20), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Teil-GdB 30) sowie eine mittelgradige depressive Episode (Teil-GdB 30). Er schätzte den Gesamt-GdB auf 60 seit Beginn des laufenden Verfahrens.

Der Beklagte trat dem Gutachten des Professor Dr. B. unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Re. vom 08.04.2014, der unter Berücksichtigung von Hüftgelenksendoprothesen beidseits und einer Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 30), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 20) sowie einer seelischen Störung und chronischen Schmerzsyndroms (Teil-GdB 30) wegen Überschneidungen den Gesamt-GdB weiterhin mit 50 vorschlug und das Merkzeichen "G" nicht mehr bestätigte, entgegen.

Der Senat hat außerdem die Akten des SG im Rentenrechtsstreit der Klägerin gegen die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (S 8 R 2038/10) beigezogen. In diesem Rechtsstreit holte das SG (u.a.) das orthopädische Zusatzgutachten des Dr. C. vom 11.03.2011 und das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. N. vom 05.07.2011 ein. Dr. C. diagnostizierte in seinem Gutachten auf orthopädischem Gebiet Hüftgelenksendo-prothesen beidseits nach Hüftluxation, eine Myotendopathie des Trct. ileotibialis und Sensibilitätsstörungen im Bereich der Operationsnarben, eine myalgisch-pseudoradikuläre Cervicobrachialgie beidseits, eine Lumbalgie bei leichter Fehlstatik und initialen degenerativen Veränderungen der unteren LWS ohne radikuläre Störungen, eine Ansatztendopathie am linken Oberarmknorren, einen Senk-Spreizfuß und einen beginnenden Hallux valgus beidseits. Dr. N. diagnostizierte in seinem Gutachten auf nervenärztlichem Gebiet eine leichtgradige depressive Episode als Folge einer Anpassungsstörung im Rahmen einer Mehrfachbelastung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Spannungskopfschmerz sowie eine sensible Störung im Handbereich.

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 im vorliegenden Rechtsstreit angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die beigezogene Akten des SG S 8 R 2038/10 sowie die Akte des SG S 10 SB 4918/06 und des Senats L 8 SB 307/10 und L 8 SB 4616/12 und auf zwei Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat gemäß § 124 Abs. 2 SGG mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet. Der vorliegend streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 30.05.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.07.2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der Beklagte hat bei der Klägerin wegen des Eintritts einer wesentlichen Änderung den GdB zutreffend mit 50 seit dem 02.06.2012 (statt bisher 60) neu festgestellt Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden.

Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten ist nicht formell rechtswidrig. Die Klägerin ist vor dem Erlass mit Schreiben des LRA vom 21.05.2012 ordnungsgemäß angehört worden (§ 24 Abs. 1 SGB X). Der streitgegenständliche Herabsetzungsbescheid ist auch noch hinreichend bestimmt, denn aus den für die Klägerin als Adressat des Verwaltungsakts erkennbaren Umständen in Verbindung mit dem Wortlaut des Herabsetzungsbescheids ist ersichtlich, dass der bestandskräftige Bewilligungsbescheid vom 08.12.1983 über einen GdB 60 abgeändert wird. Zwar ist mit dem Herabsetzungsbescheid vom 30.05.2012 ausdrücklich nur der mangels Regelung keinen Verwaltungsakt darstellende Ausführungsbescheid "aufgehoben" worden, insoweit ginge die Verfügung ins Leere; doch ist unter Bezugnahme auf den Entscheidungssatz des Ausführungsbescheids, wonach - entsprechend der bereits überschießenden Tenorierung im Gerichtsbescheid vom 11.12.2009 mit Feststellungsurteil auf reine Anfechtungsklage - ein GdB 60 weiter über 10.09.2006 (fort-)besteht, klar, dass der seit 1983 durchgehend geltende GdB 60 abgeändert werden sollte. Das ist zwischen den Beteiligten auch bisher unstreitig gewesen. Insbesondere geht die Klägerin davon aus, dass der (Ausführungs-)Bescheid vom 12.01.2010 Grundlage der Feststellung des GdB mit weiterhin 60 seit dem 10.09.2006 ist, wie sich ihrem Berufungsvorbringen, das LRA habe ihr mit Bescheid vom 12.01.2010 mitgeteilt, dass der GdB 60 seit 10.09.2006 betrage. Insoweit ist die unrichtige Bezeichnung des maßgebenden abzuändernden Bescheids unschädlich.

