

L 7 SB 52/12

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 22 SB 319/10
Datum
20.06.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 52/12
Datum
10.07.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

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

Der am ... 1968 geborene Kläger beantragte am 21. Juni 2010 beim Beklagten die Feststellung von Behinderungen wegen Seh- und Hörproblemen. Außerdem verwies er auf einen Unfall, bei dem er die linke Niere und die Milz verloren habe. Der Beklagte holte einen Befundschein der Fachärztin für Innere Medizin Dr. D. vom 5. Juli 2010 ein, die eine unbehandelte arterielle Hypertonie und eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II ohne Stauung mitteilte. Nach dem beigelegten Laborbefund vom 31. Mai 2010 habe der Kreatinin-Clearance-Wert 61 ml/min betragen. Mit Befundschein vom 5. August 2010 berichtete die Augenärztin Dr. C. über einen Augenhintergrund mit beidseits geringen hypertonen Gefäßzeichen und einen Visus von rechts 1,0 und links 0,9. Der Beklagte holte außerdem einen Befundschein des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde M. vom 4. August 2010 ein, der eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit links und einen Tinnitus mit erheblichen Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit diagnostizierte. Außerdem übersandte er Ton- und Sprachaudiogramme aus den Jahren 2005 bis 2010. Der beteiligte Ärztliche Dienst des Beklagten (Dr. E.) schlug in Auswertung der Befunde für den Verlust der linken Niere und der Milz einen GdB von 30, für die Hörbehinderung einen GdB von 10 sowie einen Gesamt-GdB von 30 vor. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 25. August 2010 beim Kläger ab 21. Juni 2010 einen GdB von 30 fest.

Dagegen erhob der Kläger am 30. August 2010 Widerspruch und machte geltend: Er leide außerdem an Bluthochdruck und könne aufgrund der Unfalls keine Kinder mehr zeugen, sodass in der Gesamtschau ein GdB von 90 festzustellen sei. Er legte diverse Arztbriefe vor, die im Zusammenhang mit dem im August 1982 erlittenen Autounfall durch das Krankenhaus B. gefertigt worden waren. Der Beklagte holte nochmals eine prüfärztliche Stellungnahme seines Gutachters Dr. W. vom 6. Oktober 2010 ein, der aufgrund wiederholt erhöhter Blutdruckwerte und der Augenhintergrundsveränderungen für den Bluthochdruck einen GdB von 20 und einen Gesamt-GdB von 30 vorschlug. Eine Zeugungsunfähigkeit könne versorgungszärtlich anhand der vorliegenden Befunde nicht bewertet werden, gegebenenfalls sei ein fachurologischer Befundbericht beizuziehen. Für den Verlust der linken Niere bei erhaltener Funktion der rechten Niere und den Verlust der Milz sei ein GdB von 30 festzustellen. Die hochgradige Schwerhörigkeit des linken Ohres sei bei normaler Hörfähigkeit des rechten Ohres mit einem GdB von 10 zu bewerten. Eine Sehinderung mit einem GdB von mindestens 10 ergebe sich nicht bei einem Visus von 1,0 rechts und 0,9 links. Entgegen der prüfärztlichen Stellungnahme stellte der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. Oktober 2010 beim Kläger ab 21. Juni 2010 einen GdB von 40 fest und wies den weitergehenden Widerspruch zurück.

Am 18. Oktober 2010 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben und beantragt, unter Berücksichtigung der Hörminderung, des Bluthochdrucks, der Zeugungsunfähigkeit, der seit dem Jahr 2009 vorliegenden Pankreatitis, der hypertensiven Herzkrankheit, der chronischen Niereninsuffizienz und der Schilddrüsenerkrankung (Struma nodosa) die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Er hat neben bereits bekannten Unterlagen einen Entlassungskurzbrief des Krankenhauses St. E. und St. B. H. vom 15. Februar 2011 über die Behandlung vom 14. bis 15. Februar 2011 wegen einer akuten Pankreatitis (alkoholtoxischer Ursache) vorgelegt. Nach Infusions- und Schmerztherapie sei die Beschwerdesymptomatik regredient gewesen. Die Laboruntersuchung habe einen Kreatininwert von 90,5 µmol/l gezeigt. Außerdem hat er den Arztbrief von Dr. D. vom 10. Mai 2011 übersandt, wonach eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II mit

normaler Funktion vorliege (Laborbefund vom 28. März 2011: Kreatinin-Clearance 80 ml/min). Bezüglich der Zeugungsunfähigkeit hat der Kläger Hodenoperationen in D. und I. angegeben, aber keine Unterlagen dazu vorlegen können.

