

L 6 SB 3409/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 13 SB 3334/14

Datum

08.08.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 3409/16

Datum

03.08.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 8. August 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der 1952 geborene Kläger ist vollschichtig als Angestellter in einem Autohaus beschäftigt, kümmert sich in den letzten Jahren um den Verkauf, beteiligt sich aber wenn notwendig auch an Reparaturen. 2005 wurde bei ihm eine Sarkoidose (systemische Erkrankung des Bindegewebes) mit Lungenbefall diagnostiziert, die unter Einleitung einer Steroid-Therapie gut behandelbar war. 2012 wurde eine Dekompressions-Operation bei Bandscheibenvorfall der Etagen L 3 bis L 6 durchgeführt. Im September 2013 wurde eine zementfreie Hüftendoprothese links implantiert.

Am 21. Oktober 2013 beantragte der Kläger deswegen die Feststellung des GdB unter Beifügung aktueller Befundberichte (u. a. Pneumologin Dr. B.: normale Lungenfunktion, Sauerstoffsättigung mit 96 Prozent grenzwertig, unauffälliger Röntgenbefund, keine neuen Herde oder Infiltrate; Entlassungsbericht über die Operation und stationäre Behandlung der Coxarthrose links vom K.-O.-Krankenhaus: Bereits bei Entlassung gute selbständige Gehfähigkeit; vorläufiger Anschluss-Rehabilitationsbericht der Fachklinik F.: Komplikationsloser und erfolgreicher Rehabilitationsverlauf mit Besserung der Beweglichkeit und muskulärer Stabilisierung sowie Koordination, nahezu schmerzfreie Vollbelastung bei Entlassung möglich; Urologe Dr. B.: Prostata-Hyperplasie und Nierenkelchsteine beidseits bei Miktionsproblemen [Pollakisurie, Nykturie]).

Der Beklagte zog den endgültigen Bericht über die Anschluss-Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik F. bei, wonach bei der Abschlussuntersuchung eine Beweglichkeit des linken Hüftgelenks von 0/0/100 Grad bestand. Weiter wurde ausgeführt, dass eine medikamentöse Behandlung des Diabetes mellitus stattgefunden habe, derzeit aber keine Tabletten mehr notwendig seien. Das rechte Hüftgelenk sowie die Halswirbelsäule (HWS) seien altersentsprechend beweglich gewesen. Im Bereich der Wirbelsäulendornfortsätze habe kein Klopfschmerz und im Bereich der paravertebralen Muskulatur kein Druckschmerz bestanden. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei zu einem Viertel eingeschränkt gewesen.

Nach versorgungsärztlicher Auswertung der Unterlagen durch Dr. F. (Funktionsbeeinträchtigungen seitens der Lungenfunktionseinschränkung/Sarkoidose [Einzel-GdB 30], des Nierensteinleidens/Entleerungsstörung der Harnblase [Einzel-GdB 10], der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule [WS] bei operiertem Bandscheibenschaden [Einzel-GdB 10] sowie der Hüftgelenks-Endoprothese links [Einzel-GdB 10]) stellte der Beklagte mit Bescheid vom 18. Dezember 2013 einen GdB von 30 seit 21. Oktober 2013 fest.

Mit seinem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, es sei mindestens ein GdB von 60 zuzuerkennen. Hierauf holte der Beklagte einen weiteren Befundschein bei der Pneumologin Dr. B. ein, die erneut die Sarkoidose in Remission beschrieb. Die chronische Bronchitis sei nach Absetzen des oralen Steroids wieder aufgeflackert. Der Orthopäde Dr. A. teilte die Bewegungsmaße beider Hüftgelenke mit 0/0/110 Grad mit. Zusätzlich leide der Kläger an einem chronischen HWS- und LWS-Schmerzsyndrom. Die Allgemeinärztin Sch. berichtete, die Sarkoidose bestünde in Remission, eine Manifestation an Auge oder Herz könne ausgeschlossen werden. Der Kläger berichte aber über eine Dyspnoe, verbunden mit Husten. Der Diabetes sei unter medikamentöser Therapie momentan gut eingestellt, es bestünden

keine Organ- oder Folgeschäden.