Rechtsgrundlage für die Herabsetzung des GdB ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Eine wesentliche Änderung i.S.d. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X liegt im Hinblick auf den GdB gegenüber einer vorausgegangenen Feststellung dann vor, wenn im Vergleich zu den den GdB bestimmenden Funktionsausfällen, wie sie der letzten Feststellung des GdB tatsächlich zugrunde gelegen haben, insgesamt eine Änderung eingetreten ist, die einen um wenigstens 10 geänderten Gesamt-GdB bedingt und die Voraussetzungen für die Zuerkennung von Merkzeichen entfallen sind. Dabei ist die Bewertung nicht völlig neu, wie bei der Erstentscheidung, vorzunehmen. Vielmehr ist zur Feststellung der Änderung ein Vergleich mit den für die letzte bindend gewordene Feststellung der Behinderung oder eines Nachteilsausgleiches (Merkzeichen) maßgebenden Befunden und behinderungsbedingten Funktionseinbußen anzustellen. Eine ursprünglich falsche Entscheidung kann dabei grundsätzlich nicht korrigiert werden, da die Bestandskraft zu beachten ist. Sie ist lediglich in dem Maße durchbrochen, wie eine nachträgliche Veränderung eingetreten ist. Rechtsverbindlich anerkannt bleibt nur die festgestellte Behinderung mit ihren tatsächlichen Auswirkungen, wie sie im letzten Bescheid in den Gesamt-GdB eingeflossen, aber nicht als einzelne (Teil-)GdB gesondert festgesetzt worden sind. Auch der Gesamt-GdB ist nur insofern verbindlich, als er im Sinne des § 48 Abs. 3 SGB X bestandsgeschützt ist, nicht aber in der Weise, dass beim Hinzutreten neuer Behinderungen der darauf entfallende Teil-GdB dem bisherigen Gesamt-GdB hinzuzurechnen ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29; vgl. dazu auch Senatsurteil vom 27.01.2012 - L 8 SB 1808/11 -, juris). Die Verwaltung ist nach § 48 SGB X berechtigt, eine Änderung zugunsten und eine Änderung zuungunsten des Behinderten in einem Bescheid festzustellen und im Ergebnis eine Änderung zu versagen, wenn sich beide Änderungen gegenseitig aufheben (BSG SozR 3-3870 § 3 Nr. 5).

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 91, 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 3, § 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 - RdNr. 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 RdNr. 19 und vom 23.4.2009, a.a.O., RdNr. 30).

Bei der Prüfung dieser Voraussetzungen beurteilt sich die Begründetheit der von der Klägerin gegen die streitgegenständlichen Bescheide erhobenen Anfechtungsklage zum Zeitpunkt des Abschlusses des Widerspruchsverfahrens, hier dem Widerspruchsbescheid vom 20.07.2012. Danach eingetretene Änderungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigten (vgl. BSG 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 - SozR

3-3870 § 3 Nr. 7). Hierüber wäre im Rahmen eines Neufeststellungsverfahrens wegen Verschlimmerung zu befinden, was aber nicht Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens ist.

