

L 8 SB 1623/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 16 SB 1869/03
Datum
23.03.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1623/05
Datum
21.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23. März 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der am 1935 geborene Kläger begehrt die Neufeststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX).

Bei dem Kläger stellte das Versorgungsamt Stuttgart (VA) mit Bescheid vom 18.08.1993 wegen eines Lendenwirbelsäulen-Syndroms mit ischialgieformen Ausstrahlungen ins linke Bein, Bandscheibenoperationen (Teil-GdB 30), Herzinsuffizienz (Teil-GdB 30), einer Hiatushernie sowie Refluxoesophagitis (Teil-GdB 10) den Gesamt-GdB mit 50 fest.

Am 19.08.2002 stellte der Kläger beim VA einen Antrag auf Erhöhung des GdB wegen neu aufgetretener Gesundheitsstörungen (Bandscheibenvorfall L3/L4, Herzinfarkt, Bypass-Operation). Das VA zog medizinische Befundunterlagen bei (Entlassungsbrief des Robert-Bosch-Krankenhauses vom 07.03.2002, Befundbericht des Dr. W. vom 02.09.2002, Bericht der Fachklinik Sonnenhof vom 24.10.2001, Berichte des Städtischen Krankenhauses Sindelfingen vom 10.12.2001 und 15.02.2002 sowie Bericht des Gesundheitszentrums B. W. vom 28.03.2002) und ließ diese versorgungsrärztlich auswerten (Dr. Sch. vom 21.10.2002).

Ausgehend von einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (Teil-GdB 30), Herzleistungsminderung, abgelaufenem Herzinfarkt, Bluthochdruck, koronarem Bypass (Teil-GdB 30), Leistenbruch, Refluxkrankheit der Speiseröhre (Teil-GdB 20) sowie Diabetes mellitus - mit Diät oder oralen Antidiabetika einstellbar - (Teil-GdB 20) entsprach das VA dem Antrag des Klägers auf Neufeststellung des GdB nicht. Die Verhältnisse, die der letzten maßgeblichen Feststellung zugrunde gelegen hätten, hätten sich durch das Hinzukommen weiterer Funktionsbeeinträchtigungen zwar geändert. Auswirkungen auf den bereits festgestellten GdB ergäben sich hierdurch jedoch nicht (Bescheid vom 12.11.2002).

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 02.12.2002 Widerspruch ein. Er machte zur Begründung geltend, eine ernsthafte Prüfung seines Antrages müsse er bezweifeln. Wenn der versorgungsrärztliche Dienst einen erneuten Bandscheibenvorfall sowie zwei Herzinfarkte mit anschließender Bypass-Operation mit "Null" bewerte, müsse er nicht nur an deren Fachkenntnissen, sondern auch am Bewertungssystem zweifeln. Nicht nur durch die bereits vorhandenen Behinderungen, sondern auch durch die neuen Funktionsbeeinträchtigungen gehe ein großer Teil der Lebensqualität verloren. Außerdem sei ein chronisches Asthma nicht berücksichtigt. Dagegen sei ihm von einem Leistenbruch bis zum heutigen Tag nichts bekannt. Nach Einholung der versorgungsrärztlichen Stellungnahme von Dr. R. Sch. vom 21.02.2003 wurde der Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamtes Baden-Württemberg vom 11.03.2003 zurückgewiesen. Das Wirbelsäulenleiden und die Herzerkrankung seien im Wesentlichen unverändert geblieben und mit einem Teil-GdB von jeweils 30 zutreffend bewertet. Die Hiatushernie rechtfertige unter Mitberücksichtigung der Refluxkrankheit wie der Diabetes mellitus jeweils einen Teil-GdB von 20. Die letzten beiden Funktionsstörungen führten aber als leichte Gesundheitsstörungen zu keiner wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung und damit zu keinem höheren Gesamt-GdB als 50.