Nach versorgungszärztlicher Auswertung durch Dr. S. (die Sarkoidose sei in Remission und ohne pathologischen Befund, so dass der Ermessensspielraum an der allerersten Grenze ausgeschöpft sei; hinsichtlich der Hüft-TEP seien keine Instabilitäten, Versteifungen oder neurologische Ausfälle bekannt, so dass insgesamt die Funktionseinschränkungen richtig bewertet seien) wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2014 als unbegründet zurück. Ergänzend wurde zur Begründung darauf hingewiesen, dass der festgesetzte Gesamt-GdB von 30 Schmerzen, seelische Begleiterscheinungen und Beeinträchtigungen bei der täglichen Lebensführung mit einschließe.

Hiergegen hat der Kläger am 12. Juni 2014 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben, zu deren Begründung er ergänzend vorgetragen hat, die Funktionseinschränkungen seien nicht ausreichend bewertet, er habe in seinem Beruf als Kfz-Meister gravierende Funktionseinbußen.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG den Kläger orthopädisch von Amts wegen und auf eigenes Kostenrisiko nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) begutachten lassen, zusätzlich Dr. B. als sachverständige Zeugin vernommen.

Dr. D. hat in seinem Gutachten vom 3. November 2014 eine endgradig eingeschränkte Rückneig-Beweglichkeit der Brustwirbelsäule (BWS) bei freier Beweglichkeit in den übrigen Bewegungsrichtungen sowie der LWS bei zehnpromzentiger Entfaltbarkeits-Hemmung bei beidseits freier Dreh- und Seitneig-Beweglichkeit beschrieben, die HWS sei hingegen nicht eingeschränkt. Im Seitenvergleich sei die Muskelbemannelung des linken Beines geringfügig schwächer ausgeprägt. Im linken Hüftgelenk bestehe eine endgradige Bewegungseinschränkung. Die Funktionseinschränkungen der BWS und LWS seien ausreichend mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Gleiches gelte für das linke Hüftgelenk, dies aber nur in Anbetracht der geringfügigen Muskelbemannelung, während die Beweglichkeit normal sei. Unter Berücksichtigung der Lungenfunktionseinschränkung bei Sarkoidose und des Nierensteinleidens liege der Gesamt-GdB weiterhin bei 30.

Der Kläger hat daraufhin ein Attest seines behandelnden Orthopäden Dr. A. vorgelegt, der ohne Mitteilung von Befunden die Auffassung vertreten hat, der Gesamt-GdB müsse 60 bis 70 angesichts der Einschränkungen seitens der LWS wie der Hüft-TEP links betragen.

Der Wahlgutachter Prof. Dr. W. hat eine Osteochondrose/Spondylose L2/S1, eine Spondylose L5, eine Pseudo-spondylolisthese L5/S1, einen Morbus Forrester BWS, eine Coxarthrose rechts sowie ein Zustand nach Hüft-TEP links diagnostiziert. Die Funktionseinschränkungen seitens der Wirbelsäule in zwei Abschnitten seien als mittelschwer einzustufen und begründeten einen GdB von 40. Seitens der Hüfte betrage der Einzel-GdB 20. Insgesamt sei orthopädisch ein GdB von 40 anzunehmen.

Nachdem der Sachverständige darauf hingewiesen hat, dass der Kläger aktuell kein Kortison einnehme, hat das SG ergänzend bei Dr. B. nachgefragt. Diese hat mitgeteilt, es bestünden chronisch-bronchitische Beschwerden. Der Kläger sei mit Kortison behandelt worden, insgesamt bestünde eine rückläufige Tendenz.

Der Beklagte hat eine versorgungszärztliche Stellungnahme von Dr. B.-K. vorgelegt, die darauf hingewiesen hat, dass die von Prof. Dr. W. erhobenen Befunde nur allenfalls geringfügig von denen von Dr. D. abweichen. Beide Gutachter hätten das Vorliegen von Nervenwurzelreizerscheinungen bei der Prüfung der Wirbelsäulenfunktion verneint. Das Gutachten des Prof. Dr. W. habe die Rotation der BWS und LWS nicht erhoben. Die Voraussetzungen für mittelgradige Auswirkungen seien in seinem Gutachten nicht belegt, vielmehr habe er sämtliche erforderlichen Merkmale allesamt verneint. Die Diagnose des Morbus Forrester sei offenbar im Zusammenhang mit der Röntgendiagnostik entstanden. Hierbei handle es sich um knöcherne Anbauten an den Wirbelkörpern, die im Verlauf immer mehr zunehmen und mit der Zeit zu einer Überbrückung der Bandscheibenräume führten. Abgesehen davon, dass die Röntgenbefunde im Gutachten nicht wiedergegeben seien, verwundere es doch, dass eine derartige Diagnose ohne weitere Erläuterung in den Raum gestellt werde, es könne sich daher allenfalls um eine Verdachtsdiagnose handeln. Die Funktionseinbuße sei wie dargelegt nur gering und begründe keinesfalls einen Teil-GdB von mehr als 10 oder gar eine andere Gewichtung bei der Ermittlung des Gesamt-GdB. Insgesamt könne dem Gutachten von Prof. Dr. W. nicht gefolgt werden.

