

L 6 SB 4085/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 16 SB 4297/03

Datum
27.07.2005

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 4085/05

Datum
15.03.2007

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juli 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Der 1953 geborene Kläger beantragte am 25.05.2001 beim Versorgungsamt Stuttgart (VA) erstmals die Feststellung seines GdB mit der Begründung, er leide u. a. unter einer koronaren Herzkrankheit und einem Diabetes. Das VA holte die Auskunft der Allgemeinmedizinerin J. vom 17.07.2001 ein. Diese übersandte u. a. den Reha-Entlassungsbericht des Gesundheitszentrums B. W. vom 15.05.2001 über das Heilverfahren vom 10.04.2001 bis 15.05.2001 sowie Arztbriefe des Kardiologen Dr. K., der Internistin Dr. F. und von Prof. Dr. S., Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin III des R.-B.-Krankenhauses in S. (koronare 2-Gefäßerkrankung, Zustand nach Hinterwandinfarkt 9/99, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II b).

Aus den Unterlagen ergibt sich, dass wegen der koronaren Herzkrankheit am 14.12.1999, 24.01.2000, 26.04.2000, 01.08.2000 sowie 10.10.2000 Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt wurden. Am 24.01.2000 erfolgte eine PTCA, am 26.04.2000 eine Stentimplantation. Der Orthopäde Dr. W. beschrieb im Arztbrief vom 22.11.1999 ein Halswirbelsäulen(HWS)-Syndrom mit Cervicobrachialgie beidseits. Nach Einholung einer versorgungsärztlichen (vā) Stellungnahme von Dr. L. stellte das VA mit Bescheid vom 17.10.2001 einen GdB von 30 fest, wobei die Funktionsbeeinträchtigungen "koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Bluthochdruck" sowie "Diabetes mellitus" berücksichtigt wurden. Die Funktionsbeeinträchtigungen bedingten nach der vā Stellungnahme jeweils einen Teil-GdB von 20.

Am 05.07.2002 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB. Er gab an, er habe zwei Herzinfarkte erlitten und sei dadurch berufsunfähig. Das VA holte die Auskunft der Allgemeinmedizinerin J. vom 11.09.2002 ein. Diese teilte mit, der Kläger sei seit dem Herzinfarkt im September 1999 arbeitsunfähig. Sie fügte u. a. Arztbriefe von Dr. F. vom 14.01.2002, 22.03.2002 und 22.08.2002 bei. Danach bestanden nach den Herzkatheteruntersuchungen und einem weiteren erfolglosen Rekanalisationsversuch der RCA am 20.11.2000 erfreulicherweise stabile Verhältnisse. Der Kläger sei am Fahrradergometer bis 150 Watt belastbar gewesen. Dr. M. vertrat in der vā Stellungnahme vom 16.10.2002 die Auffassung, eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10 sei zusätzlich zu berücksichtigen. Der Gesamt-GdB betrage weiterhin 30. Das VA lehnte daraufhin mit Bescheid vom 12.11.2002 den Antrag auf Neufeststellung des GdB mit der Begründung ab, es sei zwar eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule zusätzlich zu berücksichtigen, ein höherer GdB ergebe sich jedoch nicht. Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.07.2003 zurück.

Gegen den am 14.07.2003 bei dem Prozessbevollmächtigten des Klägers eingegangenen Widerspruchsbescheid erhob der Kläger am 14.08.2003 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Er beehrte die Feststellung eines GdB von mindestens 50 und teilte mit, er leide u. a. an einem Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndrom, einer beginnenden Coxarthrose und einer Polyneuropathie.

Das SG hörte den Kardiologen Dr. K., die Allgemeinärztin J. sowie den Orthopäden Dr. W. schriftlich als sachverständige Zeugen. Nachdem der Kläger eine weitere Verschlechterung der Herzerkrankung geltend gemacht hatte, hörte das SG auch noch den nunmehr behandelnden Kardiologen Dr. K ... Dieser berichtete über einen positiven Ischämienachweis ab einer Belastungsstufe von 100 Watt. Nach dem vom Kläger vorgelegten Arztbrief von Prof. Dr. S. vom 08.09.2004 erfolgte am 07.09.2004 eine weitere Herzkatheteruntersuchung, bei der eine koronare Dreifäßerkrankung (RCA 100%, RIVA 60%, RD 70%, Mx 70%) mit diffuser Beteiligung und eingeschränkter linksventrikulärer

Funktion erhoben wurde. Prof. Dr. S. teilte als sachverständiger Zeuge unter dem 21.11.2004 mit, es sei von einer Progredienz der stenosierenden koronaren Herzkrankheit auszugehen. Der Bewertung mit einem GdB von 20 könne aus kardiologischer Sicht gefolgt werden.