Hiergegen erhob der Kläger am 14.04.2003 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage. Er machte unter Bezugnahme auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren zur Begründung geltend, die Ablehnung der Erhöhung des GdB sei nicht gerechtfertigt und könne von ihm so nicht akzeptiert werden.

Das SG hörte Dr. B., Dr. F. und Dr. U. schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Orthopäde Dr. B. teilte in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 05.08.2003 den Behandlungsverlauf sowie die Diagnosen mit. Er schätzte beim Kläger den Teil-GdB wegen eines Postnukleotomiesyndroms und des neu eingetretenen Bandscheibenvorfalles auf jeweils 30 sowie den Gesamt-GdB auf 50 ein. Die Internistin und Kardiologin Dr. F. teilte unter Vorlage von Arztbriefen und Befundberichten in ihrer Stellungnahme vom 18.08.2003 die erhobenen Befunde mit. In den Gesundheitsstörungen sei seit 1993 eine erhebliche Verschlechterung aufgetreten. Auf kardiologischem Gebiet erscheine ein GdB von 50, hinsichtlich des Bandscheibenprolapses ein GdB von 40 und bezüglich der Refluxkrankheit der Speiseröhre ein GdB von 30 bis 40 angemessen. Der Gesamt-GdB betrage mindestens 60 bis 70. Dr. U. berichtete in seiner Stellungnahme vom 28.08.2003 über den Verlauf einer stationären Behandlung des Klägers vom 22.02.2002 bis 06.03.2002.

Die Beklagte trat unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 10.11.2003 der Klage entgegen.

Das SG holte von Amts wegen das internistisch-kardiologische Gutachten des Dr. M., St., vom 08.02.2004 ein. Er diagnostizierte in seinem Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers und technischen Zusatzuntersuchungen eine koronare Herzerkrankung bei Zustand nach Bypass-Operation, einen Diabetes mellitus und degenerative Knochen-Skelettveränderungen. Der Sachverständige gelangte zusammenfassend zu der Bewertung, es bestehe ein gutes Ergebnis bei Zustand nach koronarer Bypass-Operation. Die körperliche Belastbarkeit sei als altersentsprechend anzusehen. Der Diabetes mellitus erscheine unter der derzeitigen Therapie nicht ausreichend eingestellt. Die koronare Herzerkrankung sei als geringfügig bis leicht einzuschätzen. Der Diabetes mellitus sei von mittlerem Schweregrad, wobei eine definitive Stellungnahme erst nach erfolgreicher Behandlung sinnvoll erscheine. Hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung sei nach den AHP formal ein GdB von höher als 10 nicht anzusetzen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des abgelaufenen Herzinfarktes, des Bluthochdrucks, der Bypass-Operation und bestehender Herzrhythmusstörungen sei ein GdB von 30 in keiner Weise zu beanstanden. Hinsichtlich des Diabetes erscheine ein GdB von 20 bis zum Abschluss der Therapie angemessen. Eine Refluxkrankheit der Speiseröhre mit Hiatushernie habe jetzt nicht festgestellt werden können. Wegen der fachfremden Lendenwirbelsäulenbeschwerden werde der GdB von 30 übernommen. Der Gesamt-GdB aller Leiden werde unter Annahme eines Teil-GdB von 30 für die Gesamtheit der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf 50 eingeschätzt.

Mit Urteil vom 23.03.2005 wies das SG die Klage ab. Die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers könnten nicht mit einem höheren GdB als 50 bewertet werden. Hinsichtlich der Wirbelsäulenerkrankung sei ein GdB von 30 zu berücksichtigen. Für die Refluxerkrankung der Speiseröhre mit Hiatushernie sowie die Diabetes mellitus-Erkrankung sei jeweils ein GdB von 20 in Ansatz zu bringen. Die Herzerkrankung des Klägers sei allenfalls mit einem GdB von 10 zu berücksichtigen. Weitere GdB-pflichtige Gesundheitsstörungen lägen beim Kläger nicht vor. Die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers seien mit einem GdB von 50 nach wie vor angemessen und ausreichend berücksichtigt. Der Hilfsantrag, ein Gutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einzuholen, sei abzulehnen.

