

L 11 SB 240/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
11
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 17 SB 24/06
Datum
14.02.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 11 SB 240/08
Datum
18.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 14. Februar 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Der 1950 geborene Kläger ist als Mitarbeiter im Teiledienst des Autohauses L beschäftigt. Mit Bescheid vom 23. Juni 2003 stellte der Beklagte auf Antrag des Klägers vom 12. Dezember 2002 einen Gesamt-GdB von 30 aufgrund folgender Behinderungen fest:

- colitis ulcerosa (Einzel-GdB 20) - Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20) - Diabetes mellitus (Einzel-GdB 10) - Bluthochdruck (Einzel-GdB 10).

Gleichzeitig stellte er fest, dass die Funktionsbeeinträchtigungen zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ("d. E.") geführt hätten. Auf den gegen den Bescheid erhobenen Widerspruch des Klägers holte der Beklagte eine ärztliche Auskunft der behandelnden Internistin Dr. G vom 16. Oktober 2003 sowie eine gutachtliche Stellungnahme des Allgemeinmediziners Dr. S vom 16. November 2003 ein und änderte mit Bescheid vom 16. Dezember 2003 seine getroffene Entscheidung dahingehend ab, dass mit Blick auf eine festgestellte Verschlimmerung der bestehenden colitis ulcerosa (Einzel-GdB 30) ein Gesamt-GdB von 40 ab Antragstellung bestehe. Im Übrigen wies er den Widerspruch mit bestandskräftig gewordenem Widerspruchsbescheid vom 20. April 2004 zurück.

Im Rahmen eines von dem Beklagten eingeleiteten Nachprüfungsverfahrens beantragte der Kläger am 17. November 2004 wegen einer Verschlimmerung bestehender Beeinträchtigungen die Feststellung eines höheren GdB. Nach Einholung einer weiteren ärztlichen Auskunft der Internistin Dr. G vom 3. Januar 2005 und einer neuerlichen gutachtlichen Stellungnahme des Allgemeinmediziners Dr. S vom 21. Februar 2005 lehnte der Beklagte mit hier angefochtenem Bescheid vom 13. April 2005 eine Höherbewertung ab, weil eine wesentliche Änderung nicht eingetreten sei. Den hiergegen erhobenen Widerspruch vom 11. Mai 2005 wies der Beklagte nach Einholung einer ärztlichen Auskunft des Internisten und Gastroenterologen Dr. K vom 1. Juli 2005 und einer gutachtlichen Stellungnahme der Allgemeinmedizinerin Dr. F vom 28. Dezember 2005 mit Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 2006 zurück.

Der Kläger hat am 17. Februar 2006 Klage vor dem Sozialgericht Cottbus erhoben, mit der er die Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 50 begehrt und u. a. den Reha-Entlassungsbericht der -Klinik Bad Sch vom 6. Oktober 2005 über seinen dortigen Aufenthalt vom 15. September bis zum 6. Oktober 2005 übersandt hat.

Das Sozialgericht hat Befundberichte des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie MR T vom 15. Juni 2006, des Internisten Dr. K vom 19. Juni 2006, des Facharztes für Innere Medizin Dr. R vom 23. Juni 2006 und der Internistin Dr. G vom 13. Juli 2006 eingeholt. Sodann hat es den Sozialmediziner Dr. A-S mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser gelangt nach ambulanter Untersuchung des Klägers in seinem Gutachten vom 4. Mai 2007 zu der Einschätzung, dass ab Anfang des Jahres 2007 ein Gesamt-GdB von 50 gegeben sei. Aus den von ihm erhobenen funktionstechnischen Messergebnissen sowie den Ergebnissen einer von der Internistin Dr. durchgeführten Langzeitblutdruckmessung vom 22. und 23. Februar 2007 (diastolische Werte bis 112 mmHg) ergebe sich eine

