L 7 SB 21/11

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 9 SB 63/09
Datum
07.03.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 21/11
Datum
24.07.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab Juli 2008.

Die am ... 1952 geborene Klägerin beantragte am 29. Mai 2007 die Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) und begründete dies mit einem Bruch des rechten Handgelenks. Der Beklagte zog einen Befundschein der Internistin und Rheumatologin Dipl.-Med. A. vom 14. Juli 2007 sowie der Fachärztin für Innere Medizin Dipl.-Med. A. vom 16. August 2007 bei. Dipl.-Med. A. diagnostizierte bei der Klägerin:

Seronegative chronische Polyarthritis,

Osteopenie (Knochenschwund),

Asthma bronchiale,

chronische Gastritis,

Schlafstörung,

Sonnenallergie,

Eosinophilie (Vermehrung der mit Eosin rot färbbaren weißen Blutkörperchen).

Dipl.-Med. A. teilte mit, die Klägerin sei seit Februar 2005 in ihrer Behandlung. Sie habe sich erstmals wegen Luftnot bei Wetterwechsel bzw. wegen Beschwerden bei Arbeiten mit Lösungsmitteln vorgestellt. Die Symptomatik bestünde seit 20 Jahren. Es handele sich um ein nichtallergisches Asthma bronchiale.

Mit Bescheid vom 14. November 2007 lehnte der Beklagte eine Feststellung ab. Dagegen richtete sich der Widerspruch vom 20. November 2007, der mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2008 zurückgewiesen wurde.

Am 9. Juli 2008 stellte die Klägerin einen Neufeststellungsantrag und begründete diesen mit einer Blinddarmoperation, Frakturen an der Hand sowie am rechten Oberarm, einem Asthmaleiden, Gelenkrheuma sowie psychischen Beschwerden und einer Einschränkung des Sehvermögens. Der Beklagte holte einen Befundschein des Facharztes für Augenheilkunde M. ein, der eine Hyperopie (Fehlsichtigkeit) sowie Presbyopie (Alterweitsichtigkeit) diagnostizierte. Der Visus betrage mit Korrektur 1,0 cc. Die Fachärztin für Psychiatrie und Suchtmedizin Dr. J. teilte unter dem 29. August 2008 mit, sie habe bei der Klägerin am 21. Mai 2008 eine mittelgradige depressive Episode festgestellt. Diese

Erkrankung habe sich nach der Einnahme von Tabletten deutlich gebessert. So habe die Klägerin zuletzt angegeben, es gehe ihr wieder richtig gut (30. Juli 2008). Dipl.-Med. A. berichtete unter dem 12. September 2008, die Klägerin sei am 29. Februar 2008 von der Treppe gestürzt. Die Halswirbelsäule sei altersgerecht beweglich. Die Schultern seien schmerzhaft und eingeschränkt beweglich, wobei rechts eine diskrete Schwellung zu erkennen sei.

Der Beklagte stellte mit Bescheid vom 20. November 2008 ab dem 9. Juli 2008 einen GdB von 20 fest. Hingegen richtete sich der am 4. Dezember 2008 eingegangene Widerspruch der Klägerin. Wegen der zahlreichen Erkrankungen (Rheuma, Asthma bronchiale, Depressionen) sei ein GdB von mindestens 50 festzustellen. Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 26. Februar 2009 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 16. März 2009 Klage beim Sozialgericht Magdeburg (SG) erhoben und zur Begründung ausgeführt: Allein für die rheumatische Erkrankung ergebe sich ein GdB-Rahmen zwischen 50 bis 70. Hinzu träten eine mittelgradige psychiatrische Gesundheitsstörung sowie eine Lungenfunktionsbeeinträchtigung bereits bei leichten Belastungen.