Des Weiteren hat der Kläger Gutachten aus dem von ihm geführten Rentenverfahren vorgelegt. Nach dem Gutachten des Facharztes für HNO Dr. N. (B.) vom 11. Juni 2011 habe die Auswertung der angefertigten Ton- und Sprachaudiogramme Taubheit links und normales Hörvermögen rechts ergeben. Ein Tinnitus habe nicht verifiziert werden können. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. D. (B.) hat das Gutachten vom 26. Juni 2011 erstattet. Danach habe der Kläger 81,9 Kilogramm bei einer Größe von 172 cm gewogen. Der Sachverständige hat Bauchbeschwerden, eine rezidivierende Pankreatitis, eine glomeruläre und tubuläre Mischproteinurie, eine Hypertonie und eine Hyperlipidämie diagnostiziert. Zu den Funktionsstörungen hat er ausgeführt: Zwar habe der Kläger über eine Traumatisierung des Pankreas berichtet. Ein Zusammenhang zwischen den rezidivierenden Pankreatitisschüben mit dem erlittenen Unfall sei aber eher unwahrscheinlich. Denkbar sei zwar eine Verletzung des Bauchspeicheldrüsenganges, für diese Erklärung sei die Zeit zwischen dem Unfall und der Symptomatik aber zu lang. Im Übrigen gingen Pankreatitisschübe nicht mit Bauchschmerzen in der vom Kläger geschilderten Form einher (zweimal pro Woche auftretende, über fünf bis zehn Minuten anhaltende Schmerzen). Dies sei für eine durch eine Bauchspeicheldrüsenentzündung ausgelöste Symptomatik eher ungewöhnlich. Weiter hat der Sachverständige ausgeführt: Die Sonografie der rechten Niere sei unauffällig gewesen, die linke Niere und die Milz fehlten. Die Nierenfunktion sei normal (Laboruntersuchung Kreatininwert von 1,08 mg/dl). Der Blutdruck sei ohne Medikamenteneinnahme etwas erhöht (160/100 mmHg), eine adäquate Behandlung des Bluthochdrucks sei aber problemlos möglich. Die Mischproteinurie und die Hyperlipidämie seien asymptomatisch.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Dr. D. hat am 4. Juli 2011 über eine Nierenfunktionseinschränkung leichten Grades aber "noch Normalbefund" und stabiler Nierenfunktion berichtet. Die Hypertonie sei mittelgradig (WHO II), da der Kläger unter einer Linksherzhypertrophie, Augenhintergrundsveränderungen und einer Proteinurie leide. Zur Zeugungsunfähigkeit könne sie keine Angaben machen. Die Schilddrüsenultraschalluntersuchung habe einen kleinen Knoten im Bereich der linken Schilddrüse gezeigt. In Anlage hat Dr. D. den Arztbrief des Krankenhauses St. E. und St. B. H. vom 8. März 2011 aufgrund der Behandlung des Klägers am 14. und 15. Februar 2011 wegen einer akuten Pankreatitis (toxisch - nutritiv) Genese übersandt. Dabei habe sich der Kläger in einem guten Allgemein- und normosomen Ernährungszustand befunden.