Der Kläger hat daraufhin den Sachverhalt für nicht ausreichend ermittelt erachtet und hat weitere Befundberichte vorgelegt, so von Dr. B. (instabile Blase mit deutlich vermehrtem Wasserlassen; gutartige Vergrößerung der Prostata; häufiges Wasserlassen, auch nächtlich zwei- bis dreimal, geringe bis leichtgradige Funktionsbeeinträchtigung, maximal GdB von 10) sowie der Allgemeinmedizinerin Sch. (als Folge der Sarkoidose erhebliche Infektanfälligkeit, rezidivierender Nachtschweiß und Atemnot).

Mit angekündigtem Gerichtsbescheid vom 8. August 2016 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, die vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen seien ausreichend mit einem Gesamt-GdB von 30 bewertet. Seit 2011 bestehe eine vollständige Remission der Sarkoidose ohne funktionell noch röntgenologisch pathologischem Befund. Andere Organe als die Lunge seien von der Sarkoidose nicht betroffen. Auch in Anbetracht der zuletzt von der Allgemeinmedizinerin Sch. angegebenen bronchitischen Beschwerden sei die Lungenfunktionsprüfung 2011 und 2014 unauffällig gewesen, der Kläger habe sogar die Kortison-Behandlung abgesetzt. Nur bei großzügiger Auslegung liege der GdB bei 30. Prof. Dr. W. gegenüber habe der Kläger ebenfalls angegeben, dass er seitens der Lungen keine Probleme habe. Die endgradige Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk sei weiterhin mit einem GdB von 10 zu bewerten. Lediglich Prof. Dr. W. habe eine stärkere Einschränkung der Beweglichkeit mit einer Beugeeinschränkung auf 90 Grad, aber ohne Streckdefizit, festgestellt. Selbst dann sei die Einschränkung der Beweglichkeit nicht relevant. Nach der Begutachtung durch Dr. D. zeigten die Röntgenbilder auch eine ordnungsgemäße Implantat-Lage ohne Anhaltspunkte für Nervenschädigungen. Lediglich die Muskelbemannelung des linken Beines sei geringfügig schwächer ausgeprägt. Die endgradige Beweglichkeitseinschränkung der LWS ohne Nachweis sensibler oder motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen sei ausreichend mit einem GdB von 10 zu bewerten. Dies gelte auch hinsichtlich der BWS und LWS, wozu sich das SG zusätzlich auf die Befunde des Entlassungsberichts der stationären Rehabilitationsmaßnahme 2013 gestützt hat. Dem von Prof. Dr. W. angenommenen GdB von 40 könne nicht gefolgt werden. Schwere funktionelle Auswirkungen würden nicht beschrieben, es fehle auch die Rotationsfähigkeit der Wirbelsäule. Hinsichtlich der Miktionsstörung und des Nierensteinleidens sei der GdB von 10 weiterhin angemessen und ausreichend, da die Entleerungsstörung der Blase leichten Grades sei, was zuletzt auch der Urologe Dr. B. bestätigt. Für den Diabetes mellitus sei kein eigener GdB zuzuerkennen.