Das SG hat Befundberichte vom Facharzt für Innere Medizin J., Dr. J. sowie Dipl.-Med. A. eingeholt. Herr J. hat unter dem 12. August 2010 berichtet, die Klägerin habe als Beschwerden multiple Gelenkbeschwerden sämtlicher großer und kleiner Gelenke, eine diffuse Schmerzsymptomatik, eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit sowie Belastbarkeit und eine depressive Stimmungslage angegeben. Als Diagnosen bestünden eine chronische Polyarthritis, ein Asthma bronchiale sowie eine Depression. Dr. J. teilte unter dem 13. August 2010 (Behandlungszeitraum zwischen dem 21. Mai 2008 bis 15. Januar 2009) mit: Die Klägerin habe über ein Belastungssyndrom bei deutlich depressiven Zustand geklagt. Während der Behandlung habe sich die Symptomatik gebessert. Eine aktuelle Einschätzung könne nicht abgegeben werden. Dipl.-Med. A. hat unter dem 9. September 2010 mitgeteilt: Die Klägerin habe als Beschwerden Luftnot insbesondere bei feuchter Witterung, verstärkt bei Infekten sowie beim Kontakt mit Lösungsmittel angegeben. Das Notfallspray werde nur selten gebraucht. Der Prick-Test auf inhalative Allergene sei im Jahr 2005 negativ gewesen. Der Röntgen-Thorax-Befund vom 26. März 2010 sei unauffällig. Die Body-Messung vom selben Tage habe lediglich einen leicht erhöhten Atemwegswiderstand ergeben. Die Diagnose Asthma könne als gesichert bestätigt werden. Bei körperlichen Anstrengungen insbesondere in Zusammenhang mit Infekten trete eine Luftnot auf. Die Atemwegsobstruktion sei voll reversibel und keine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion festzustellen. Dipl.-Med. A. hat unter dem 22. Dezember 2010 berichtet: Anlässlich einer Untersuchung vom 6. Juli 2010 habe die Klägerin über Mattigkeit, Kraftlosigkeit sowie steife Hände geklagt und angegeben, sie sei dem Arbeitsstress in der Altenpflege physisch und psychisch nicht mehr gewachsen. Dies habe sie auch am 3. November 2010 wiederholt. Ein RDOK vom 3. November 2010 ergab folgende Messwerte:

FFbH-Score: 66 %

HAQ-Score: 1,38

DAS 28: 4,78 (mäßig aktiv)

Es bestünden physische und psychische Erschöpfungszustände mit muskulären Beschwerden.

Der Beklagte hat diese Befunde unter dem 3. Februar 2011 durch die Prüfärztin Dr. W. auswerten lassen. Hiernach sei der psychiatrische Befund am 30. Juli 2008 als deutlich gebessert anzusehen, was einen GdB von 10 rechtfertige. Die Lungenbefunde seien unter ruhiger Therapie stabil. So bestünden keine Lungenfunktionseinschränkungen. Allenfalls träten selten leichte Hyperreagibilitäten auf, die nicht höher als mit einem GdB von 10 zu bewerten seien. Bezüglich der rheumatischen Erkrankung sei dagegen eine Verschlechterung zu erkennen. Während am 11. September 2008 noch keinerlei Einschränkungen und kaum Krankheitsaktivitäten berichtet worden seien (Befundbericht Dipl.-Med. A. vom 12. September 2008) habe die behandelnde Rheumatologin unter dem 22. Dezember 2010 über stärkere Beschwerden sowie geringe Funktionseinschränkungen berichtet. Dies sei zusammenfassend mit einem Gesamt-GdB von 30 zu bewerten, wobei dabei bereits die rheumatypischen seelischen Probleme, die Erschöpfbarkeit und die ausgeprägte Osteopenie an den Händen berücksichtigt seien.

Am 8. Februar 2011 hat der Beklagte der Klägerin ab dem 1. Juli 2010 einen Gesamt-GdB von 30 angeboten. Die Klägerin hat dieses Teilanerkenntnis angenommen, jedoch ihr Begehren weiterverfolgt.