In Auswertung der Befunde hat die ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. am 3. August 2011 ausgeführt: Es liege eine stabile und normale Nierenfunktion vor und die Laborwerte zeigten zwischen Mai 2010 und März 2011 sogar eine Besserung der Filtrationsrate, wobei aber auch der schlechtere Wert von 61 ml/min keiner relevanten Nierenfunktionseinschränkung im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze entspreche. Die Kreatininwerte hätten durchweg im Normbereich gelegen. Wegen des krankhaften Harnbefundes (Proteinurie = Eiweiß im Urin) sei der GdB von 30 formal korrekt, auch wenn damit keine dementsprechende schwere Einschränkung im Alltag einhergehe. Die geringen Augenhintergrundsveränderungen bei Bluthochdruck hätten keine Sehinderung zur Folge (Visus 1,0 und 0,9) und der erhöhte Blutdruck könne keinen noch höheren GdB als 20 begründen. Mit prüfärztlicher Stellungnahme hat der Ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. W. am 22. August 2011 ergänzend mitgeteilt: Aus dem Gutachten von Dr. D. gingen neben einer vermehrten Eiweißausscheidung keine weiteren Nierenfunktionseinschränkungen nach dem Verlust der linken Niere hervor. Die Filtrationsrate liege mit einem Wert von über 80 ml/min ebenso im Normbereich wie der Serumkreatinin-Wert mit 1,08 mg/l. Ein höherer GdB als 30 sei für den Verlust der linken Niere und der Milz nicht zu begründen. Der Bluthochdruck sei mit seinen Auswirkungen auf den Augenhintergrund in dem GdB von 20 bereits berücksichtigt. Ein messbarer GdB sei aus den Bauchbeschwerden bei wiederkehrenden Entzündungen der Bauchspeicheldrüse nicht ableitbar. Es fänden sich keine konkreten Hinweise auf Passagestörungen. Der Allgemein- und Ernährungszustand sei gut. Die belegten Fettstoffwechselstörungen bedingten ebenfalls keinen GdB von mindestens 10. Nach dem Gutachten von Dr. N. habe sich das Hörvermögen des linken Ohres aber weiter verschlechtert, sodass dafür ab dem Untersuchungszeitpunkt (10. Mai 2011) ein GdB von 20 und in der Gesamtschau ein GdB von 40 festzustellen sei.

Außerdem hat der Kläger aus dem Rentenverfahren das ergänzende Gutachten des Dr. D. vom 30. Dezember 2011 vorgelegt, in das auch das orthopädische Gutachten des Dr. F. (B.) vom 3. Oktober 2011 einbezogen worden war. Dr. F. hat eine geringgradige röntgenologisch sichtbare Abnutzungserscheinung der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne Funktionsdefizit und eine geringgradige Innenrotationseinschränkung der rechten Hüfte festgestellt. Bei der Untersuchung durch Dr. F. habe der Kläger angegeben: Er habe keine wirklichen Schmerzen, er habe jedoch ab und zu plötzliche krampfartige Beschwerden im Bereich der Bauchdecke links. Der Internist habe gemeint, dies könne von der Wirbelsäule ausgehen. Dr. D. hat in Auswertung des orthopädischen Gutachtens festgestellt, die Aussagen des Klägers im internistischen und orthopädischen Gutachten zu den Bauchbeschwerden seien diskrepant. Bei lediglich geringen Beschwerden bestünde keine Indikation für die Durchführung einer Bauchspiegelung, einer Computertomographie und einer endoskopischen Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge.

Der Beklagte hat in Auswertung der ergänzenden Befunde auf die prüfärztliche Stellungnahme des Dr. W. vom 30. März 2012 verwiesen, wonach das orthopädische Facharztgutachten keine Funktionseinschränkungen mit einem GdB von mindestens 10 zeige.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 20. Juni 2012 hat der Kläger einen Entlassungsbericht über den stationären Aufenthalt vom 11. bis 15. Juni 2012 im Krankenhaus St. E. und B. H. aufgrund eines akuten Schubs einer ethyltoxischen Pankreatitis und essentieller arterieller Hypertonie vorgelegt. Die stationäre Aufnahme sei aufgrund neu aufgetretener starker Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken bei bekannter chronischer Pankreatitis und fortgesetztem Alkohol- und Nikotinkonsum erfolgt. Dabei habe sich der Kläger in normosomen Ernährungszustand befunden. In Anlage haben sich der Laborbefund vom 14. Juni und 11. Juni 2012 mit Kreatinin-Clearance-Werten von 78, 69 und 63 ml/min (Normbereichangabe von 80 bis 140) und Kreatininwerten von 96,2 bzw. 108,2 und 116,5 µmol/l (Normbereichangabe 0,0 bis 102,0 µmol/l) befunden.