Das SG holte dann das internistische Gutachten von Dr. S. vom 13.04.2005 mit dem chirurgisch-orthopädischen Zusatzgutachten von Dr. N. vom 05.04.2005 ein. Die Gutachter stellen folgende Diagnosen:

- Herzkranzgefäßerkrankung, Zustand nach Herzinfarkt, 3-Gefäßerkrankung nach mehrfach letztlich erfolglosen Interventionen, Bluthochdruck - Diabetes mellitus Typ II b, medikamentös eingestellt, Polyneuropathie - Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule mit Funktionseinschränkungen. Verschleißzeichen an den Hüftgelenken mit leicht eingeschränkter Innendrehung.

In Übereinstimmung mit dem Beklagten bewertete Dr. S. den Diabetes mellitus mit einem Teil-GdB von 20, wobei er darauf hinwies, dass die Diagnose einer Polyneuropathie nicht gesichert sei. Für die koronare Herzerkrankung hielt er einen Teil-GdB von 40 für angemessen. Zur Begründung teilte er mit, der Kläger habe ergometrisch nur bis 75 Watt belastet werden können. Auf dieser Belastungsstufe seien noch keine EKG-Veränderungen sichtbar gewesen. Beim Abbruch der Untersuchung durch den Kläger sei der Eindruck der Verdeutlichung entstanden. Gleichwohl sei die Belastungsgrenze bei 75 Watt nachvollziehbar, da bei 100 Watt auf jeden Fall mit verschiedenen Methoden Ischämiezeichen erkennbar gewesen seien. Für die tatsächliche Belastbarkeit im Alltags- und Berufsleben sei außerdem zu berücksichtigen, dass subjektiv eine Verunsicherung durch die erfolglosen interventionellen Behandlungsversuche und die fehlende Operationsmöglichkeit bestehe. Aus diesem Grund sei ab Mai 2004 - ausgehend von einem Bewertungsrahmen von 20 bis 40 nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Ausgabe 2004 (AP) - ein Teil GdB von 40 für die koronare Herzkrankheit angemessen.

Dr. N. diagnostizierte auf orthopädischem Fachgebiet "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke" und bewertete dies Funktionsstörungen, deren Schweregrad er als "geringfügig-leicht" bezeichnete, mit einem GdB von 10.

Zum Gesamt-GdB führte Dr. S. aus, aus einem Teil-GdB von 40 für die Herzerkrankung und einem Teil-GdB von 20 für den Diabetes resultiere ein GdB-Wert von 40 oder 50. Weil der Diabetes keine Überschneidung mit der koronaren Herzkrankheit aufweise, sondern als zusätzlicher Risikofaktor eher eine Verstärkung derselben bewirke und außerdem noch ein weiterer leichter GdB-Wert von 10 vorliege, sei von einem Gesamt-GdB von 50 auszugehen.

Der Beklagte legte hierzu die vā Stellungnahme von Medizinaldirektor (MedDir) D. vom 28.06.2005 vor. Dieser führte aus, ein GdB von 20 bis 40 komme nach den AP erst in Betracht bei einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung mit Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt. Selbst diese Kriterien lägen beim Kläger nicht vor. Ein GdB von 40 für das Herzleiden werde keinesfalls erreicht. Mit Schreiben vom 04.07.2005 erklärte sich der Beklagte vergleichsweise bereit, das Bestehen einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ab 05.07.2002 anzuerkennen und die außergerichtlichen Kosten zu 1/8 zu erstatten. In der mündlichen Verhandlung am 27.07.2005 gab er ein entsprechendes Teilanerkennnis ab, das der Kläger annahm.

Mit Urteil vom 27.07.2005 wies das SG die auf Feststellung eines GdB von mindestens 50 gerichtete Klage ab. Zur Begründung wird im Einzelnen ausgeführt, dass die Herzerkrankung des Klägers mit einem GdB von 20 nach wie vor ausreichend und angemessen bewertet sei.

Gegen das am 02.09.2005 gegen Empfangsbekennnis zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 04.10.2005 Berufung eingelegt. Er beruft sich auf die Ausführungen von Dr. S ...