Eine wesentliche Änderung der maßgebenden Verhältnisse liegt vor. Bei der Klägerin stellte der Beklagte im Bescheid vom 08.12.1983 wegen einer angeborenen Hüftluxation beidseits den GdB mit 60 fest. Im weiteren zeitlichen Verlauf ist bei der Klägerin eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse dadurch eingetreten, dass ihr Hüftgelenksendoprothesen links (2006) und rechts (2007) implantiert worden sind. Nach den AHP sowie den VG trat hierdurch eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse der Klägerin, die die Herabsetzung des GdB von 60 rechtfertigt, jedoch nicht ein, wie das SG im rechtskräftigen Gerichtsbescheid vom 11.12.2009 - S 10 SB 4918/06 - festgestellt hat. Zwar war danach das Hüftgelenksleiden der Klägerin lediglich noch mit einem Einzel-GdB von 50 zu bewerten. Neu zu berücksichtigen war jedoch eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 20, weshalb sich weiterhin ein Gesamt-GdB von 60 ergab. Dem hat der Beklagte durch den Bescheid vom 12.01.2010 Rechnung getragen und bei der Klägerin den GdB mit 60 über den 10.09.2006 hinaus deklaratorisch festgestellt. Eine wesentliche - rechtliche - Änderung der Verhältnisse ist jedoch durch die am 22.12.2010 in Kraft getretene Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17.12.2010 eingetreten. Nach Art. 1 Nr. 2c) dieser Änderungsverordnung ist bei beidseitigen Hüftgelenksendoprothesen der Mindest-GdB nur noch mit 20 statt bisher mit 40 zu bewerten. Aufgrund dieser Änderung der rechtlichen Vorgaben der Bewertung des GdB bei einer Hüftgelenksendoprothese steht der Klägerin entgegen der bisherigen Feststellung des Einzel-GdB wegen der Funktionsbehinderung der Hüftgelenke kein GdB von 50 mehr zu. Vielmehr war nach der zum Zeitpunkt des Ergehens des streitgegenständlichen Herabsetzungsbescheides gültigen VG eine Neubewertung des GdB vorzunehmen.

Nach diesen geänderten rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG hat der Beklagte bei der Klägerin die Funktionsbehinderung der Hüftgelenke mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend neu bewertet. Bei der Klägerin ist (lediglich noch) von einem Mindest-GdB von 20 statt bisher 40 wegen der Hüftgelenksendoprothesen beidseits auszugehen. Nach den VG Teil B 18.12 gilt der Mindest-GdB für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch eine Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung, eine Nervenschädigung, eine deutliche Muskelminderung oder eine ausgeprägte Narbenbildung. Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein. Nach den VG Teil B 18.14 richtet sich wegen der angeborenen Hüftluxation der GdB nach der Instabilität und der Funktionsbeeinträchtigung. Nach den VG Teil B 18.14 ist bei einer Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig ein GdB von 10 bis 20 und beidseitig ein GdB von 20 bis 30 gerechtfertigt.

Hiervon ausgehend ist es bei der Klägerin nicht (mehr) gerechtfertigt, wegen der Funktionsbehinderung der Hüftgelenke beidseits weiterhin einen Einzel-GdB von 50 oder von 40 anzunehmen. Nach den Beschreibungen im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik a. S. M. vom 17.04.2012 ist die Beweglichkeit der Hüftgelenke insbesondere in der Streckung/Beugung rechts mit 0-0-80° und links mit 0-0-70° sowie die Dreh- und Spreizfähigkeit eingeschränkt; die Narben sind reizlos frei. Eine funktionell bedeutsame Nervenschädigung, eine deutliche Muskelminderung oder eine ausgeprägte Narbenbildung wird nicht beschrieben. Eine Einschränkung der Streckung, der nach den dargestellten Bewertungsvorgaben der VG maßgebliche Bedeutung bei der Bewertung des GdB zukommt, besteht bei der Klägerin nicht. Dem entspricht auch im Wesentlichen der von Dr. C. in seinem im Rentenrechtsstreit der Klägerin dem SG erstatteten Gutachten vom 11.03.2011 beschriebene Hüftgelenksbefund (Streckung/Beugung 0-0-90° beidseits). Weiter bestehen bei der Klägerin insbesondere ein Druckschmerz im Verlauf des Trc. ileotibialis, gerade Beinachsen, eine im Seitenvergleich leichte Umfangsminderung des linken Unterschenkels und der linken Wade, ein normaler Muskeltonus, eine leicht verbreiterte reizlose Operationsnarbe beidseits sowie eine leichte Hyposensibilität der Narben und ihrer Umgebung links, rechts stärker. Auch dem Gutachten des Dr. C. lässt sich eine funktionell bedeutsame Nervenschädigung, eine deutliche Muskelminderung oder eine ausgeprägte Narbenbildung nicht entnehmen. Ein medizinisch nicht ordnungsgemäßer Sitz oder eine Lockerung der Endoprothesen ist nicht ersichtlich. Anhaltspunkte dafür, dass die von der Klägerin geltend gemachte erhebliche Einschränkung ihres Gehvermögens auf ein unzureichendes Behandlungsergebnis zurückzuführen ist, bestehen nicht. Die im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. vom 17.04.2012 beschriebenen Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke beidseits rechtfertigen nach den VG mangels Einschränkung der Streckung noch nicht die Annahme einer geringgradigen Bewegungseinschränkung (0-10-90°) mit einem GdB von 20 bis 30. Der Senat erachtet es damit - mit dem Beklagten und dem SG - für ausreichend und angemessen, wegen der Funktionsbehinderung der Hüftgelenke der Klägerin von einem Einzel-GdB von 30 auszugehen. Dem entsprechen auch die Bewertungen der vom SG schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte Dr. Lö. und Dr. Br ... Dr. Lö. hat sich in seiner Stellungnahme vom 27.11.2012 der Bewertung des Versorgungsarztes Dr. C. in der gutachtlichen Stellungnahme vom 16.07.2012 (Hüftgelenksendoprothese beidseits und Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke GdB 30) angeschlossen. Auch Dr. Br. geht in seiner Stellungnahme vom 26.11.2012 hinsichtlich der Hüftgelenke der Klägerin von einem GdB von unter 40 (35) aus. Weiter hat Professor Dr. B. in seinem auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG eingeholten Gutachten vom 22.12.2013 hinsichtlich der Hüftgelenke der Klägerin (fachfremd) einen GdB von 30 bestätigt. Weitere Funktionsbehinderungen an den unteren Extremitäten der Klägerin, die eine Erhöhung des Einzel-GdB von 30 im Funktionssystem der Beine rechtfertigt, lassen sich dem vorliegenden Gutachten und den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Insbesondere liegt eine nach den VG GdB-relevante Funktionsbehinderung der Kniegelenke der Klägerin nach dem Gutachten des Dr. C. vom 11.03.2011 nicht vor (Streckung/Beugung 10-0-130° beidseits) und lässt sich auch dem ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. vom 17.04.2012 nicht entnehmen (Kniegelenk Streckung/Beugung rechts 0-0-90°, links 0-0-110°).