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Verlust der einen Niere ohne Nierenfunktionseinschränkung der anderen Niere bedinge einen Einzel-GdB von 30. Da sich die durch Dr. D., Dr. D. und das Krankenhaus St. E. und St. B. H. mitgeteilten Kreatininwerte im Normbereich befunden hätten, könne die geringfügige Einschränkung der Kreatinin-Clearance nach dem Laborbefund vom 11. Juni 2012 noch keine Nierenfunktionseinschränkung geringen Grades begründen. Soweit Dr. D. eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II angegeben habe, könne diese Einschätzung mit den Kreatininwerten nicht objektiviert werden. Auch sei dem Gutachten von Dr. D. neben einer vermehrten Eiweißausscheidung keine weitere Nierenfunktionseinschränkung nach dem Verlust der Niere zu entnehmen. Eine nephrologische Behandlung finde nicht statt und der Kläger nehme keine Medikamente. Auch

sonographisch sei die rechte Niere ohne Befund gewesen. Für das Funktionssystem Herz und Kreislauf sei aufgrund der Bluthochdruckerkrankung ein GdB von 20 festzustellen. Der Blutdruck sei medikamentös gut eingestellt und hypertensiv bedingte Leistungsbeeinträchtigungen lägen nach dem Gutachten des Dr. D. nicht vor. Aufgrund der Linksherzhypertrophie, der Proteinurie sowie der Augenhintergrundveränderungen könne allenfalls ein GdB von 20 angenommen werden. Der mehrfache festgestellte diastolische Blutdruck von über 100 mmHg führe wegen der fehlenden Leistungsbeeinträchtigung zu keiner weiteren Erhöhung. Für die Zeugungsunfähigkeit sei zu Gunsten des Klägers auch ohne ärztliche Bestätigung wegen der angegebenen Hodenoperationen ein Einzel-GdB von 20 im Funktionssystem Geschlechtsorgane festzustellen. Im Funktionssystem Ohr sei die Taubheit des linken Ohres mit einem GdB von 20 zu bewerten. Einen Tinnitus habe Dr. N. nicht bestätigt. Der Verlust der Milz ohne weitere Komplikationen bedinge einen Einzel-GdB von 10. Auch die vorliegende Fettstoffwechselstörung könne mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet werden. Zudem könne für die chronische Pankreatitis ein GdB von 10 festgestellt werden, da in den vergangenen zwei Jahren zweimal eine akute Pankreatitis mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit aufgetreten sei. Bei derart kurz anhaltenden Beschwerden (zweimal wöchentlich Bauchkrämpfe über den Zeitraum von fünf bis zehn Minuten), die keiner (schmerz-)medikamentösen Behandlung bedürften, sei von keiner wesentlichen Beeinträchtigung auszugehen. Zudem befinde sich der Kläger in einem guten Ernährungszustand. Weitere Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Einzel-GdB von mindestens 10 seien nicht ersichtlich, insbesondere lägen orthopädische Funktionsbeeinträchtigungen nach dem Gutachten des Dr. F. nicht vor. Insgesamt sei von einem GdB von 30 für die Nierenfunktionseinschränkung auszugehen, die aufgrund der Funktionseinschränkung im Funktionssystem Herz-Kreislauf um 10 auf 40 zu erhöhen sei. Eine weitere Erhöhung durch den Einzel-GdB von 20 im Funktionssystem Ohren sei nicht gerechtfertigt, da eine Einzelbehinderung von 20 noch eine leichte Funktionsstörung sei. Die weiteren mit einem GdB von 10 zu bewertenden Funktionseinschränkungen erhöhten den Gesamt-GdB ebenfalls nicht. Letztlich widerspräche die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 50 dem nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Hierbei sei insbesondere zu beachten, dass das medikamentös eingestellte Bluthochdruckleiden sich wenig auf die Teilhabe auswirke und auch die Nierenfunktionseinschränkung das Allgemeinbefinden lediglich gering reduziere. Zwar erfordere der Verlust der Niere besondere Vorsicht, Zurückhaltung und besondere Anspannung der körperlichen und geistigen Kräfte. Doch sei auch zu berücksichtigen, dass der Einzel-GdB für den Verlust der Niere bei einer fehlenden Leistungsbeeinträchtigung relativ hoch sei.