Gegen das am 14.04.2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25.04.2005 Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, das SG habe seinen Gesundheitszustand nicht hinreichend berücksichtigt und aufgeklärt. Auf orthopädischem Gebiet sei ein Einzel-GdB von mindestens 50 festzustellen. Unter Berücksichtigung der bereits festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen auf kardiologischem Gebiet sei ein Gesamt-GdB von mindestens 60 durchaus angemessen. Die Ablehnung des Hilfsantrages auf Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) sei unhaltbar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23. März 2005 sowie den Bescheid des Beklagten vom 12. November 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. März 2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm den Grad der Behinderung mit mindestens 60 seit 19. August 2002 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil des SG für zutreffend.

Der Senat hat entsprechend dem im Berufungsverfahren aufrechterhaltenen Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das orthopädische Gutachten des Priv.-Doz. Dr. K.r., Städtisches Krankenhaus S., vom 09.11.2005 eingeholt. Der Sachverständige diagnostizierte nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers auf orthopädischem Gebiet ein Postdiskotomiesyndrom nach Nukleotomie L4/5 1972, einen Bandscheibenvorfall der LWS L3/4, eine Bandscheibendegeneration L5/S1, ein chronisches HWS-Syndrom bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der HWS sowie den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettendegeneration der linken Schulter. Die chronische Erkrankung der LWS mit schweren Funktionseinschränkungen bewertete er mit einem Teil-GdB von 30, die chronische Erkrankung der HWS mit leichten Funktionseinschränkungen mit einem Teil-GdB von 10 und die chronische Rotatorenmanschettendegeneration der linken Schulter mit leichten Funktionseinschränkungen mit einem Teil-GdB von 10. Auf orthopädischem Gebiet schätzte er den GdB auf 40 und unter Berücksichtigung der außerhalb des orthopädischen Gebiet angenommenen Ansätze den Gesamt-GdB auf 60 ab dem 09.06.2004.

Der Senat hat den Nachfolger der Dr. F., den Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie/Pneumologie Dr. W. Würden zu Veränderungen des Gesundheitszustandes des Klägers insbesondere auf kardiologischem Fachgebiet schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. W. teilte in seinen schriftlichen Stellungnahmen vom 07.08.2006 und 15.08.2006 unter Vorlage von Befundberichten und Arztbriefen mit, der Kläger sei vom 26.03.2006 bis 05.04.2006 wegen eines Herpes zoster im Bereich des Nervus trigeminus stationär in der neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Sindelfingen behandelt worden. Weiter teilte er die von ihm erhobenen kardiologischen Befunde mit. Danach habe sich echocardiographisch am 26.04.2006 eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte Pumpfunktion des linken Ventrikels gezeigt. Am 07.04.2006 seien deutliche Beinschwellungen aufgefallen, die durch die Funktionseinbuße des Herzens hätten erklärt werden können. Er bewertete den Teil-GdB für die kardiale Erkrankung des Klägers mit 50.

Der Senat hat weiter - auf Anregung des Klägerbevollmächtigten - Priv.-Doz Dr. A., Städtisches Krankenhaus Sindelfingen, schriftlich als

sachverständigen Zeugen gehört. Er teilte in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 08.11.2006 die erhobenen Befunde und den Verlauf der stationären Behandlung des Klägers vom 26.03.2006 bis 05.04.2006 mit. Zu Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur vorübergehender Art führte er aus, zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes hätten solche Funktionsbeeinträchtigungen durch eine am ehesten diabetische Polyneuropathie sowie durch ein Sulcus ulnaris-Syndrom links geringen Ausmaßes vorgelegen. Den GdB während des stationären Aufenthaltes schätzte er wegen der diabetischen Polyneuropathie mit Gleichgewichtsstörungen und dem Sulcus ulnaris-Syndrom links auf 10 ein. Der Herpes zoster habe zu keinem Zeitpunkt eine Behinderung dargestellt.

