

## L 8 SB 1291/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 SB 2801/01

Datum

26.02.2004

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 1291/04

Datum

19.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. Februar 2004 und der Bescheid des Beklagten vom 2. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Juli 2001 aufgehoben und der Beklagte wird verurteilt, einen GdB von 50 seit 11. Oktober 2000 festzustellen.

Die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen trägt der Beklagte

Tatbestand:

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

Bei dem 1940 geborenen Kläger stellte das Versorgungsamt Karlsruhe erstmals mit Bescheid vom 04.03.1997 Behinderungen mit einem GdB von 20 fest. Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies das Landesversorgungsamt Baden-Württemberg mit Widerspruchsbescheid vom 03.06.1997 zurück. Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) schlossen der Kläger und das beklagte Land einen Vergleich (S 7 VS 2161/97). Der GdB wegen "degenerativer Wirbelsäulenveränderungen mit Cervikal- und Lumbalsyndrom, Bandscheibenschäden, obstruktive Bronchitis, Blutdruckregulationsstörung" wurde ab 01.10.1998 auf 40 festgesetzt.

Am 11.10.2000 beantragte der Kläger eine Erhöhung des GdB wegen Verschlimmerung der bereits bekannten Behinderungen und neu aufgetretener Gesundheitsstörungen sowie außerdem die Zuerkennung des Merkzeichens G. Auf Nachfrage des Versorgungsamts Karlsruhe teilte der behandelnde Orthopäde mit, ergänzend zu den bereits bekannten Veränderungen bestünden beim Kläger u.a. noch eine Bandscheibenprotrusion in den Lendenwirbelkörpern (LWK) 4-5, ein Bandscheibenprolaps L5/S1 mit Einengung beider Foramina. Die HNO-Ärztin teilte mit, sie habe beim Kläger eine Perzeptionsschwerhörigkeit festgestellt, zudem habe der Kläger ein Ohrgeräusch im rechten Ohr angegeben. Mit Bescheid vom 02.02.2001 lehnte der Beklagte eine Erhöhung des GdB ebenso ab wie die Anerkennung des Merkzeichens G. Die vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen "Perzeptionshörstörung, Ohrgeräusch rechts, Sehschwäche" bedingten keine Funktionseinschränkung bzw. keinen Einzel-GdB von wenigstens 10 und die geltend gemachte Gesundheitsstörung "Hüftschaden" sei nicht nachgewiesen. Der Widerspruch des Klägers, den er unter Hinweis auf ein Attest des Facharztes für Neurologie Dr. U. vom 22.03.2001 begründete, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2001 zurückgewiesen.

Am 08.08.2001 hat der Kläger Klage beim SG erhoben. Das SG hat die in einem Rentenrechtsstreit vom SG eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte und das vom Orthopäden Dr. Weis erstattete Sachverständigengutachten vom 05.10.2001 beigezogen und anschließend noch die Auskunft des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Feiner vom 20.09.2002 eingeholt. Mit Urteil vom 26.02.2004 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es u.a. dargelegt, unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. Weis im Rentenverfahren und der sachverständigen Zeugenaussage des Dr. Feiner sei die Kammer der Auffassung, dass die Behinderungen des Klägers vom Beklagten ordnungsgemäß bezeichnet und bewertet worden seien. Die für den Kläger bestimmte Ausfertigung des Urteils ist seinem Prozessbevollmächtigten gegen Empfangsbekanntnis am 04.03.2004 zugestellt worden.

Am 25.03.2004 hat der Kläger Berufung eingelegt. Er ist der Auffassung, dass seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit einem GdB von 50 bis 60 bewertet werden müssten und auch die Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs G vorlägen. Bislang seien die schon seit Jahren bestehenden Gesundheitsstörungen wie Gelenkarthrose, Sehschwäche, Hörschaden, Schlaflosigkeit und Impotenz nicht berücksichtigt worden. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 05.09.2005 hat der Kläger den Nachteilsausgleich G nicht mehr geltend gemacht, aber darauf hingewiesen, dass sein Bluthochdruck trotz medikamentöser Therapie schwer einstellbar bleibe und außerdem eine

Beteiligung des Herzens vorliege. Darauf hat der Senat die mündliche Verhandlung vertagt, um weitere Ermittlungen durchzuführen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. Februar 2004 sowie den Bescheid des Beklagten vom 02. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Juli 2001 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 seit 11. Oktober 2000 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Senat hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte eingeholt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig und begründet. Der Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Neufeststellung des GdB zu Unrecht abgelehnt. Die beim Kläger bestehenden Funktionseinschränkungen rechtfertigen seit 11.10.2000 (Tag der Antragstellung) einen GdB von 50.