Gegen das ihm am 19. Juli 2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27. Juli 2012 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt, weil seine Behinderungen nicht ausreichend berücksichtigt worden seien.

Der im Termin nicht erschienene und nicht vertretene Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 20. Juni 2012 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 25. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Oktober 2010 abzuändern und bei ihm einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 21. Juni 2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist auf die ausführliche Begründung in seiner Ansicht nach zutreffenden erstinstanzlichen Urteil.

Der Senat hat einen Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. G. vom 2. November 2012 eingeholt, die einen Zustand nach Nieren- und Milzentfernung infolge eines Unfalls, Hypertonie und eine chronisch rezidivierende Pankreatitis toxisch-nutritiver Ursache diagnostiziert hat. Diese Zustand bestehe sei 2009. Es handele sich um eine vom Lebensstil abhängige (insbesondere Ernährung und Alkoholgenuss) wiederkehrende Erkrankung. Insgesamt sei die chronische Pankreatitis mit geringen bis erheblichen Beschwerden sowie einer geringen bis mäßigen Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes verbunden. Die Bauchspeicheldrüsenenzyme seien leicht angestiegen. Der Blutdruck habe am 18. Juni 2011 122/80 mmHg betragen. In Anlage hat sie die Laboruntersuchungsergebnisse vom 2. Juli und 2. August 2012 übersandt. Danach hätten der Kreatininwert 106 bzw. 97 µmol/l und der Kreatinin-Clearance-Wert 74 und 82 ml/min betragen. In Anlage hat Dipl.-Med. G. den Bericht des Krankenhauses St. E. und St. B. H. vom 2. Februar 2009 aufgrund einer stationären Behandlung des Klägers vom 26. Januar bis 2. Februar 2009 wegen einer serös-exsudativen Pankreatitis (nutritiv-toxischer Genese) übersandt. Die Aufnahme (Aufnahmegewicht 85 kg) des Klägers sei wegen plötzlich starker Oberbauchschmerzen erfolgt. Er habe angegeben, er genieße mit Vorliebe fettige Mahlzeiten, rauche 20 Zigaretten täglich und trinke pro Woche 1 bis 2 Bier sowie selten zusätzlich zwei Gläser Schnaps. Die durchgeführten Untersuchungen (Abdomensonografie, Abdomen-CT, Röntgen) seien unauffällig gewesen.

Der Beklagte hat in Auswertung der Befunde eine prüfärztliche Stellungnahme seines Gutachters Dr. W. vom 3. Dezember 2012 vorgelegt. Danach lägen nach dem Befundbericht von Dipl.-Med. G. keine Hinweise auf wesentliche Funktionseinschränkungen der verbliebenen Niere vor. Die Kreatininwerte hätten weiterhin im Normbereich gelegen. Bei leicht erhöhten Blutdruckwerten sei für den Bluthochdruck mit Augenhintergrundsveränderungen kein höherer GdB als 20 festzustellen. Dipl.-Med. G. habe zwar eine chronisch-rezidivierende Bauchspeicheldrüsenerkrankung mit erhöhten Werten für die Enzymaktivität mitgeteilt, jedoch lägen keine Hinweise für Passagestörungen oder eine wesentliche Beeinträchtigung des Allgemein- und Ernährungszustandes vor. Ein GdB von mindestens 10 lasse sich weiterhin nicht begründen. In der Gesamtschau sei kein höherer GdB als 40 zu empfehlen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte den Rechtsstreit in Abwesenheit des Klägers verhandeln und entscheiden, weil dieser ordnungsgemäß geladen und in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist, [§ 110 Abs. 1 Satz 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß [§ 143 SGG](#) auch statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet. Die angegriffenen

Bescheide des Beklagten und das Urteil des SG Halle vom 20. Juni 2012 sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Die Klage gegen den Bescheid vom 25. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Oktober 2010 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) - [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#) S. 22).