Mit Urteil vom 7. März 2011 hat das SG die Bescheide des Beklagten abgeändert und ab Juli 2010 einen GdB von 40 festgestellt und die Klage im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Nach Nr. 26.18 der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit bzw. Nr. 18.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sei bei entzündlichrheumatischen Erkrankungen bei mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) ein GdB von 50 bis 70 vorgesehen. Nach Einschätzung der behandelnden Rheumatologin bewege sich die entzündlichrheumatische Erkrankung der Klägerin im Grenzbereich zur Mittelgradigkeit und rechtfertige daher einen GdB von 40. Dies lasse sich auch mit den Ergebnissen der Rheumatologin in der Funktionsdiagnostik begründen. Für die psychische Störung könne kein Einzel- GdB mehr vergeben werden. Bezogen auf die Erkrankung der Atmungsorgane sei ein Einzel-GdB von 10 angemessen.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 16. März 2011 zugestellte Urteil am 29. März 2011 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und ihr Begehren weiterverfolgt. Zur Bekräftigung ihres Sachvortrages hat sie einen Reha-Entlassungsbericht des Klinikums Bad Bramstedt über eine stationäre Behandlung vom 11. Januar 2011 bis 18. Februar 2011 vorgelegt. Darin hat Dr. S. unter dem 8. Februar 2011 folgende Diagnosen gestellt:

Rheumatoide Arthritis,

(sekundäres?) Fibromyalgiesyndrom,

Belastungsabhängiges Wirbelsäulensyndrom,

Asthma bronchiale,

unklare Oberbauchbeschwerden.

Die Klägerin habe beim Aufnahmegespräch über Schmerzen im Bereich der rechten Hand sowie unter Belastung bzw. Bewegung auch in weiteren Körperbereichen berichtet. Ihre Gehzeit sei auf zwei Stunden beschränkt. Derzeit fühle sie sich lustlos, niedergeschlagen und ängstlich. Auch sei sie reizbar und verärgert und müsse viel grübeln. Sie habe den Beruf der Krankenschwester erlernt und sei seit 1990 als Altenpflegerin tätig. Die Arbeit sei psychisch und physisch sehr belastend. Seit dem 17. Juni 2010 sei sie arbeitsunfähig geschrieben. Ihre Leistungsfähigkeit sei zuletzt sehr stark eingeschränkt gewesen. Sie halte eine Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz wegen der Erkrankung für ausgeschlossen.

Der Aufnahmebefund hat Folgendes ergeben: Die Lendenwirbelsäule sei funktional endgradig beeinträchtigt. Die Schultergelenke seien zu einem Drittel und das Handgelenk rechts endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Es hätten sich keine Hinweise auf eine psychische Störung anlässlich der psychologischen Beurteilung ergeben. Aus ärztlicher Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr leidensgerecht. Dies gelte insbesondere für länger andauernde einseitige Körperhaltungen, die mit Bewegung von Lasten verbunden seien. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne die Klägerin weiterhin unter gewissen Einschränkungen zumutbar arbeiten.

Mit Ausführungsbescheid vom 5. Mai 2011 stellte der Beklagte ab dem 1. Juli 2010 einen GdB von 40 fest. Einen Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 26. Januar 2011, in dem diese auch das Merkzeichen "G" (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) beantragte, lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 27. Juni 2011 ab.

Die Klägerin beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 7. März 2011 sowie die Bescheide des Beklagten vom 20. November 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2009 und den Bescheid vom 5. Mai 2011 sowie den Bescheid vom 27. Juni 2011 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr ab Juli 2008 einen GdB um 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat Befundberichte von Dipl.-Med. A., Dipl.-Med. A., Dr. J. sowie Herrn J. eingeholt. Dr. J. hat unter dem 8. September 2011 über einen Behandlungszeitraum vom 10. März 2011 bis 10. August 2011 angegeben: Die Klägerin habe über starke Depressionen trotz erfolgter Reha-Maßnahme geklagt. Im März 2011 habe eine mittelgradige Depression vorgelegen, die sich unter Medikation bereits im Mai 2011 wieder deutlich gebessert habe. Bei der Klägerin bestünden depressive Phasen sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung, die jedoch nicht mit erheblichen Einschränkungen in der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit verbunden seien. Herr J. hat am 26. September 2011 mitgeteilt, es sei keine wesentliche Änderung der Befunde und klinischen Beschwerdesymptomatik eingetreten. Neben der rheumatoiden Arthritis bestehe ein Fibromyalgiesyndrom. Schmerzbedingt könne die Klägerin keine schweren Lasten tragen und für längere Zeit eine konstante Leistung erbringen. Dipl.-Med. A. hat unter dem 20. Oktober 2011 mitgeteilt, die wechselnd ausgeprägten asthmatischen Beschwerden würden verstärkt im Winterhalbjahr auftreten und die körperliche Belastbarkeit einschränken. Insgesamt sei jedoch keine Verschlechterung eingetreten.