Der Kläger hat zu den durchgeführten Ermittlungen Stellung genommen und sieht sich in seinem Begehren bestätigt.

Der Beklagte ist der Berufung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 31.03.2006, 09.10.2006 und 12.02.2007 weiter entgegen getreten. In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.02.2007 wurde zuletzt wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (Teil-GdB 30), eine Refluxkrankheit der Speiseröhre, Speiseröhrengleitbruch (Teil-GdB 20), einem Diabetes mellitus - mit Diät oder oralen Antidiabetika einstellbar - (Teil-GdB 20), einer Herzleistungsminderung, abgelaufenem Herzinfarkt, Bluthochdruck, koronarer Bypass, Herzrhythmusstörungen (Teil-GdB 10), einer Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes (Teil-GdB 10) und einer Polyneuropathie (Teil-GdB 10) der Gesamt-GdB weiterhin mit 50 bewertet.

In einem Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 20.07.2007 hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass die Berufung keine Erfolgsaussichten haben dürfte. Die Beteiligten haben sich in diesem Termin mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf ein Band Akten des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid des Beklagten ist nicht rechtswidrig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 50.

Der Beklagte wird seit 01.01.2005 wirksam durch das Regierungspräsidium Stuttgart 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.

Das Begehren des Klägers beurteilt sich zunächst nach [§ 48 SGB X](#). 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).

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-GdB 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](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen und nach dem Ergebnis der vom SG und im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass sich die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers seit dem Bescheid vom 18.08.1993 nicht in einem Ausmaß verschlimmert haben, dass eine Erhöhung des GdB auf 60 oder mehr gerechtfertigt ist. Der Senat verweist nach eigener

Überprüfung auf die vom SG im angefochtenen Urteil gemachten Ausführungen, die er sich zur Begründung seiner eigenen Entscheidung vollumfänglich zu eigen macht und auf die er zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend und im Hinblick auf das Berufungsverfahren bleibt auszuführen:

Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und der Bandscheibenschaden des Klägers bedingen weiterhin einen bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigenden GdB von 30. Auch der Sachverständige Priv.-Doz. Dr. K. gelangte in seinem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten zu dem Ergebnis, dass beim Kläger bezüglich der Lendenwirbelsäule schwere Funktionseinschränkungen vorliegen, die er entsprechend den AHP mit einem Teil-GdB von 30 bewertete. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig. Soweit er weiter eine chronische Erkrankung der Halswirbelsäule des Klägers festgestellt hat, liegen nach seiner Bewertung nur leichte Funktionseinschränkungen vor. Diese Bewertung, der sich der Senat anschließt, ist im Hinblick auf die im Gutachten mitgeteilten Bewegungsausmaße der Halswirbelsäule überzeugend. Die Erkrankung der Halswirbelsäule des Klägers rechtfertigt die Erhöhung des GdB wegen des Wirbelsäulenleidens jedoch nicht. Dies wäre nach den vom SG zutreffend dargestellten Kriterien der AHP nur dann möglich, wenn in mindestens zwei Wirbelsäuleabschnitten schwere funktionelle Auswirkungen vorliegen, was beim Kläger jedoch nicht zutrifft. Damit kann das Wirbelsäulenleiden des Klägers weiterhin nur mit einem Teil-GdB von 30 Berücksichtigung finden. Hierauf weist auch Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 31.03.2006, die der Senat als sachverständiges Parteivorbringen verwertet, überzeugend hin.