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. 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 GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1](#) BVG und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16](#) 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 [§ 30 Abs. 16](#) BVG ermächtigt 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 der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. 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).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle 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 Teil A, Nr. 2 e 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).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers kein höherer GdB als 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers nebst Anlagen, die aus dem Rentenverfahren beigezogenen und im Urkundenbeweis verwerteten Gutachten und die Bewertung dieser medizinischen Unterlagen durch die Versorgungsärzte des Beklagten.

a)

Für die fehlende linke Niere des Klägers mit krankhaftem Harnbefund ist im Funktionssystem Harnorgane nach Teil B, Nr. 12.1.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von 30 festzustellen. Insoweit folgt der Senat den prüfärztlichen Stellungnahme des Beklagten. Der krankhafte Harnbefund hat in dem GdB von 30 bereits Berücksichtigung gefunden. Eine höhere Bewertung kann nicht erfolgen, weil nach den diversen Laborbefunden (so die Untersuchungsergebnisse von Dr. D., Dr. D., Krankenhaus St. E. und St. B., Dipl.-Med. G.) keine relevante Nierenfunktionseinschränkung vorliegt. Die Einordnung als chronische Niereninsuffizienz Stadium II durch Dr. D. (Befundschein vom 5. Juli 2010) ist auch mit den von ihr übermittelten Laborbefunden nicht in Einklang zu bringen. Im Übrigen hat sie selbst mit Arztbrief vom 10. Mai 2011 zwar über eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II, aber eine normale Funktion berichtet (Laborbefund vom 28. März 2011: Kreatinin-Clearance 80 ml/min). Bei der nachfolgenden gutachtlichen Untersuchung durch Dr. D. (Gutachten vom 26. Juni 2011) hat dieser eine normale Nierenfunktion bei unauffälliger Sonografie der rechten Niere festgestellt (Kreatininwert von 1,08 mg/dl). Im Übrigen zeigen auch die durch das Krankenhaus St. E. und St. B. ermittelten Nierenbefunde (Laborbefund vom 14. Juni und 11. Juni 2012 mit Kreatinin-Clearence-Werten von 78, 69 und 63 ml/min und Kreatininwerten von 96,2 bzw. 108,2 und 116,5 µmol/l) keine relevante Funktionsstörung im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Denn nach Teil B, Nr. 12.1.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bedingt eine geringfügige Einschränkung der Kreatinin-Clearance auf 50 bis 80 ml/min bei im Normbereich liegenden Serumkreatininwerten keinen messbaren GdS. Schließlich lässt auch der im Berufungsverfahren eingeholte Befundbericht von Dipl.-Med. G. vom 2. November 2012 anhand der dort übermittelten Befunde (Kreatininwert 106 und 97 µmol/l, Kreatinin-Clearence-Wert 74 und 82 ml/min) keinen Rückschluss auf eine relevante Nierenfunktionseinschränkung zu.

b)

Das Bluthochdruckleiden ist dem Funktionssystem Herz-Kreislauf zuzuordnen und rechtfertigt maximal einen GdB von 20. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 9) kommt es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht auf die Art der Erkrankung, sondern auf die jeweilige konkrete Leistungseinbuße an. Daher lässt die Diagnose einer Hypertonie keinen Rückschluss auf die bestehenden Funktionseinschränkungen des Klägers zu. Nach Teil B, Nr. 9.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen,

mit einem GdB von 0 bis zu 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form eröffnet je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Kriterien dafür sind Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung.

Nach diesem Maßstab ist das Bluthochdruckleiden des Klägers als mittelschwere Form mit einem Behinderungsgrad von 20 zu bewerten, weil eine Linksherzhypertrophie und damit eine Organbeteiligung des Herzens vorliegt. Eine Erkrankung an mittelschwerer Hypertonie eröffnet nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen zwar einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Dieser kann aber nicht weiter ausgeschöpft werden, denn allein die geringe Augenhintergrundveränderung kann bei fehlender Leistungsbeeinträchtigung der Bluthochdruckerkrankung keine höhere Bewertung rechtfertigen. Insoweit folgt der Senat dem Gutachten des Dr. D., der keine relevante Leistungsbeeinträchtigung aufgrund der Hypertonie feststellen konnte.