Verschlechterung der Bluthochdruckerkrankung (Einzel-GdB nunmehr 20). Auch seien die Funktionsbehinderungen von Seiten des Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Nach Einholung eines weiteren Befundberichtes der Internistin Dr. G vom 13. September 2007 und Eingang der versorgungsärztlichen Stellungnahmen der Sozialmedizinerin Dr. H vom 13. Juli 2007 und vom 23. Oktober 2007 hat der Gutachter Dr. A-S in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Dezember 2007 ausgeführt, dass eine Erhöhung des GdB auf 20 für den bestehenden Diabetes mellitus entgegen seinen früheren Ausführungen nicht vertretbar sei; Hypoglykämien seien nicht bekannt geworden. Das Bluthochdruckleiden sei jedoch bereits seit Jahren dem WHO-Grad II zuzuordnen und angesichts der im Rahmen der Echokardiographie sowie der Langzeitblutdruckmessung erhobenen Messergebnisse nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) als mittelschwere Behinderung einzustufen, wobei der hierfür angenommene Einzel-GdB von 20 die unterste Grenze nach den AHP darstelle. Der Gesamt-GdB werde weiterhin mit 50 eingeschätzt. Hierzu hat der Beklagte eine weitere versorgungsärztliche Stellungnahme der Sozialmedizinerin Dr. H vom 11. Februar 2008 zu den Akten gereicht.

Mit Urteil vom 14. Februar 2008 hat das Sozialgericht Cottbus die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines Gesamt-GdB von (mindestens) 50. Denn eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die eine Höherbewertung gemäß § 48 des Sozialgesetzbuches X. Buch (SGB X) rechtfertigen könnte, sei nicht eingetreten. Unter Zugrundelegung der AHP seien in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Gutachters Dr. A-S die colitis ulcerosa mit einem Einzel-GdB von 30, das Wirbelsäulenleiden mit einem Einzel-GdB von 20 und der Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Entgegen der Einschätzung des Gutachters sei das Bluthochdruckleiden allerdings lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 zu bemessen. Denn erhöhte diastolische Blutdruckwerte über 100 mmHg seien nur vereinzelt im Zeitraum von Ende Januar bis Ende Februar 2007, nicht jedoch dauerhaft festgestellt worden. Aber selbst wenn insoweit ein GdB von 20 gegeben sein sollte, folge hieraus kein höherer als der von dem Beklagten festgestellte Gesamt-GdB von 40.

Gegen das ihm am 6. März 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27. März 2008 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt, mit der er sein Begehren weiterverfolgt.

Das Landessozialgericht hat einen weiteren Befundbericht der Internistin Dr. G vom 8. August 2008 eingeholt. Hierzu hat der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme der Sozialmedizinerin Dr. H vom 2. Oktober 2008 zu den Gerichtsakten gereicht. Das Landessozialgericht hat sodann den Facharzt für Innere Medizin Dr. F mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser gelangt nach ambulanter Untersuchung des Klägers in seinem Gutachten vom 30. Dezember 2008 zu der Einschätzung, dass das Bluthochdruckleiden dem Kläger keine Beschwerden bereite und unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsergebnisse nur als leicht beurteilt werden könne, so dass insoweit nur ein Einzel-GdB von 10 anzusetzen sei. Insgesamt sei von einem Gesamt-GdB von 40 auszugehen. Auf Antrag des Klägers hat der Senat gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) den Internisten und Nephrologen Prof. Dr. B mit der Erstattung eines weiteren Gutachtens beauftragt, der nach ambulanter Untersuchung des Klägers unter dem 3. Juni 2009 ein Gutachten erstattet hat. In diesem gelangt der Gutachter zu der Einschätzung, dass der Gesamt-GdB jedenfalls seit dem Zeitpunkt seiner Untersuchung im April 2009 mit 50 zu bemessen sei. Das Bluthochdruckleiden sei nach den AHP wegen einer Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades als mittelschwer einzustufen und daher mit einem Einzel-GdB von mindestens 20 zu bewerten. Neben den bereits berücksichtigten Funktionsbeeinträchtigungen bestünden zudem folgende Behinderungen:

depressive Störung (Einzel-GdB 20), Mitralinsuffizienz II° ohne Dialation des linken Vorhofes (Einzel-GdB 10), chronisch venöse Insuffizienz beider Beine mit geringen belastungsabhängigen Ödemen (Einzel-GdB 10), Kniegelenkarthrose beidseits (Einzel-GdB 10).