Die weiter von Priv.-Doz. Dr. K. (neu) festgestellte leichte Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes des Klägers bedingt nach der überzeugenden Bewertung von Priv.-Doz. Dr. K., der der Senat ebenfalls folgt, einen Teil-GdB von 10 und kann nach den Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend berücksichtigt werden. Die Bewertung von Priv.-Doz. Dr. K. steht im Hinblick auf die Bewegungsmaße der Schultern (Retro/Anteversion links 30-0-120; Adduktion/Abduktion links 20-0-70; Aro/Iro links anliegend 30-0-90 und angehoben nicht ausführbar) in Übereinstimmung mit den AHP (Nr. 26.18, Seite 119), die einen Teil-GdB von 10 vorsehen, wenn der Arm, mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit, nur um 120° erhoben werden kann, wie dies beim Kläger zutrifft.

Soweit Priv.-Doz. Dr. K. in seinem Gutachten davon ausgegangen ist, es ergäbe sich auf orthopädischem Gebiet einen GdB von 40, kann dieser Bewertung allerdings nicht gefolgt werden, denn sie steht nicht in Einklang mit den Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB.

Die Refluxkrankheit der Speiseröhre und der Speiseröhrengleitbruch bedingen zusammen einen Teil-GdB von 20, wie das SG im angefochtenen Urteil ebenfalls ausführlich begründet hat (Seite 7f.), wovon auch der Beklagte ausgeht. Der Senat gelangt nach eigener Überprüfung zum selben Ergebnis. Hiergegen hat sich der Kläger im Übrigen auch nicht gewandt. Der abweichenden Bewertung von Dr. F. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 18.08.2003, die wegen der Refluxkrankheit der Speiseröhre einen GdB von 30 bis 40 für angemessen erachtete, kann nicht gefolgt werden. Denn sie hat keine Befunde mitgeteilt, die nach den AHP einen GdB in dieser Höhe rechtfertigen. Sie hat lediglich von einer ausgeprägten Beschwerdesymptomatik mit thorakalem Brennen berichtet. Dass beim Kläger wegen der Refluxkrankheit der Speiseröhre und des Speiseröhrengleitbruchs ausgeprägte Funktionsstörungen bestehen, ist aber nicht ersichtlich. Gegen das Vorliegen ausgeprägter Funktionsstörungen spricht vielmehr, dass der Kläger - sowohl bei der Begutachtung durch Dr. M. als auch bei der Begutachtung durch Dr. K. - einen adipösen Ernährungszustand aufweist und zudem, dass Dr. M. beim Kläger die Refluxkrankheit der Speiseröhre mit Hiatushernie zum Untersuchungszeitpunkt nicht aktuell feststellen konnte. Eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung des Klägers durch diese Gesundheitsstörungen besteht danach nicht. Der Senat erachtet es deshalb nicht für gerechtfertigt, die Refluxkrankheit der Speiseröhre mit Speiseröhrengleitbruch bei der Bewertung des Gesamt-GdB erhöhend zu berücksichtigen, wovon auch der Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 11.03.2003 ausgegangen ist. Denn nach den Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Die Diabetes mellitus-Erkrankung (Typ II) des Klägers bedingt einen bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigenden Teil-GdB von 20. Dies ist im Übrigen zwischen den Beteiligten unstrittig. Auch Dr. M. erachtete in seinem Gutachten vom 08.02.2004 wegen des Diabetes mellitus einem Teil-GdB von 20 für angemessen. Dass der Kläger - zwischenzeitlich - auf eine Insulinbehandlung angewiesen ist, lässt sich den vorliegenden Befundunterlagen nicht entnehmen und ist auch sonst nicht ersichtlich. Die Erforderlichkeit einer Insulinbehandlung ist nach den AHP (Nr. 26.15, S. 99) jedoch Voraussetzung für die Bewertung des GdB mit 30.

Die Herzerkrankung des Klägers bedingt auch zur Überzeugung des Senates einen GdB von lediglich 10, wie das SG im angefochtenen Urteil ausführlich begründet hat. Dass der Beklagte im Bescheid vom 18.08.1993 (sowie noch im Verwaltungsverfahren) wegen der Herzerkrankung des Klägers einen GdB von 30 angenommen hat, bindet das SG wie auch den Senat nicht. Denn nach den oben dargestellten Grundsätzen ist die Annahme eines Teil-GdB von 30 für die Herzerkrankung des Klägers durch den Beklagten nicht in Bestandskraft erwachsen.