Der Beklagte hat die Befunde durch die Prüfärztin Dr. W. unter dem 16. November 2011 auswerten lassen: Die im Reha-Entlassungsbericht beschriebene Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit in den weiteren Befunden sei nicht mehr zu erkennen. Wesentliche objektive Funktionsminderungen der weiteren Gelenke sowie der Wirbelsäule fänden sich nicht. Für die während des Reha-Aufenthaltes aufgetretenen Oberbauchbeschwerden sei kein GdB zu vergeben. Eine Lungenfunktionseinschränkung bestehe nicht. Seelische Störungen seien nicht mitgeteilt. Zusammenfassend sei von einem Gesamt-GdB von 30 auszugehen (rheumatische Gelenkserkrankung (30); psychische Störungen (10); Asthma bronchiale (10)).

Dipl.-Med. A. hat unter dem 7. Januar 2012 angegeben: In den letzten Untersuchungen vom 19. September 2011 und 13. Dezember 2011 habe sich keine wesentliche Änderung der Gelenksschwellungen am Bewegungsapparat ergeben. Demgegenüber sei eine Zunahme der Funktionstesterhebungen (Fragenspiegel) sowie ein allgemeiner und subjektiv empfundener Erschöpfungszustand von der Klägerin angegeben worden. Seit September 2011 habe die Klägerin über Schlappheitsgefühle, mangelnden Appetit sowie Gewichtsverlust nach dem Tod der Mutter berichtet.

Die Rheumatologische Diagnostik habe folgende Messwerte ergeben:

FFbH-Score: 39 %

HAQ-Score: 1,88

DAS 28: 4,78.

In der nichtöffentlichen Sitzung des Senats vom 20. Januar 2012 hat die Klägerin angegeben: Sie habe bis zum 15. Dezember 2011 Krankengeld bezogen. Ihr Arbeitgeber könne sie nicht mehr im Betrieb einsetzen, was dem Arbeitsamt auch so mitgeteilt worden sei. Aktuell sei sie nicht arbeitsunfähig geschrieben.

Mit geänderter Fragestellung hat der Senat einen weiteren Befundbericht von Dipl.-Med. A. angefordert, die am 28. Januar 2012 angegeben hat: Die Klägerin leide an einem ruhigen Verlauf einer Rheumaerkrankung. Diese sei mit gering ausgeprägten Gelenksschwellungen, kaum Gelenkszerstörungen im Röntgenbild sowie keinen Deformierungen der Gelenke mit Fehlstellungen verbunden. Es bestünden lediglich mäßig erhöhte Laborentzündungswerte wie Blutsenkung (BSG) und Creaktives Protein (CrP). Die deutlich erhöhten Werte vom 2. Dezember 2011 seien durch einen gleichzeitig aufgetretenen Infekt bedingt gewesen. Die Rheumaerkrankung sei nach den objektiv zu erfassenden Parametern und der gut wirkenden antirheumatischen Therapie als geringgradig aktiv einzuschätzen. Wegen einer starken psychischen

Belastung werde die Erkrankung von der Klägerin als schwerwiegend empfunden, was sich in ihren Antworten im Patientenfragebogen zur Rheumaerkrankung zeige. Zur Medikation hat die Rheumatologin ausgeführt: Seit August 2007 nehme die Klägerin ein Mal wöchentlich 15 mg Metex als immunsuppressive Basistherapie ein. Seit Januar 2011 werde ein Mal wöchentlich 10 mg Folsan genommen, um die negativen Auswirkungen der Einnahme von Metex im Bereich der Leber und der Blutbildung einzuschränken. Hinzu kämen 20 mg Leflunomid (20 mg täglich seit Oktober 2010), 200 mg Celebrex täglich (seit Juni 2008) und ein Cortisonpräparat in unterschiedlicher Dosierung zur Nacht.