Gegen den am 11. August 2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 9. September 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zu deren Begründung hat er vorgetragen, sein Gesundheitszustand habe sich im Laufe des Rechtsstreits zwar nicht rapide, aber stetig verschlechtert. Die festgestellte Diabetes-Erkrankung erfordere weiterhin eine medikamentöse Therapie, dennoch sei es zu einer beginnenden Polyneuropathie gekommen. Die Zehennerven seien bereits stark geschädigt und ohne Gefühl. Er sei deswegen nicht in der Lage sicher zu stehen, sein Gehvermögen sei eingeschränkt. Die chronische Bronchitis, die Dr. B. attestiert habe, sei zu Unrecht übergangen worden. Infolge dieser Dauererkrankung leide er unter andauerndem, teilweise anfallsartigem Husten. Seine Atemorgane seien nur eingeschränkt funktionsfähig. Die Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke sei nicht nur geringgradig, deswegen sei mindestens ein GdB von 30 gerechtfertigt. Die Einschränkungen seitens der BWS und LWS führten dazu, dass er nicht in der Lage sei, selbst geringe Lasten zwischen 5 bis 10 kg zu tragen. Er hat dazu zwei Atteste des Neurologen und Psychiaters Dr. P. (beginnende Polyneuropathie bei Diabetes mellitus, L5/S1-Syndrom, Restless-legs-Syndrom) sowie von Dr. A. (starke Einschränkung durch Erkrankungen, nicht leistungsfähig) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 8. August 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 18. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2014 teilweise aufzuheben sowie den Beklagten zu verpflichten, bei ihm einen Grad der Behinderung von mindestens 60 ab 21. Oktober 2013 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist darauf, dass sich der Kläger seitens der Sarkoidose letztmalig am 27. November 2013 in ärztlicher Behandlung befunden habe. Damals habe ein pathologischer Befund nicht erhoben werden können. Eine medikamentöse Behandlung finde nicht statt. Die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Funktionseinschränkungen seien insgesamt leichtgradig und bei Teil-GdB-Werten von jeweils 10 ohne Auswirkungen auf den Gesamt-GdB, was sich aus dem schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. D. ergebe. Was den Diabetes mellitus anbelange, so sei lediglich eine medikamentöse Therapie mit Velmetia erforderlich, also mit einem Medikament ohne Hypoglykämie-Potential, so dass der Gesamt-GdB deshalb 0 betrage.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat der Senat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen befragt.

Der Neurologe Dr. P. hat die Polyneuropathie in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 14. März 2017 weiterhin als leicht eingestuft. Die Nervenleitgeschwindigkeiten sowie die Amplituden (maximale Auslenkung von Messkurven) sei etwas reduziert. Er habe dem Kläger deswegen die Einnahme von Vitamin-B empfohlen, eine Befundkontrolle in einem Vierteljahr genüge. Zusätzlich leide der Kläger an einem Restless-legs-Syndrom, welches ebenfalls medikamentös behandelt werden könne, bei ihm sei indessen eine Behandlung nicht erforderlich gewesen. Die beginnende Polyneuropathie und das LWS-Syndrom hätten zu keinen ausgeprägten Gangstörungen geführt. Allerdings sei die Sensibilität strumpfförmig reduziert, die Gangprüfungen seien im Sinne einer sensiblen Ataxie (Bewegungskoordination) pathologisch verändert.

Die Allgemeinmedizinerin Sch. hat am 7. April 2017 berichtet, unter der medikamentösen Therapie sei es zu einem stabilen Verlauf des Diabetes mellitus ohne Hypoglykämien gekommen. Der Kläger leide zusätzlich an einer arteriellen Hypertonie.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von dem Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zulässige Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen, soweit mit ihr die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung des GdB mit 50 verfolgt wurde. Der Kläger hat bis aktuell keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 30. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Gegenstand der Klage ist im Berufungsverfahren ein Anspruch auf Feststellung des GdB mit 50. Diesem Begehren steht der Bescheid vom 18. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2014 entgegen, da ihn das SG nicht zumindest teilweise aufhob. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34); mangels Durchführung einer solchen ist indes derjenige der Entscheidung maßgebend.

Die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers bedingen auch weiterhin keinen höheren Gesamt-GdB als 30. Der Senat konnte zur Sache entscheiden und musste nicht den Verlauf der geplanten Herzoperation abwarten. Wie sein Bevollmächtigter in der mündlichen Verhandlung vorgetragen hat, ist bereits das operative Prozedere unklar und wird sich erst während der Operation selbst entscheiden. Für die allein maßgebliche Frage, ob ein regelwidriger Zustand (eine Gesundheitsstörung), d. h. die von ihm ausgehende Funktionsbeeinträchtigung bei der Bemessung des (Gesamt-)GdB zu berücksichtigen ist, kommt es zwar nicht darauf an, ob dieser Zustand schon mehr als sechs Monate lang besteht, sondern ob seine Dauer prognostisch diese Zeitdauer überschreitet (BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) -, [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#)). Entscheidend ist nicht die seit Beginn der Erkrankung oder gar seit ihrer erstmaligen ärztlichen Feststellung abgelaufene Zeit, sondern vielmehr die ihrer Art nach zu erwartende Dauer der von ihr ausgehenden Funktionsbeeinträchtigung. Ob die behauptete Herzinsuffizienz, über die noch nicht einmal ein ärztlicher Befundbericht vorliegt, eine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung nach sich ziehen wird, ist aber völlig offen. Idealerweise kann die geplante Operation sogar zu einem