Für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule der Klägerin ist weiterhin ein Einzel-GdB von 20 angemessen. Eine relevante Verschlimmerung ist nicht ersichtlich. Das Vorliegen degenerativer Veränderungen rechtfertigt die Annahme einer Verschlimmerung nicht. Nach den VG (Teil B 18.1) kommt allein dem Vorliegen degenerativer Veränderungen der Haltungs- und Bewegungsorgane für die Bewertung des Teil-GdB nicht die ausschlaggebende Bedeutung zu, sondern der dadurch hervorgerufenen Funktionsbehinderung. Mit Bild gebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Nach den Beschreibungen im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. vom 17.04.2012 liegt eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nicht vor (HWS frei beweglich). Die Inklination der Wirbelsäule ist bis 30° möglich, bei fehlender Reklination. Nach dem Gutachten von Dr. C. vom 11.03.2011 ist die Halswirbelsäule der Klägerin nach allen Richtungen frei beweglich. Eine Einschränkung der Entfaltbarkeit des Achsenskeletts hat Dr. C. nicht feststellen können. Eine Ursache für eine eingeschränkte Inklinationsfähigkeit des Rumpfes bleibt unklar. Bei den Seitneigungen und den Drehbewegungen entfaltet sich nur die Brustwirbelsäule, die Lendenwirbelsäule bleibt weitgehend gestreckt, weshalb die Seitneigung auf jeweils 20° vermindert ist. Die im Sitzen geprüfte Rotation ist in beiden