Der Beklagte hat diese Befunde vom prüfärztlichen Dienst unter dem 29. Februar 2012 auswerten lassen. Die Versorgungsärztin Dr. W. hat dabei die Ansicht vertreten, sie halte einen Gesamt-GdB von 30 für gerechtfertigt. Unter der Rheumabasistherapie bestehe weiterhin keine Krankheitsaktivität. Anhaltende Funktionseinschränkungen seien nicht zu objektivieren. Die beruflichen Einschränkungen sowie der Tod der Mutter seien nicht zusätzlich zu berücksichtigen. Die in der Basistherapie angewandte Methotrexat-Dosierung liege mindestens tausendfach unter der für eine Chemotherapie erforderliche Dosis und könne mit einer solchen Therapie nicht gleichgesetzt werden. Während für eine rheumatologische Basistherapie 15 mg die Woche benötigt würden, ergebe sich bei einer Chemotherapie eine Belastung von 1000 mg täglich.

Im Schreiben vom 16. April 2012 hat die Klägerin erklärt, sie könne den Befundbericht von Dipl.-Med. A. nicht nachvollziehen. Wegen der schweren Auswirkungen der rheumatischen Erkrankung habe sie nun eine Erwerbsminderungsrente beantragt. Nach ihrer Einschätzung müsse von Amts wegen ein rheumatologisches Gutachten eingeholt werden.

Am 19. Juni 2012 und am 2. Juli 2012 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der Beratung des Senats. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte vorliegend ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs. 2 SGG) entscheiden, da sich beide Beteiligte hiermit einverstanden erklärt haben.

Die nach § 143 SGG statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Der Bescheid des Beklagten vom 5. Mai 2011 sowie der Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2009 in Gestalt des Ausführungsbescheides vom 5. Mai 2011 sowie des Bescheides vom 27. Juni 2011 sind rechtmäßig und beschweren die Klägerin nicht im Sinne der § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Das Urteil des SG ist daher nicht zu beanstanden.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046). Der hier anzuwendende § 69 SGB IX ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606) und vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) geändert worden. Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist § 69 Abs. 1 und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des § 69 SGB IX durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des § 69 SGB IX nach der neuen Satzzählung zitiert.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Vorschrift knüpft materiellrechtlich an den in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bestimmten Begriff der Behinderung an. 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. Nach § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003 – B 9 SB 3/02 R – SozR 4-3800 § 1 Nr. 3 Rdnr. 12, m.w.N.). Die in den Anhaltspunkten (letzte Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des GdB bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind – inhaltlich nahezu unverändert – in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung BR-

Drucks. 767/08, S. 3 f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in der Fassung von 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden. Im Folgenden werden die Vorschriften der Versorgungsmedizinische Grundsätze zitiert. GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a (S. 19)).

Durch die Neuregelung ist den Einwänden gegen die bisherigen "Anhaltspunkte" jedenfalls für den vorliegenden Fall der Boden entzogen worden. Zum einen ist durch die Neuregelung die auch von der Rechtsprechung geforderte Rechtsgrundlage für die bisherigen "Anhaltspunkte" geschaffen worden (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung v. 28. September 2007, BT-Drucks. 16/6541, S. 1, 31). Zum anderen ist durch die Verweisung des neu gefassten § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX auf die Neufassung des § 30 Abs. 1 BVG klargestellt worden, dass auch für die Feststellung des GdB "die allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen" maßgeblich sind. Zudem hatte sich auch schon zu der früheren Fassung des § 69 Abs. 1 SGB IX eine ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebildet, nach der trotz der Ersetzung des Schwerbehindertengesetzes durch das SGB IX inhaltlich das Beurteilungsgefüge der Anhaltspunkte maßgeblich geblieben war (vgl. BSG, Urt. v. 24. April 2008 – B 9/9a SB 6/06 R – in juris Rn. 15 m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, S. 33) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, S. 20) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen der Klägerin kein GdB von 50 ab dem Juli 2008 festgestellt werden. Vielmehr hat das SG zu Gunsten der Klägerin durchaus wohlwollend ab Juli 2010 einen GdB von 40 festgestellt. Dabei stützt sich der Senat insbesondere auf die Berichte und Arztbriefe sowie den Reha-Entlassungsbericht des Klinikums B.und die Ausführungen der Prüfärzte des Beklagten.