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27.07.2005 sowie den Bescheid vom 12.11.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.07.2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, den GdB mit mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Gericht hat nochmals Dr. K. und Allgemeinmedizinerin J. als sachverständige Zeugen gehört. Dr. K. teilte unter dem 30.06.2006 mit, er habe den Kläger seit 24.07.2003 nicht mehr behandelt. Allgemeinmedizinerin J. berichtete unter dem 14.07.2006, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich seit September 2003 nicht wesentlich verändert. Es seien kardiologische, augenärztliche und orthopädische Untersuchungen sowie eine teilstationäre Behandlung in der Diabetesabteilung der Inneren Medizin im B.hospital S. erfolgt. Diesbezüglich legte sie Arztbriefe vor. Nach dem Arztbrief von Dr. K. vom 22.06.2005 liegen von seiten des Herzens unverändert stabile Verhältnisse vor. Der Kläger habe eine weitere Fahrradergometrie bei 100 Watt wegen Belastungsdyspnoe und Angina pectoris abgebrochen. Nach der vā Stellungnahme von Dr. W. vom 05.09.2006 ergeben sich daraus keine neuen Gesichtspunkte, die eine Erhöhung des GdB für die koronare Herzkrankheit rechtfertigen würden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. §§ 143, 144 SGG statthafte und nach § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gem. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig.

Die Berufung ist aber unbegründet. Die Feststellung eines höheren GdB als 30 ist beim Kläger nicht gerechtfertigt.

Das SG hat die maßgeblichen Rechtsvorschriften, nach denen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden den GdB feststellen, umfassend und zutreffend dargestellt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird insoweit auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils verwiesen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt nach § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zu Gunsten des Betroffenen erfolgt (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X).

Diese Voraussetzungen für eine Neufeststellung des GdB liegen nicht vor. Ebenso wie das SG kommt der Senat bei nochmaliger Überprüfung des Sachverhalts anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen zu dem Ergebnis, dass eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes des Klägers gegenüber den Verhältnissen, die bei der erstmaligen Feststellung des GdB durch Bescheid vom 17.10.2001 vorgelegen haben, nicht eingetreten ist. Insbesondere hat sich die koronare Herzerkrankung des Klägers nicht so sehr verschlechtert, dass eine Erhöhung des GdB aus diesem Grunde gerechtfertigt wäre. Dabei geht der Senat ebenso wie das SG davon aus, dass ab Mai 2004 eine gewisse Verschlechterung der kardialen Belastbarkeit des Klägers sowie der objektiven Befunde im Bereich des Herzens dokumentiert ist. Dies ergibt sich aus der sachverständigen Zeugenauskunft von Prof. Dr. S. an das SG vom 21.11.2004, wonach bei einem Vergleich der Herzkatheteruntersuchungen aus dem Jahr 2000 mit der aktuellen Herzkatheteruntersuchung von einer Progredienz der stenosierenden koronaren Herzkrankheit gesprochen werden könne. Der Kläger klagte seit Mai 2004 verstärkt über Angina pectoris, wie sich aus dem Protokoll über die Herzkatheteruntersuchung am 07.09.2004 ergibt. Dementsprechend berichtete der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. S., er habe Schmerzen, wenn er eine Kiste Wasser trage oder etwas schneller laufe. Die 11 Treppenstufen in seinem Haus könne er bewältigen, er müsse jedoch langsam tun. Falls die Beschwerden andauern würden, würde er ein Nitro-Spray benutzen. Daraufhin würden sich die Beschwerden bessern.

Im Gegensatz zu der Beurteilung durch Dr. S. ist der Senat der Überzeugung, dass die koronare Herzerkrankung des Klägers trotz der durch die genannten Befunde dokumentierten Progredienz mit einem Teil-GdB von 20 weiterhin ausreichend bewertet ist. Bei der Bewertung waren die AP zu berücksichtigen. Diese besitzen zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken und haben deshalb normähnliche Auswirkungen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.09.2004, L 6 SB 122/04 m.w.N.)

Für die Bemessung des GdB bei Herz- und Kreislaufkrankheiten ist nach den AP weniger die Art der Erkrankung maßgeblich als die nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Es ist zunächst grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße (AP Nr. 26.9, Seite 71). Krankheiten des Herzens "ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7 bis 8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung" sind danach mit einem GdB von 0 bis 10, Krankheiten "mit Leistungsbeeinträchtigungen bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5 bis 6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten)" mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten.

Höhere GdB-Werte sind bei Leistungsbeeinträchtigungen bei alltäglicher leichter Belastung (GdB 50 bis 70) bzw. bereits in Ruhe (GdB 90 bis 100) festzustellen.