Der Beklagte wird seit 01.01.2005 wirksam durch das Regierungspräsidium Stuttgart (Abteilung 10) vertreten. Nach [§ 71 Abs. 5 SGG](#) wird in Angelegenheiten des Schwerbehindertenrechts das Land durch das Landesversorgungsamt oder durch die Stelle, der dessen Aufgaben übertragen worden sind, vertreten. In Baden-Württemberg sind die Aufgaben des Landesversorgungsamts durch Art 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Reform der Verwaltungsstruktur, zur Justizreform und zur Erweiterung des kommunalen Handlungsspielraums (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz - VRG -) vom 01.07.2004 (GBl S. 469) mit Wirkung ab 01.01.2005 (Art 187 VRG) auf das Regierungspräsidium Stuttgart übergegangen.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den rechtlichen und tatsächlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine wesentliche Änderung im Hinblick auf den GdB gegenüber einer vorausgegangenen Feststellung liegt nur dann vor, wenn im Vergleich zu den den GdB bestimmenden Funktionsausfällen, wie sie der letzten Feststellung des GdB tatsächlich zugrunde gelegen haben, insgesamt eine Änderung eingetreten ist, die einen um wenigstens 10 geänderten Gesamt-GdB bedingt. Dabei ist die Bewertung nicht völlig neu, wie bei der Erstentscheidung, vorzunehmen. Vielmehr ist zur Feststellung der Änderung ein Vergleich mit den für die letzte bindend gewordene Feststellung der Behinderung oder eines Nachteilsausgleichs maßgebenden Befunden und behinderungsbedingten Funktionseinbußen anzustellen. Eine ursprünglich falsche Entscheidung kann dabei grundsätzlich nicht korrigiert werden, da die Bestandskraft zu beachten ist. Sie ist lediglich in dem Maße durchbrochen, wie eine nachträgliche Veränderung eingetreten ist.

Dabei kann sich ergeben, dass das Zusammenwirken der Funktionsausfälle im Ergebnis trotz einer gewissen Verschlimmerung unverändert geblieben ist. Rechtsverbindlich anerkannt bleibt nur die festgestellte Behinderung mit ihren tatsächlichen Auswirkungen, wie sie im letzten Bescheid in den Gesamt-GdB eingeflossen, aber nicht als einzelne (Teil-)GdB gesondert festgesetzt worden sind. Auch der Gesamt-GdB ist nur insofern verbindlich, als er im Sinne des [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) bestandsgeschützt ist, nicht aber in der Weise, dass beim Hinzutreten neuer Behinderungen der darauf entfallende Teil-GdB dem bisherigen Gesamt-GdB nach den Maßstäben der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2004, (AHP) hinzuzurechnen ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29). Die Verwaltung ist nach [§ 48 SGB X](#) berechtigt, eine Änderung zugunsten und eine Änderung zuungunsten des Behinderten in einem Bescheid festzustellen und im Ergebnis eine Änderung zu versagen, wenn sich beide Änderungen gegenseitig aufheben. (BSG SozR 3 3870 § 3 Nr 5).

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt ungeeignet (vgl. Nr. 19 Abs. 1 der AHP). In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (Nr. 19 Abs. 3 der AHP). Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Nr. 19 Abs. 4 der AHP). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#)).