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2009 führt der Gutachter Prof. Dr. B aus, dass die Einstufung des Bluthochdruckleidens auch mit einem GdB von 30 vertretbar sei; die Einordnung mit einem GdB von 20 stelle jedenfalls die unterste Grenze dar. Auch sei das seelische Leiden als stärker behindernde Störung zu bewerten, so dass im Zweifel eher eine Erhöhung auf 30 vorzunehmen sei.

Der Kläger ist der Ansicht, dass unter Berücksichtigung der Ausführungen der Gutachter Dr. A-S und Prof. Dr. B ein Gesamt-GdB von 50 gegeben sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 14. Februar 2008 zu ändern und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 13. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2006 zu verpflichten, für den Kläger ab dem 1. Mai 2007 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält eine Höherstufung des Gesamt-GdB insbesondere mit Blick auf die von ihm im Berufungsverfahren ergänzend eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahmen der Sozialmedizinerin Dr. H vom 21. August 2009 und vom 2. Dezember 2009 für nicht für gerechtfertigt. Insbesondere das Bluthochdruckleiden sei, da von ihm nur geringfügige Beeinträchtigungen ausgingen, weiterhin mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten Bezug.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, mit der er mittlerweile nur noch die Feststellung eines GdB von 50 für die Zeit ab dem 1. Mai 2007 (Monat der Begutachtung durch Dr. A-S) begehrt, ist zulässig, aber unbegründet. Das nur noch eingeschränkt zur Überprüfung gestellte Urteil des

Sozialgerichts ist im Ergebnis zutreffend.

Die zulässige Klage ist unbegründet. Denn der ebenfalls nur noch teilweise angefochtene Bescheid vom 13. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 ab dem 1. Mai 2007. Denn eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die ab diesem Zeitpunkt anstelle des bislang festgestellten Gesamt-GdB von 40 die Zuerkennung eines höheren Gesamt-GdB rechtfertigen würde, ist nicht eingetreten ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)).

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen AHP in ihrer jeweils geltenden Fassung (hier maßgeblich Ausgaben 2005 und 2008 – AHP 2005 und AHP 2008) zu beachten, die gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 durch die in der Anlage zu § 2 der 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, Seite 2412](#)) festgelegten "versorgungsärztlichen Grundsätze" abgelöst worden sind. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätzlich von diesen auszugehen (vgl. z. B. Bundessozialgericht – BSG –, [BSGE 91, 205](#)), weshalb sich auch der Senat für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 auf die genannten AHP stützt. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ist demgegenüber für die Verwaltung und die Gerichte die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Anlage zu § 2 VersMedV maßgeblich, mit der die in den AHP niedergelegten Maßstäbe mit lediglich redaktionellen Anpassungen in eine normative Form gegossen worden sind, ohne dass die bisherigen Maßstäbe inhaltliche Änderungen erfahren hätten.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Maßstäben als Grad der Behinderung in Zehnergraden entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG zu bestimmen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Teil B Nr. 3 a) der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 10; ebenso bereits Teil A Nr. 19 AHP 2005 und AHP 2008, Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von einer Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-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 Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbefähigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil B Nr. 3 d) aa) – ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 10; ebenso zuvor AHP 2005 und AHP 2008 Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.).

Hiervon ausgehend hat der Kläger keinen Anspruch auf Zuerkennung eines GdB von 50 ab dem 1. Mai 2007. Denn den bei dem Kläger bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen wird mit dem von dem Beklagten festgestellten Gesamt-GdB von 40 auch für die Zeit ab dem 1. Mai 2007 weiterhin angemessen Rechnung getragen.

Der Beklagte hat die bei dem Kläger von der colitis ulcerosa ausgehenden Beeinträchtigungen zu Recht mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet. Nach Teil B Nr. 10.2.2. der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 55; ebenso Teil A Nr. 26.10 AHP 2005 und AHP 2008, Seite 79) ist vorgenannte Darmkrankheit mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 zu bewerten, soweit sie mittelschwere Auswirkungen (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle) nach sich zieht. Nach Auswertung sämtlicher medizinischen Unterlagen ist der Senat im vorstehenden Zusammenhang von der Richtigkeit der insoweit übereinstimmenden Ausführungen der Gutachter Dr. A-S, Dr. F sowie Prof. Dr. B überzeugt. Danach ist für die colitis ulcerosa von einem Einzel-GdB von 30 auszugehen. Dem sind auch die Beteiligten nicht entgegengetreten.