a) Die Haupterkrankung der Klägerin betrifft die Haltungs- und Bewegungsorgane und wird durch die Rheumatoide Arthritis wesentlich geprägt. Hierfür ist höchstens ein Einzel-GdB von 40 zu vergeben. Bei dieser Erkrankung richtet sich die Beurteilung des GdB nach Art und Ausmaß der funktionalen Einschränkung. Der Senat orientiert sich bei seiner Einschätzung an den Maßstäben für entzündlich-rheumatische Krankheiten. Gemäß 18.2.1 (S. 103) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, Teil B, ist bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten 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. Unter Punkt 18.2.1 wird folgender Bewertungsrahmen eröffnet:

Entzündlich-rheumatische Krankheiten (z.B. Bechterew-Krankheit)

ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden 10

mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität) 20 - 40

mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) 50 - 70

mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) 80 - 100

Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach den vorliegenden Befunden erreicht die rheumatische Erkrankung der Klägerin nicht die Grenze einer mittelgradigen Auswirkung. So ergeben sich keine Hinweise, die auf eine erhebliche Funktionseinschränkung bzw. auf eine therapieresistente Erkrankungsaktivität schließen lassen (vgl. prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 16. November 2011 und vom 29. Februar 2012). Dies bestätigt auch der vom Senat von der behandelnden Rheumatologin Dipl.-Med. A. eingeholte Befundbericht vom 28. Januar 2012. Hiernach liegen nur gering ausgeprägte Gelenksschwellungen, kaum Gelenkszerstörungen im Röntgenbild und keine Deformierungen der Gelenke mit vielen Schwellungen sowie nur mäßig erhöhte Laborentzündungswerte vor. Die behandelnde Rheumatologin der Klägerin geht wegen dieses Befundes von einer gut wirkenden antirheumatischen Therapie und einer nur geringgradig bestehenden Krankheitsaktivität aus (Befundbericht Dipl.-Med. A. vom 28. Januar 2012). Der Senat hält diese Einschätzung für nachvollziehbar und zutreffend.

Auch die derzeit von der Klägerin eingesetzte Therapie lässt keine weitere Erhöhung des Einzel-GdB zu. Dabei kann offen bleiben, bei welcher medikamentösen Behandlungsdosierung eine "aggressive Therapie" im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze anzunehmen ist. Betrachtet man das Ausmaß der Organbeteiligung und die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand durch die Therapie (vgl. dazu Urteil des Senats vom 18. August 2011 – L 7 SB 72/10) lassen sich keine objektivierbaren Erschwerungsgründe bei der Klägerin erkennen. Dieser Einschätzung ist die Klägerin auch nicht mehr entscheidend entgegengetreten. Nach Übersendung des aktuellsten Befundberichts von Dipl.-Med. A. ließ sie nur vortragen, sie könne den Befundbericht ihrer behandelnden Rheumatologin nicht nachvollziehen. Dies genügt nicht, um nach dem klaren Befund und der überzeugenden medizinisch Stellungnahme der Prüfärztin Dr. W. in weitere medizinische Ermittlungen einzutreten.

b) Daneben leidet die Klägerin an einem Asthma bronchiale, was das Funktionssystem der tieferen Atemwege und Lungen betrifft und mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten ist.

Hierbei eröffnet Nr. 8.5 (S.61 f) Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze folgenden Bewertungsrahmen:

Bronchialasthma

ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen 0 – 20

Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen 30 – 40

Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle 50

Eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ist zusätzlich zu berücksichtigen.