völligen Rückgang der berichteten Herzbeschwerden und einer einwandfreien Herzfunktion führen, wie dem Senat aus einer Vielzahl von Fällen bekannt ist. Das bleibt abzuwarten und ist ohne irgendwelche ärztlichen Befunde im Berufungsverfahren nicht von weiterer Bedeutung.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in der aktuellen Fassung durch Art. 2 Ziff. 2 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl. I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 70 Abs. 2 SGB IX](#)). Von dieser Ermächtigung hat das BMAS Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, 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 älteren 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, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also 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" (etwa "Altersdiabetes" oder "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). Liegen 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 inwieweit 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 muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend 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.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.). 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. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers bis aktuell keinen höheren GdB als 30 begründen. Dies hat das SG in Auswertung insbesondere des auch für den Senat schlüssigen Gutachtens von Dr. D. zutreffend begründet dargelegt. Er schließt sich den Ausführungen nach eigener Würdigung an und verweist insoweit auf die Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#). Auch die Ermittlungen im Berufungsverfahren rechtfertigen keine andere Einschätzung.

Das Funktionssystem "Atmung" begründet zur Überzeugung des Senats in Abweichung von der Einschätzung des SG und des Beklagten nur einen Teil-GdB von 20, was insbesondere der sachverständigen Zeugenaussage der Dr. B. zu entnehmen ist. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.9 beträgt der GdB bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ohne Funktionseinschränkung 30. Die 2006 diagnostizierte und ursprünglich im Vordergrund der stehende Funktionseinschränkungen stehende Sarkoidose mit (ausschließlich) Lungenbefall hat sich unter der richtungsweisenden Behandlung zurückgebildet, es sind insbesondere seit mehr als 10 Jahren keine neuen Herde oder Infiltrate aufgetreten. Deswegen konnte Dr. B. bereits 2011 ein Sarkoidoserezidiv ebenso wie eine Reaktivierung ausschließen. Die Messung des Fluss-Volumens und die Bodyplethysmographie waren normal. Die Sauerstoffsättigung als wichtiger Parameter zur Beurteilung der Atemfunktion war mit 98 % 2012 normal, seither bei den Verlaufskontrollen 2013 und 2014 mit 96 % grenzwertig, wobei der optimale Bereich zwischen 96 und 98 % liegt. Somit fehlt es an klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, so dass die Annahme eines Teil-GdB von 30 überhöht ist. Der Kläger leidet noch an einer leichten Form der chronischen Bronchitis (Teil-GdB 0 bis 10; VG, Teil B, Nr. 8.2) mit Infektanfälligkeit, rezidivierendem Nachtschweiß und gelegentlicher Atemnot, wie dies zuletzt Allgemeinmediziner Sch. beschrieben hat, wobei er gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. W. ohne aktuelle Einnahme von Kortison ausdrücklich eine Atemnot verneint hat, von Seiten der Lunge bestehen momentan also keine Probleme. Bei Zugrundelegung von demzufolge symptomfreien Intervallen der Bronchitis ist daher insgesamt nur ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt, aber auch ausreichend.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen nach den nachvollziehbaren Darlegungen des Dr. D. in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf" und "Beine" einen Teil-GdB von 10, wohingegen die abweichende Einschätzung des Prof. Dr. W. auch den Senat nicht überzeugen konnte.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßen Gelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Beim Kläger liegen in einem Wirbelsäulenabschnitt eine Wirbelsäulenfehlstatik in Form einer LWS-Lordose bei Muskelhartspann mit endgradiger Bewegungseinschränkung (Schober'sches Zeichen 10/14,5 - Normalwert 10/15) und einem Finger-Boden-Abstand von 34 cm ohne Hinweis auf neurologische Ausfallerscheinungen vor. Die Beweglichkeit der HWS war beim Kopfvorwärtsneigen bis 50 Grad und beim Kopfrückwärtsneigen bis 55 Grad, das Seitwärtsdrehen jeweils bis 60 Grad möglich, so dass die Schlussfolgerung des Dr. D., die Beweglichkeit liege im altersentsprechenden Bereich, richtig und nicht GdB-relevant ist. In der BWS war die Rotation sogar im oberen Normbereich möglich, nur die Rückneig-Beweglichkeit war endgradig eingeschränkt, was insgesamt nicht mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen gleichgesetzt werden kann und daher nur einen Teil-GdB von 10 rechtfertigt. Das abweichende Gutachten des Prof. Dr. W. bei nur geringfügiger Abweichung der erhobenen Befunde ohne Messung der Rotation der BWS/LWS bzw. Angabe von Wirbelsäulensyndromen,