Aus den oben genannten Befunden ergibt sich, dass beim Kläger eine koronare Herzerkrankung mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung vorliegt, die einen GdB von 20 bis 40 nach den AP rechtfertigt. Die Annahme einer solchen Leistungsbeeinträchtigung ist aufgrund der anamnestischen Angaben des Klägers bei der Untersuchung durch Dr. S. gerechtfertigt, obwohl bei der von Dr. S. durchgeführten Ergometerbelastung mit 75 Watt keine pathologischen Messdaten auftraten.

Im Gegensatz zu der Beurteilung von Dr. S. ist es jedoch nicht gerechtfertigt, den vorgegebenen Rahmen eines GdB von 20 bis 40 auszuschöpfen. Vielmehr ist unter Berücksichtigung der vorliegenden objektivierten pathologischen Befunde weiterhin von einem Teil-GdB von 20 auszugehen. Nach dem zuletzt übersandten Arztbrief von Dr. K. vom 22.06.2005 über die kardiologische Kontrolluntersuchung lagen stabile Verhältnisse vor. Es traten zwar wiederum bei einer Belastung von 100 Watt Angina pectoris und Belastungsdyspnoe auf. Signifikante ST-Veränderungen oder Ischämiezeichen waren dagegen nicht festzustellen. Es wird eine gute globale systolische linksventrikuläre Funktion und lediglich eine leichte Hypertrophie beschrieben. Ein ähnlicher Befund wurde bereits während der Rehabilitationsmaßnahme im Gesundheitszentrum B. W. vom 10.04.2001 bis 15.05.2001 erhoben. Damals wurde ebenfalls eine Belastung bis 100 Watt durchgeführt, bei der keine ischämietypischen Endstreckenveränderungen, jedoch starke subjektive Angina pectoris-Beschwerden auftraten. Folgerichtig wurde in dem Entlassungsbericht über diese Maßnahme die Auffassung vertreten, dass der Kläger mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr verrichten könne. Für leichte körperliche Tätigkeiten wurden keine Einschränkungen gesehen. Trotz der bei der Herzkatheteruntersuchung im September 2004 festgestellten Verschlechterung der Gefäßsituation hat sich somit die klinische Situation seit der erstmaligen Feststellung des GdB nicht wesentlich verändert. Zwischenzeitlich lagen sogar bessere Verhältnisse vor, was sich aus den Arztbriefen von Dr. K. über eine Belastbarkeit bis 150 Watt ohne pathologische Veränderungen ergibt.

Bei weiterhin stabilen Verhältnissen und Fehlen eines eindeutigen Ischämienachweises kann ein höherer GdB als 20 nicht begründet werden.

Die Ausführungen von Dr. S. entsprechen aus den genannten Gründen nicht den Kriterien, die in den AP niedergelegt sind. Insbesondere ist die subjektive Verunsicherung durch erfolglose interventionelle Behandlungsversuche und die fehlende Operationsmöglichkeit nicht GdB-erhöhend zu berücksichtigen, da nach Auffassung von Dr. S. keine psychische Störung von Krankheitswert vorliegt. Die mit dem Herzleiden

normalerweise verbundenen seelischen Belastungen sind in den AP bei der Höhe der jeweiligen GdB-Werte bereits berücksichtigt, worauf MedDir D. in seiner vā Stellungnahme vom 28.06.2005 zutreffend hinweist. Auch die bei der Herzkatheteruntersuchung am 07.09.2004 festgestellte geringe linksventrikuläre Funktionseinschränkung rechtfertigt nach Überzeugung des Senats keine höhere Bewertung des GdB, da Dr. K. in seinem letzten Befundbericht vom 22.06.2005 eine gute linksventrikuläre Funktion beschrieben hat und auch Prof. Dr. S. in Kenntnis der bei der letzten Herzkatheteruntersuchung erhobenen Befunde diese GdB-Bewertung teilt.

Neben der Herzerkrankung waren weiterhin der Diabetes-mellitus mit einem Teil-GdB von 20 sowie die Wirbelsäulenerkrankung mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen. Der Senat folgt insoweit den überzeugenden und nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter Dr. S. und Dr. N ... Einwendungen hiergegen wurden nicht vorgebracht. Daraus ergibt sich nach den AP auch weiterhin ein Gesamt-GdB in Höhe von 30.

Aus den genannten Gründen war die Berufung zurückzuweisen.

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

Für die Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-19