Den Sachverständigen ist auch insoweit zu folgen, als das Wirbelsäulenleiden wegen seiner mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt nach Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 90; ebenso Teil A Nr. 26.18 AHP 2005 und AHP 2008, Seite 116) einen Einzel-GdB von 20 bedingt.

Ebenso ergibt sich für den Senat aus den Ausführungen der Sachverständigen, dass der Diabetes mellitus Typ II nach Teil B Nr. 15.1 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 74; vgl. auch Teil A Nr. 26.15 AHP 2005 und AHP 2008, Seite 99) mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten ist.

Hinsichtlich des bei dem Kläger bestehenden Bluthochdruckleidens geht der Senat davon aus, dass dieses Leiden mit einem Einzel-GdB von allenfalls 20 zu bewerten ist. Nach Teil B Nr. 9.3 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 51; ebenso Teil A Nr. 26.9 AHP 2005 und AHP 2008, Seite 75 f.) setzt die Zuerkennung eines Einzel-GdB von 20 allerdings voraus, dass sich das Bluthochdruckleiden bereits als mittelschwer einstufen lässt. Dies wiederum ist nach den genannten Bewertungsgrundsätzen, die – abhängig von den jeweiligen Beeinträchtigungen – für die mittelschwere Form die Zuerkennung eines Einzel-GdB von 20 bis 40 erlauben, nur dann der Fall, wenn bereits eine Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Protniurie) vorliegt und der diastolische Blutdruck trotz Behandlung mehrfach den Wert von 100 mmHg überschreitet. Wie sich der Ziffer 1.1 der Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des für die authentische Interpretation der Bewertungsgrundsätze zuständigen Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 18. bis

19. März 1998 entnehmen lässt, stellt hierbei das Bestehen einer Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades das maßgebliche Kriterium für die Bejahung einer mittelschweren Form der Hypertonie dar. Demgegenüber handelt es sich bei der Höhe des Blutdruckes nur um ein ergänzendes Kriterium für die Feststellung einer mittelschweren Form des Bluthochdruckes, das seinerseits nur dann erfüllt ist, wenn sich bei mehrfachen Kontrollen ein unter Ruhebedingungen ständig erhöhter Blutdruck nachweisen lässt. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ist hier nicht abschließend geklärt. Zwar ist nach den Ausführungen der Gutachter Dr. A-S und Prof. Dr. B davon auszugehen, dass im Fall des Klägers eine Organbeteiligung mindestens in Form einer Linkshypertrophie des Herzens vorliegt. Nach der von Prof. Dr. B in seinem Gutachten vom 3. Juni 2009 aufgegriffenen Einschätzung der -Klinik Bad Sch im Reha-Entlassungsbericht vom 6. Oktober 2005 ist überdies von einem Fundus hypertonicus II auszugehen. Mangels ausreichender Kontrollen scheint jedoch nach Lage der Akten bislang nicht ausreichend nachgewiesen, dass der Blutdruck unter Ruhebedingungen ständig erhöht ist. Dies kann jedoch im Ergebnis auf sich beruhen. Denn selbst wenn das Bluthochdruckleiden bereits als mittelschwer einzustufen sein sollte, wäre ihm mit einem Einzel-GdB von 20 in ausreichendem Maße Rechnung getragen. Wesentliche Beeinträchtigungen, die insoweit zu einem höheren Einzel-GdB führen könnten, hat keiner der mit dem Fall des Klägers befassten Gutachter beschrieben. Hieran ändert nichts, dass Prof. Dr. B in seinem Gutachten sowie seiner ergänzenden Stellungnahme das Vorliegen einer Mitralsuffizienz II^o ohne Dilatation des linken Vorhofs festgestellt hat. Denn dieser Feststellung – bei der es sich im Übrigen auch nicht um eine eigenständige Behinderung handelt – kommt vor dem Hintergrund der von allen Gutachtern als normal eingestuften Ejektionsfraktion im schwerbehindertenrechtlichen Sinne keine ausschlaggebende Bedeutung zu.