c)

Die chronische Pankreatitis ist dem Funktionssystem Verdauungsorgane zuzuordnen und kann allenfalls mit einem GdB von 20 bewertet werden.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 10.3.6) ist bei einer chronischen Krankheit der Bauchspeicheldrüse der GdB von den Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, der Häufigkeit und dem Ausmaß der Schmerzen abhängig. Bestehen keine wesentlichen Beschwerden und ist der Kräfte- und Ernährungszustand unbeeinträchtigt, erfolgt eine Bewertung mit 0 bis 10. Bei geringen bis erheblichen Beschwerden und/oder einer geringen bis mäßigen Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes ist ein Bewertungsrahmen von 20 bis 40 eröffnet.

Danach kann allenfalls ein GdB von 20 angenommen werden. Der Kläger war zwar in den Jahren 2009, 2011 und 2012 wegen einer Pankreatitis in stationärer Behandlung. Dabei waren die während des stationären Aufenthaltes im Februar 2009 (Krankenhauses St. E. und St. B. H.) durchgeführten Untersuchungen (Abdomensonografie, Abdomen-CT, Röntgen) allerdings unauffällig. Zudem waren die vom Kläger während der Begutachtungen im Rentenverfahren geschilderten Beschwerden widersprüchlich und können allenfalls als gering eingeordnet werden. So hat der Kläger gegenüber Dr. D. zweimal pro Woche auftretende, über fünf bis zehn Minuten anhaltende Schmerzen angegeben. Bei der Untersuchung durch Dr. F. hat der Kläger mitgeteilt, dass er keine wirklichen Schmerzen, jedoch ab und zu plötzliche krampfartige Beschwerden im Bereich der Bauchdecke links habe. Da die behandelnde Ärztin Dipl.-Med. G. am 2. November 2012 aber eine chronische Pankreatitis mit geringen bis erheblichen Beschwerden mitgeteilt hat, die auch in dem erhöhten Anstieg der Bauchspeicheldrüsenenzyme objektiviert wird, kann dafür maximal ein GdB von 20 angenommen werden. Eine höhere Bewertung kann aber nicht erfolgen, denn die von Dipl.-Med. G. mitgeteilte Beeinträchtigung des Ernährungs- und Kräftezustandes lässt sich anhand der anderen medizinischen Unterlagen nicht nachvollziehen. Bei den Krankenhausaufhalten des Klägers im Februar 2011 wegen einer akuten Pankreatitis wurde ein guter Allgemein- und normosomer Ernährungszustand festgestellt. Auch Dr. D. hat im Mai 2011 bei einer Größe des Klägers von 172 cm ein Gewicht von 81,9 kg und damit keine Beeinträchtigung des Ernährungszustandes aufzeigen können. Schließlich wurde bei dem Krankenhausaufenthalt des Klägers im Juni 2012 wegen eines akuten Schubs einer Pankreatitis wiederum ein normosomer Ernährungszustand dokumentiert, sodass der Bewertungsrahmen nicht weiter auszuschöpfen war.

d)

Außerdem ist nach dem Gutachten von Dr. N. am 11. Juni 2011 aufgrund der von ihm angefertigten Ton- und Sprachaudiogramme von Taubheit links und normalem Hörvermögen rechts auszugehen. Das rechtfertigt nach Teil B, Nr. 5.2.4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen GdB von 20 im Funktionssystem Ohren. Da Dr. N. den von Dr. M. mitgeteilten Tinnitus nicht verifizieren konnte und selbst bei einem Tinnitus ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen nach Teil B, Nr. 5.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze lediglich eine Bewertung mit einem GdB von 0 bis 10 erfolgt, kann insoweit auch keine weitere Erhöhung des GdB im Funktionssystem Ohren erfolgen.

e)

Schließlich ist für den Verlust der Milz ein GdB von 10 nach Teil B, Nr. 16.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze im Funktionssystem Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem festzustellen.

f)