Richtungen frei. Es findet sich lediglich eine angedeutete, leichte Fehlstatik der LWS. Eine überprüfende neurologische Untersuchung zeigte einen seitengleichen Reflexstatus und eine intakte Motorik. Segmentale Sensibilitätsstörungen hatte Dr. C. weder an den Armen und Händen, noch an den Beinen und Füßen feststellen können. Mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in zwei Wirbelsäulenabschnitten oder schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, die nach den VG Teil B 18.9 einen GdB von 30 rechtfertigen, sind bei der Klägerin damit nicht belegt. Es verbleibt vielmehr für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei einem Einzel-GdB von 20. Dem entsprechen auch die Bewertungen der vom SG schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte Dr. Lö. und Dr. Br ... Dr. Lö. hat sich in seiner Stellungnahme vom 27.11.2012 auch insoweit der Bewertung des Versorgungsarztes Dr. C. in der gutachtlichen Stellungnahme vom 16.07.2012 (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule GdB 20) angeschlossen. Auch Dr. Br. geht in seiner Stellungnahme vom 26.11.2012 hinsichtlich der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule der Klägerin von einem GdB von 20 aus. Weiter hat Professor Dr. B. in seinem Gutachten hinsichtlich der Wirbelsäule der Klägerin (fachfremd) mittelschwere oder schwere funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden nicht beschrieben und den GdB von 20 bestätigt.

Neu zu berücksichtigen ist bei der Klägerin eine seelische Störung (depressive Episode) und ein chronisches Schmerzsyndrom (anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Dies stellt der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Re. vom 08.04.2014, der für eine seelische Störung und ein chronisches Schmerzsyndrom einen Teil-GdB von 30 für angemessen erachtet, auch nicht in Abrede.

Soweit Professor Dr. B. in seinem Gutachten vom 20.12.2013 davon ausgeht, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode seien jeweils mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten, kann Professor Dr. B. nicht gefolgt werden. Seine Bewertung widerspricht den rechtlichen Vorgaben der VG. Nach der Rechtsprechung des Senats sind Störungen, die sich einem konkreten Funktionssystem nicht zuordnen lassen, wie eine somatoforme Schmerzstörung, im Funktionssystem (des Gehirns einschließlich) der Psyche zu berücksichtigen (vgl. Senatsurteile vom 27.01.2012 - L 8 SB 768/11 - und vom 22.03.2013 - L 8 SB 4625/11 -, unveröffentlicht). Die von Professor Dr. B. vorgenommene Bewertung ist nicht zulässig. Vielmehr sind die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die mittelgradige depressive Episode nach den VG Teil A 2e) im Funktionssystem (Gehirn einschließlich) der Psyche mit einem Einzel-GdB zu bewerten.

Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, 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 mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Dass bei der Klägerin schwere (psychovegetative oder psychische) Störungen vorliegen, die einen Einzel-GdB von wenigstens 50 rechtfertigen, ist nicht der Fall. Eine schwere Zwangskrankheit oder eine vergleichbare Störung lässt sich dem von Professor Dr. B. in seinem Gutachten beschriebenen psychischen Befund nicht entnehmen. Professor Dr. B. beschreibt in seinem Gutachten insbesondere ein höfliches und korrektes, bei andererseits sehr weinerlichem, verbittert wirkendem und klagsamem Auftreten der Klägerin. Die Psychomotorik ist angespannt, die Gestik eher zurückhaltend und melancholisch. Die Gedächtnisleistung wird als nur leicht eingeschränkt beschrieben. Die Affektivität ist in Richtung des depressiven Pols eingeschränkt und die Klägerin wirkt energielos und in der Grundstimmung bedrückt und besorgt. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit ist erheblich vermindert. Für das Vorliegen einer Zwangsstörung bestehen jedoch keine Hinweise. Die Bewusstseinslage ist klar. Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen bestehen nicht. Entsprechendes gilt hinsichtlich der Ich-Funktionen, des Gedankenganges, des Gedankeninhaltes und des Auffassungsvermögens. Weiter ist die Klägerin nach den Beschreibungen des Tagesablaufes insbesondere im Hinblick auf die notwendige, wenn auch belastende, Pflege ihres Sohnes noch zu einer Strukturierung der Tagesbewältigung in der Lage. Dem entspricht im Wesentlichen auch das Gutachten des Dr. N. vom 05.07.2011. Auch Dr. N. geht diagnostisch von einer - derzeit leichtgradigen - depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung der Klägerin aus. Seine Beschreibung des psychischen Befundes entspricht weitgehend dem von Professor Dr. B. beschriebenen psychischen Befund. Auch Dr. N. bejaht die Fähigkeiten Klägerin zur Strukturierung ihrer Tagesbewältigung.