Unter Anwendung dieser Grundsätze und nach dem Ergebnis der vom Senat und vom SG durchgeführten Ermittlungen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass beim Kläger gegenüber den Funktionseinschränkungen, wie sie dem Bescheid vom 04.03.1997 zugrunde gelegen haben, zwischenzeitlich eine wesentliche Änderung eingetreten ist und der GdB des Klägers ab 11.10.2000 nunmehr 50 beträgt. Die wesentliche Änderung ist darin zu sehen, dass sich das Bluthochdruckleiden des Klägers derart verschlimmert hat, dass der GdB allein für diese Behinderung mindestens 20 beträgt. Im Übrigen sind die Behinderungen zwar wie bisher zu bewerten. Der sich aufgrund der Veränderungen der Wirbelsäule ergebende Einzel-GdB von 40 ist aber zu erhöhen, da die mittelschwere Form des seit Oktober 2000 beim Kläger bestehenden Bluthochdrucks die Gesamtbehinderung des Klägers so vergrößert, dass dem durch Anhebung des GdB von 40 auf 50 Rechnung zu tragen ist.

Die Bewertung des Bluthochdrucks hängt maßgeblich davon ab, ob bereits eine Organbeteiligung (Augenhintergrundveränderung, Linkshypertrophie des Herzens) vorliegt oder ob trotz Behandlung der diastolische Blutdruck mehrfach über 100 mmHg (Millimeter-Quecksilbersäule) betragen hat (AHP Kap. 26.9. Seite 75). Beides ist hier der Fall. Die kardiologische Untersuchung des Klägers beim Facharzt für Innere Medizin Dr. Bopp im Mai 2001 hat den echokardiographischen Nachweis einer kardial kompensierten hypertensiven Herzerkrankung erbracht. Die Untersuchung ergab zwar keinen Hinweis auf eine kardiale Leistungseinschränkung oder therapiebedürftige Herzrhythmusstörungen, so dass dies allein nur die Annahme einer leichten bis höchstens mittelschweren Erkrankungsform mit geringer Leistungsbeeinträchtigung rechtfertigen würde. Dr. Bopp hat aber in seiner Auskunft gegenüber dem Senat (Schreiben vom 13.02.2006) wie auch in seinem Arztbrief vom 07.05.2001 (Bl. 32 der SG-Akte) darauf hingewiesen, dass beim Kläger eine ausgeprägte arterielle Hypertonie auch unter Therapie vorliegt. Diesen Befund stützte er auf eine 24-Stunden-RR-Messung. Dabei wurde ein maximaler diastolischer Blutdruck 120 mmHg, ein mittlerer Blutdruck in den Tagesstunden 180/100 mmHg und in den Nachtstunden noch ein mittlerer Blutdruck 160/90 mmHg gemessen. Dass es sich nicht nur um eine vorübergehende Erhöhung des Blutdrucks handelte, zeigt insbesondere die Aufstellung des Allgemeinarztes Dr. Reinbach (Bl. 92 der LSG-Akte), der Blutdruckwerte von 160/90 mmHg bis 210/110 mmHg in den Jahren 2002 bis 2005 bestätigt. Auch Dr. Hauck erinnerte sich in seiner Stellungnahme gegenüber dem Senat (Bl. 86 der LSG-Akte) daran, dass die diastolischen Werte mehrmals über 100 mmHg lagen. Im Gegensatz zum Beklagten, der dadurch noch nicht den Nachweis erbracht sieht, dass eine als dauerhaft zu bewertende Beeinträchtigung vorliegt und eine aktuelle 24-Stunden-Blutdruckmessung für aussagekräftiger hält (versorgungsärztliche Stellungnahme Dr. Götz vom 23.01.2006), hält der Senat die Mitteilungen der behandelnden Ärzte für hinreichend aussagekräftig, um hieraus den Schluss zu ziehen, dass beim Kläger eine mittelschwere Form des Bluthochdrucks mit einem GdB von 20 besteht. Weitere Ermittlungen hält der Senat deshalb nicht für erforderlich, zumal dem Kläger - wie er in der mündlichen Verhandlung am 05.09.2005 angegeben hat - vor allem an einer Erhöhung des GdB auf 50 ab Antragstellung gelegen ist und eine aktuelle Blutdruckmessung kaum Schlussfolgerungen für das Jahr 2000 zulässt.