Weitere Funktionseinschränkungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten sind, sind nicht erkennbar. Dr. F. hat in seinem orthopädischen Gutachten relevante Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates ausgeschlossen. Er hat lediglich eine geringgradige röntgenologisch sichtbare Abnutzungerscheinung der LWS ohne Funktionsdefizit und eine geringgradige Innenrotationseinschränkung der rechten Hüfte festgestellt. Dr. D. hat darauf hingewiesen, dass die von ihm festgestellten Labordiagnosen (Mischproteinurie und Hyperlipidämie) asymptomatisch seien, sodass dafür kein eigener Behinderungsgrad angenommen werden kann. Die Augenerkrankung des Klägers rechtfertigt bei einem Visus von 1,0 rechts und 0,9 links nach dem Bericht der Augenärztin Dr. C. vom 5. August 2010 selbst bei beidseits geringen hypertonen Gefäßzeichen nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 4.3) keinen GdB. Für die Schilddrüsenerkrankung des Klägers (Struma nodosa) kann kein Behinderungsgrad festgestellt werden, da nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 15.6) nur anhaltende Beeinträchtigungen trotz Behandlung Berücksichtigung finden können. Eine Schilddrüsenfunktionsstörung liegt bei dem Kläger aber nicht vor. Auch kann kein GdB für die vom Kläger behauptete Zeugungsunfähigkeit festgestellt werden. Der Kläger hat lediglich auf zwei durchgeführten Hodenoperationen verwiesen, konnte aber keine weiteren Angaben dazu machen. Dipl.-Med. G. ist die Zeugungsunfähigkeit nicht bekannt und eine urologische Behandlung findet nicht statt. Weitere Ermittlungsansätze hat der Senat nicht gesehen. Da auch im Schwerbehindertenrecht der Grundsatz der objektiven Beweislast gilt, kann für die behauptete aber nicht nachgewiesene Zeugungsunfähigkeit kein Behinderungsgrad angenommen werden.

g)

Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze anzuwenden. Nach Nr. 3c 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 30 für das Funktionssystem Harnorgane auszugehen. Aufgrund der Bluthochdruckerkrankung (GdB von 20) hat der Beklagte wohlwollend einen Gesamt-GdB von 40 gebildet, denn das Bluthochdruckleiden führt zu keiner funktionellen Einschränkung und verstärkt auch nicht das Gesamtausmaß der Behinderung. Eine weitere Erhöhung aufgrund der Beeinträchtigungen im Funktionssystem Ohr, die ebenfalls mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sind bzw. der chronischen Pankreatitis (ebenfalls GdB von 20), kommt nicht in Betracht. Denn das Gesamtausmaß der Behinderung wird durch diese - nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee) noch als leichte Funktionseinschränkung zu bewertenden Behinderungen - nicht größer. Diese bestehen unabhängig von den anderen Funktionsstörungen und verstärken nicht das Gesamtausmaß. Im Übrigen kann selbst bei einer unterstellten Zeugungsunfähigkeit (die nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen, Teil B, Nr. 13.2 mit einem GdB von 20 zu bewerten ist) keine weitere Erhöhung des Gesamt-GdB erfolgen, weil auch diese Erkrankung unabhängig von den weiteren Erkrankungen besteht und das Ausmaß der Gesamtbehinderung letztlich nicht verstärkt wird. Schließlich führt der mit einem GdB von 10 bewertete Verlust der Milz nicht zur Erhöhung des Gesamt-GdB, denn von einem hier nicht vorliegenden Ausnahmefall abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung (Teil A, Nr. 3 ee).

Eine weitere Erhöhung im Sinne der von dem Kläger begehrten Schwerbehinderteneigenschaft widerspräche hier dem nach Teil A, Nr. 3 c der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. In Nr. 19 Abs. 2 der Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Ausgabe 2008 (S. 25) wird insoweit erläutert ausgeführt, dass die Schwerbehinderteneigenschaft nur angenommen werden kann, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Derartig schwere Funktionsstörungen liegen bei dem Kläger nicht vor. Er ist abgesehen von den geringen (widersprüchlich geschilderten) Bauchschmerzen beschwerdefrei und wird weder durch internistische oder orthopädische Einschränkungen in seiner Teilhabe im Leben wesentlich beeinträchtigt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2014-02-13