Auch das allein von dem Sachverständigen Prof. Dr. B diagnostizierte seelische Leiden kann – sollte es in schwerbehindertenrechtlicher Hinsicht überhaupt von Bedeutung sein – allenfalls mit einem Einzel-GdB von 20 berücksichtigt werden. Frühester Zeitpunkt seiner Berücksichtigung ist hierbei der Monat April 2009. Denn der Sachverständige hat den Kläger erst in diesem Monat untersucht und nicht aufgezeigt, weshalb das Leiden bereits für die Zeit davor anerkannt werden könnte. Dieses Leiden hat der Sachverständige in seinem Gutachten vom 3. Juni 2009 auf der Grundlage der insoweit in Teil B Nr. 3.7 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 27; ebenso Teil A Nr. 26.3 AHP 2008, Seite 48) niedergelegten Abgrenzungskriterien mit einem Einzel-GdB von 20 bemessen, was einer leichteren psychovegetativen oder psychischen Störung entspricht und im Einklang damit steht, dass er das Leiden an anderer Stelle seines Gutachtens als nur mäßig ausgeprägtes behandlungsbedürftiges depressives Syndrom beschrieben hat. Vor diesem Hintergrund überzeugen die späteren Ausführungen des Gutachters in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2009 nicht, wonach das Leiden nunmehr sogar mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sein soll. Eine nachvollziehbare Begründung dafür, dass die insoweit erforderlichen Kriterien von stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, athenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) erfüllt sein könnten, die bei Anwendung vorgenannter Bewertungsgrundsätze einen GdB von 30 bis 40 rechtfertigen könnten, hat der Gutachter nicht gegeben. Dementsprechend kommt ein höherer Einzel-GdB als 20 für das seelische Leiden nicht in Betracht.

Schließlich ist im Fall des Klägers für das erstmalig von Prof. Dr. B beschriebene Krampfaderleiden nach Teil B Nr. 9.2.3 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 50; ebenso Teil A Nr. 26.9 AHP 2005 und AHP 2007, Seite 74) ein Einzel-GdB von 10 anzuerkennen. Denn von diesem Einzel-GdB ist auch der Sachverständige mit nachvollziehbarer Begründung ausgegangen, wogegen die Sozialmedizinerin Dr. H in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 21. August 2009 keine Bedenken erhoben hat.

Weitere Behinderungen sind im Fall des Klägers nicht zu berücksichtigen. Prof. Dr. B hat zwar in seinem Gutachten vom 3. Juni 2009 sonstige Beeinträchtigungen gesehen. Dieser Einschätzung vermag sich der Senat jedoch nicht anzuschließen, weil es insoweit an einer an den maßgeblichen Bewertungsmaßstäben orientierten Begründung fehlt.

Unter Zugrundelegung der vorstehend jeweils als maximal angesehenen Einzel-GdB ist der Gesamt-GdB vorliegend für die Zeit ab Mai 2007 mit lediglich 40 zu bemessen. Hierbei ist von dem bei dem Kläger bestehenden Darmleiden auszugehen, weil dieses mit einem Wert von 30 den höchsten Einzel-GdB bedingt. Um den Behinderungen des Klägers insgesamt gerecht zu werden, ist dieser Einzel-GdB wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen lediglich um 10 Punkte zu erhöhen, weil für diese Beeinträchtigungen nur Werte von maximal 20 anzusetzen sind, aus denen sich eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung nicht herleiten lässt. Das mögliche Hinzutreten einer seelischen Erkrankung ab dem Monat April 2009 führt hierbei zu keinem anderen Ergebnis, weil auch sie nur mit einem Einzel-GdB von allenfalls 20 zu berücksichtigen ist. Sie wirkt sich zwar verstärkend auf das Darmleiden aus, bedingt jedoch angesichts ihrer nur mäßigen Ausprägung noch keine Erhöhung des auch ohne sie bereits vorliegenden Gesamt-GdB von 40.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht erfüllt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-05-20