Dieser Bluthochdruck lag spätestens zum Zeitpunkt der Stellung des Neufeststellungsantrages am 11.10.2000 vor. Dies ergibt sich aus einem Attest des Internisten Dr. Hauck vom 12.10.2005 (Bl. 91 der LSG-Akte). Dr. Hauck bescheinigt darin, dass der Kläger bereits 1999/2000 an einem schwer einstellbaren Hypertonus gelitten hat. Damit liegt beim Kläger seit spätestens Oktober 2000 ein als mittelschwer zu bezeichnender Bluthochdruck vor. Denn es ist zur Überzeugung des Senats nachgewiesen, dass der diastolische Wert trotz Behandlung mehrmals über 100 mmHg betragen hat. Dies bedingt nach den AHP (Kap. 26.9 Seite 75) einen GdB von 20 bis 40 je nach Leistungseinschränkung und führt selbst unter der Voraussetzung, dass der GdB für die Hypertonie nur mit 20 zu bewerten wäre, zu einer Anhebung des Gesamt-GdB von 40 auf 50. Denn die Wirbelsäulenveränderungen und das Bluthochdruckkleiden überschneiden sich in ihren Auswirkungen nicht.

Im Übrigen hat sich eine wesentliche Änderung, die zu einer weiteren Anhebung des GdB auf mehr als 50 führen könnte, nicht ergeben.

Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule rechtfertigen auch weiterhin keinen höheren Einzel-GdB als 40. Nach den AHP (Kapitel 26.18 Seite 116) wäre für eine Höherstufung erforderlich, dass besonders schwere Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule) vorliegen. Eine solche Einschränkung lässt sich keinem ärztlichen Befundbericht und keiner Auskunft der behandelnden Ärzte entnehmen und ist daher nicht nachgewiesen. Da nicht auf das Vorliegen von Gesundheitsstörungen abzustellen ist, sondern auf die sich daraus ergebenden Funktionseinbußen, ist unerheblich, dass beim Kläger weitere Bandscheibenschäden hinzugekommen sind.

Die chronische Bronchitis, an der der Kläger leidet, führt allenfalls zu einem Einzel-GdB von 10. So hat Dr. Reinbach in seiner schriftlichen Stellungnahme gegenüber dem Senat vom 27.10.2004 mitgeteilt, er behandle den Kläger seit Februar 2002. In dieser Zeit sei es einmal zu einer akuten Exacerbation gekommen. Dies zeigt, dass es sich um eine leichte Form der Bronchitis handelt, die mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten ist (AHP Kapitel 26.7 Seite 67).

Die im Berufungsverfahren als Behinderung geltend gemachte erektile Dysfunktion ist nicht nachgewiesen. Zwar hat der Kläger deshalb am 20.02.1997 eine Spezialsprechstunde im Krankenhaus St. Trudbert in Pforzheim aufgesucht. Damals ist dem Kläger eine befristete Hormongabe empfohlen worden. Wie der Beklagte aber zu Recht ausgeführt hat (Stellungnahme Dr. Franke vom 22.07.2005), fehlen medizinische Befunde, die den Schluss zulassen, dass eine dauerhafte Beeinträchtigung geblieben ist. Die vom Senat befragten Ärzte, bei denen der Kläger in Behandlung ist, haben hierüber nichts berichtet.

Ebenfalls nicht nachgewiesen ist eine Hörstörung in nennenswertem Umfang. Zwar hat die HNO-Ärztin Dr. Scheibner gegenüber dem Beklagten im Attest vom 14.07.2000 von einer Perzeptionsschwerhörigkeit (Innenohrschwerhörigkeit) berichtet, aber keine Angaben über das Ausmaß der Hörstörung gemacht, sondern vielmehr den HNO-Status ausdrücklich als regelrecht beschrieben.

Eine Sehstörung kann ebenfalls nicht als Behinderung berücksichtigt werden. Bei einer Einschränkung des Sehvermögens kommt es entscheidend auf die korrigierte Sehschärfe an (AHP Kapitel 26.4 Seite 50). Der Umstand, dass der Kläger zur Verbesserung seiner Sehfähigkeit eine Brille tragen muss, ergibt noch keinen GdB.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-07-27