wie sie für die Annahme von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen erforderlich sind, konnte nicht überzeugen. Die Versorgungsärztin Dr. B.-K. hat zu Recht die fehlende Nachvollziehbarkeit gerügt. Damit erreichen die Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule, entgegen der Auffassung des Klägers, keinen GdB von 40. Auch außergewöhnliche Schmerzen, die zusätzlich zu berücksichtigen wären (VG, Teil A, Nr. 2 j; stRSpr, vgl. Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 56), sind nicht nachgewiesen, allenfalls bedarfsweise nimmt er Schmerzmittel ein. Die üblicherweise mit den bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen vorhandenen Schmerzen sind bereits in den in der GdB-Tabelle niedergelegten Sätzen mit eingeschlossen, selbst wenn es sich um erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände handelt, weshalb sich hierdurch der Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem "Rumpf" nicht weiter erhöht.

Das Funktionssystem "Beine" hat nur einen Teil-GdB von 10 zur Folge, wie dies der Sachverständige Dr. D. zutreffend dargelegt hat.

Für ein Hüftgelenk beträgt der GdB bei einseitiger Endoprothese mindestens 10 und bei beidseitiger mindestens 20. Diese Mindestwerte gelten für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Sie kann insbesondere beeinträchtigt sein durch Beweglichkeits- und Belastungseinschränkungen, Nervenschädigungen, deutliche Muskelminderungen und ausgeprägte Narbenbildungen. Allerdings schließen die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

Bei dem Kläger ist im September 2013 nur auf der linken Seite eine TEP eingesetzt worden. Der Mindest-GdB beträgt daher 10. Sie selbst ist nach den Feststellungen beider Sachverständiger regelgerecht eingesetzt und nicht gelockert. Nervenschädigungen oder eine deutliche Muskelminderung (hier gegenüber dem anderen Bein) konnten nicht festgestellt werden, allein eine schwächer ausgeprägte Muskelbemantelung links. Daher sind nur die Bewegungseinschränkungen zu berücksichtigen. Diese sind bei Dr. D. bei Überstreckbarkeit von 10 Grad und Beugefähigkeit von 110 Grad nur endgradig gewesen. Bei Prof. Dr. W. war die Bewegungseinschränkung beidseits bei 90 Grad bei voller Streckung, so dass seine Annahme eines Teil-GdB von 20 auch insoweit nicht nachvollziehbar ist. Nach den reinen Bewegungsmaßen liegt links nur ein GdB von lediglich 10 vor.

Die nicht primär insulinabhängige Diabetes mellitus-Erkrankung des Klägers begründet keinen GdB. Nach VG, Teil B, Nr. 15.1 beträgt dieser bei an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, 0, da diese auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung erleiden, welche die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Davon ist nach der Auskunft der Allgemeinmedizinerin Sch. auszugehen, die im Berufungsverfahren zuletzt noch einen stabilen Verlauf ohne Hypoglykämien beschrieben hat. Auch wesentliche Folgeschäden sind durch den Diabetes mellitus noch nicht eingetreten. Die Polyneuropathie wird in dem Bericht des Dr. P. vom 14. März 2017 ausdrücklich als leichtgradig beschrieben; motorische Ausfälle werden verneint, eine Therapie mit Vitamin B wird für ausreichend erachtet.

Das Restless-legs-Syndrom des Klägers ist nach der Einschätzung des Dr. P. noch nicht einmal behandlungsbedürftig und begründet damit ebenfalls keinen GdB.

Das Funktionssystem "Harnorgane" hat keinen messbaren Teil-GdB zur Folge. Die aufgrund einer gutartigen Vergrößerung der Prostata instabile Blase führt nur zu deutlich vermehrtem Wasserlassen, auch nachts, ohne eine Restharnbildung oder ein längeres Nachträufeln, wie dies nach den VG, Teil B, Nr. 12.2.2 für die Annahme einer Entleerungsstörung leichter Art, die allein einen Teil-GdB von 10 rechtfertigt, von dem Urologen Dr. B. beschrieben wird.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), ist im Falle des Klägers der Gesamt-GdB aus dem Teil-GdB von 20 für das Funktionssysteme "Atmung" zu bilden und erreicht daher bis aktuell lediglich 20, so dass der zuerkannte GdB von 30 jedenfalls nicht zu niedrig ist.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-08-17