In dem Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin Dipl.-Med. A. vom 20. Oktober 2011 werden die asthmatischen Beschwerden der Klägerin als wechselnd ausgeprägt und saisonal bedingt beschrieben. Da auch keine Verschlechterung der Lungenbefunde darin mitgeteilt worden ist, verbleibt die Klägerin wegen dieser Erkrankung im Bewertungsrahmen eines GdB von 0 bis 20. Der Einschätzung der Prüfärztin Dr. W. in ihren Stellungnahmen vom 16. November 2011 sowie vom 29. Februar 2012, einen Einzel-GdB von 10 zu vergeben, was dem Mittelwert in diesem Bewertungsrahmen entspricht, ist daher zu folgen. Dies zumal sich aus den Befundberichten von Dipl.-Med. A. vom 9. September 2010 und vom 20. Oktober 2011 allenfalls nur geringgradige Lungenfunktionseinschränkungen ableiten lassen. Hiernach war die Atemwegsobstruktion voll reversibel und die Lungenfunktion bei der Klägerin nicht dauerhaft eingeschränkt.

c) Im Funktionsbereich "Gehirn einschließlich Psyche" kann der Senat keinen höheren Einzel-GdB als 10 zuerkennen. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen ist bei einer psychischen Störung unter Nr. 3.7 (S. 42) von folgendem Bewertungsrahmen auszugehen:

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 – 20

Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30 – 40

Dauerhafte und auch stärker behindernde psychische Störungen liegen bei der Klägerin nicht vor. Allenfalls kann nach den vorliegenden Unterlagen und den nachvollziehbaren versorgungsärztlichen Bewertungen von leichten Störungen ausgegangen werden, die mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten sind. So wird die Klägerin im Reha-Entlassungsbericht vom 8. Februar 2011 als psychisch unauffällig beschrieben und lediglich von einem sekundären Fibromyalgiesyndrom ausgegangen. Auch beschreibt die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie Dr. J. (Befundbericht vom 8. September 2011) nur kurzzeitige depressive Phasen, die sich jedoch unter Medikation schnell wieder gebessert haben. Stärkere Einschränkungen in der Bewältigung alltäglicher Anforderungen werden von der behandelnden Fachärztin der Klägerin in psychischer Hinsicht klar verneint. Gegen eine dauerhafte und auch stärkere Einschränkung auf psychiatrischem Gebiet spricht auch der Befundbericht von Dr. J. vom 13. August 2010. Hiernach erholte sich die Klägerin nach einem deutlich depressiven Zustand wieder und benötigte für einen längeren Zeitraum (15. Januar 2009 bis zum August 2010) überhaupt keine fachpsychiatrische Behandlung mehr. Dies spricht wiederum für eine deutliche Stabilisierung und eine nur geringe Behandlungsnotwendigkeit auf diesem Fachgebiet. Der prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 16. November 2011, nach der eine (dauerhafte) seelische Störung bei der Klägerin nicht vorliege und ein Einzel-GdB von nur 10 gerechtfertigt sei, schließt sich der Senat an.

d. Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Gemeinsamen Grundsätze nach Teil A der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 19 ff) anzuwenden. Nach Nr. 3 (S. 22) ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach ist von dem Behinderungsgrad von 40 als höchstem Einzelbehinderungsgrad aufgrund der rheumatoiden Arthritis auszugehen. Dieser kann auch nicht erhöht werden. Schließlich führen nach Nr. 3 ee der Versorgungsmedizinischen Grundsätze leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Behinderung. Für einen Ausnahmefall, der trotz des Vorliegens einer bloß geringgradigen Behinderung die Erhöhung des GdB rechtfertigen könnte, liegen keine Gründe vor.

Letztlich widerspräche die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 50 auch dem nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen feste Werte angegeben sind, ist bei der Klägerin ein höherer Gesamtgrad als 40 nicht zu rechtfertigen. Die Gesamtauswirkung ihrer verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insbesondere nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2013-05-03