Bei der Klägerin ist hinsichtlich der Psyche damit von stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit auszugehen. Anlass, den nach den VG vorgegebenen GdB-Bewertungsrahmen von 30 bis 40 nach oben auszuschöpfen, besteht nicht. Dagegen spricht, dass die Klägerin noch zu einer Strukturierung der Tagesbewältigung in der Lage ist. Auch die bei der Klägerin bestehenden psychischen Einschränkungen, wie sie oben beschrieben sind, drängen nicht dazu, den GdB-Rahmen auszuschöpfen. Weiter gehen Dr. N. und Prof. Dr. B. in ihren Gutachten von einem phasenhaften Verlauf der chronischen Schmerzzustände und der depressiven Zustände der Klägerin aus. Nach den VG Teil A 2f) ist dem phasenhaften Verlauf unterschiedlicher Intensität mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen, weshalb es der Senat mit Dr. Hu. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 19.12.2012 und Dr. Re. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.04.2014 für ausreichend und angemessen erachtet, hinsichtlich der Psyche der Klägerin von einem Einzel-GdB von 30 auszugehen. Hiervon erfasst sind auch von der Klägerin nach den Berichten des Dr. G. vom 02.02.2011 und Dr. K. vom 22.09.2011 von der Klägerin geklagte Ohrgeräusche/ Tinnitus. Dr. K. geht bei der Klägerin von einer psychischen Überlagerung aus, auf die er das subjektive Kopfgeräusch zurückführt. Entsprechendes gilt nach der Bewertung von Dr. N. in seinem Gutachten für den von der Klägerin geklagten Spannungskopfschmerz.

Sonstige bei der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitraum zu berücksichtigende neue Gesundheitsstörungen sind nicht belegt und werden im Übrigen von der Klägerin auch nicht (substantiiert) geltend gemacht.

Danach war der Beklagte berechtigt, bei der Klägerin den Gesamt-GdB von 60 auf 50 herabzusetzen. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. 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, ob also wegen der weiteren

Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. 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. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP bzw. der VersMedV einschließlich der VG 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 zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Hiervon ausgehend sind bei der Bildung des Gesamt-GdB die Funktionsbehinderung der Hüftgelenke mit einem Einzel-GdB von 30, die seelische Störung und das chronischen Schmerzsyndrom mit einem Einzel-GdB von 30 sowie die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 20 zu berücksichtigen. Diese Einzel-GdB rechtfertigen noch nicht zwingend die Bildung des GdB mit 60. Zudem ist zu berücksichtigen, worauf Dr. Re. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.04.2014 zutreffend hinweist, dass bei der Klägerin Überschneidungen durch die organisch und somatoform bedingte Schmerzkomponente bestehen. So wird im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik A. S. M. vom 17.04.2012 von einer chronischen Schmerzstörung der Klägerin mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen. Hiervon gehen auch Dr. N. und Professor Dr. B. in ihren Gutachten aus, die die Schmerzsymptomatik der Klägerin nicht allein durch pathologisch physiologische Prozesse oder durch körperliche Irritationen als voll erklärt ansehen und damit ebenfalls von einem somatischen Anteil der Schmerzsymptomatik (von Seiten der Hüftgelenksendoprothesen und der Wirbelsäulenbeschwerden) ausgehen. Dem entsprechen auch die Beschwerdeangaben der Klägerin, wie sie Professor Dr. B. in seinem Gutachten geschildert hat. Danach bestehen Schmerzen im Bereich des ganzen Rückens, sowie im Bereich der Beine, des rechten Gesäßes und der rechten Leistenbeuge.

Der abweichenden Bewertung des Gesamt-GdB mit 60 durch Professor Dr. B. in seinem Gutachten vom 22.12.2013 vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Professor Dr. B. berücksichtigt bei seiner Bewertung des Gesamt-GdB nicht, dass eine "isolierte" Bewertung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der mittelgradigen depressiven Episode mit jeweils einem Teil-GdB von 30 nicht zulässig ist. Außerdem geht Professor Dr. B. nicht auf die dargestellten Überschneidungen ein.

Zur weiteren Ermittlungen sieht sich der Senat nicht gedrängt. Für den Senat ist der entscheidungsrelevante Sachverhalt geklärt. Gesichtspunkte, die Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, hat die Klägerin nicht aufgezeigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-07-06