Unabhängig davon wäre selbst dann, wenn hinsichtlich der Herzerkrankung des Klägers, insbesondere wegen des zudem bestehenden Bluthochdruckes, der Herzrhythmusstörungen und der von Dr. W. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 07.08.2006 beschriebenen leicht- bis mittelgradig eingeschränkten Funktion des linken Ventrikels sowie die aufgetretenen Beinschwellungen von einem GdB von 20 bis 30 auszugehen wäre, unter zusätzlicher Berücksichtigung des Wirbelsäulenleidens des Klägers mit einem GdB von 30 und des Diabetes mellitus mit einem GdB von 20 die Feststellung eines Gesamt-GdB von 60 nach den Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB nicht gerechtfertigt. Davon geht auch der Sachverständige Dr. M. in seinem Gutachten vom 08.02.2004 aus, der unter Annahme eines GdB von 30 für die Gesamtheit der Herz-Kreislauf-Erkrankungen des Klägers, eines GdB von 30 für das Lendenwirbelsäulenleiden, eines GdB von 20 für den Diabetes mellitus sowie für die Refluxkrankheit der Speiseröhre mit Hiatushernie den Gesamt-GdB mit 50 bewertete. Auch der Sachverständige Priv.-Doz. Dr. K. gelangte in seinem Gutachten vom 9.11.2005 nur auf der nicht gerechtfertigten Grundlage eines GdB von 40 auf orthopädischem Gebiet zu der Einschätzung des Gesamt-GdB von 60.

Ein GdB von 50 für die kardiale Erkrankung des Klägers, wie dies Dr. W. in seinen Stellungnahmen vom 07.08.2006/15.08.2007 annimmt, kommt nicht in Betracht. Ein solcher GdB kommt bei Erkrankungen des Herzens nach den AHP (Nr. 26.9, Seite 71) nur in Betracht, wenn bereits bei alltäglich leichter Belastung Leistungsbeeinträchtigungen auftreten bzw. bei Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei einer Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten). Dass dies beim Kläger zutrifft, lässt sich weder den Stellungnahmen von Dr. W. noch den sonst vorliegenden Unterlagen entnehmen und wird im Übrigen auch vom Kläger nicht substantiiert geltend gemacht. Vielmehr ist der Kläger in der Lage 100 Watt zu leisten, wie das SG im angefochtenen Urteil zutreffend ausgeführt hat.

Auch Dr. M. hat bei der Begutachtung eine altersentsprechende körperliche Belastbarkeit des Klägers festgestellt.

Sonstige Gesundheitsstörungen, die die Erhöhung des Gesamt-GdB auf 60 (oder mehr) rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor, wie das SG in seinem Urteil zutreffend ausgeführt hat, dem sich der Senat anschließt. Auch die im Berufungsverfahren zusätzlich geltend gemachten Gesundheitsstörungen des Klägers rechtfertigen keinen höheren Gesamt-GdB als 50. Bei der Herpes zoster Erkrankung des Klägers handelte es sich um keine dauerhafte Behinderung, wie der vom Senat als sachverständige Zeuge gehörte Dr. Arnold in seiner Stellungnahme vom 08.11.2006 überzeugend ausgeführt hat. Die diabetische Polyneuropathie mit Gleichgewichtsstörungen sowie das Sulcus ulnaris-Syndrom bedingen einen Teil-GdB von 10, wie sich aus der Stellungnahme von Dr. A. vom 08.11.2007 weiter ergibt. Einwendungen hat der Kläger im Übrigen insoweit auch nicht erhoben.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Dass beim Kläger zwischenzeitlich eine relevante Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes eingetreten ist, ist nicht ersichtlich und wird von diesem auch nicht geltend gemacht.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-12-06