

L 1 SB 3911/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

1

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 14 SB 1132/04

Datum

19.07.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 1 SB 3911/07

Datum

19.08.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 bei der Klägerin.

Die Klägerin ist 1949 geboren. Mit Bescheid vom 13. Juli 1999 stellte das Versorgungsamt (VA) S. als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Teil-GdB 10) und eine Bewegungseinschränkung beider Kniegelenke, Restbeschwerden nach Vorfußquetschung und einen Hallux valgus (Teil-GdB 10) und einen GdB von weniger als 20 fest. Der dagegen erhobene Widerspruch wurde vom Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 21. Oktober 1999 zurückgewiesen.

Mit Antrag vom 31. März 2003 machte die Klägerin die Verschlimmerung ihrer Leiden (und die Feststellung von Merkzeichen) geltend. Vorgelegt wurden u.a. der Rehabilitations-Entlassungsbericht vom 14. Oktober 2002 (Fibromyalgiesyndrom; Cervikalsyndrom; Lumbalsyndrom; Gonarthrose; Adipositas) und verschiedene Arztbriefe (Diagnosen u.a. paroxysmales Vorhofflimmern; Implantation eines Zweikammer-Herzschrittmachers am 5. März 2003).

Mit Bescheid vom 30. Juni 2003 stellte das VA unter Aufhebung des Bescheids vom 13. Juli 1999 einen GdB von 20 ab 31. März 2003 fest, dem als Behinderungen eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Fibromyalgiesyndrom, Bandscheibenschaden, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Funktionsstörung durch beidseitige Zehenfehlform, Herzschrittmacher, zugrunde lagen.

Im dem dagegen geführten Widerspruchsverfahren legte die Klägerin u.a. das Schreiben der Ärzte für Allgemeinmedizin Dres. U. vom 8. August 2003 vor, wonach auch nach Implantation eines Herzschrittmachers eine nur geringe körperliche Belastbarkeit mit Atemnot beim Treppensteigen, Schweißausbrüchen und Belastungsdyspnoe bestünden. Beigefügt waren mehrere Arztbriefe, u.a. des Klinikums S. vom 4. April 2003 (aktuell keine kardialen Beschwerden, körperlicher Befund unauffällig) und vom 17. Juni 2003 (aktuell keine kardialen Beschwerden, unter Belastung etwas rascher Luftnot als vorher).

Mit Teil-Abhilfebescheid vom 30. Dezember 2003 stellte der Beklagte den GdB ab 31. März 2003 mit 30 fest und wies mit Widerspruchsbescheid vom 12. Februar 2004 den Widerspruch im Übrigen zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 23. Februar 2004 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben mit der Begründung, die bei ihr vorliegenden Behinderungen an zwei Wirbelsäulenabschnitten, dem Herzen, eine Arthrose im rechten Schultergelenk und erhebliche Funktionseinschränkungen des Fußes rechtfertigten einen GdB von mehr als 30. Das SG hat die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dres. U. (schriftliche Zeugenaussage vom 7. Mai 2004) haben ausgeführt, die Klägerin sei nicht mehr berufsfähig und eine Gesamtbeeinträchtigung von über 80% liege vor. Der Arzt für Orthopädie Dr. K. hat mitgeteilt (Auskunft vom 17. Mai 2004), die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule werde in Übereinstimmung mit dem versorgungsfachärztlichen Dienst (vā) der Beklagten mit einem GdB von 30 beurteilt. Die Erkrankungen der Schultergelenke, des Knies und der Füße seien aber nicht berücksichtigt. Dafür sei nach seiner Auffassung ein GdB von 20 berechtigt. Daher bewerte er alle Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet mit einem GdB von 40. Der Internist und Kardiologe Dr. S. hat unter dem 9. Mai 2004 mitgeteilt, er beurteile den GdB auf seinem Fachgebiet mit mindestens 20. Das daraufhin von der Beklagten unterbreitete Vergleichsangebot, einen GdB von 40 ab 31. März 2003 anzuerkennen, hat die Klägerin nicht

angenommen.

Das SG hat das Gutachten des Dr. B., Arzt für Innere Medizin, vom 10. Januar 2005, erstellt im Rentenverfahren der Klägerin vor dem SG, beigezogen (Diagnosen: Fibromyalgie; degeneratives Wirbelsäulensyndrom mit Fehlhaltung [Skoliose und vertiefte Kyphose], zervikal und lumbal lokal muskuläre Symptomatik und pseudoradikuläre Symptomatik, vor allem in das rechte Bein und den rechten Arm; fraglich residuale, radikuläre Läsion links mit abgeschwächtem Achillessehnenreflex; Kniegelenksarthrose bei leichter Valgusstellung mit Reizerguss des rechten Kniegelenks bei Chondromalazie; Periarthritis humeroscapularis rechts mit leichter Bursitis subdeltoidea und Tenosynovitis der langen Bizepssehne und partieller, schmerzhafter Schultersteife rechts; schmerzlose, partielle Schultersteife links; Fingerpolyarthrose; Knick-Spreizfuß nach wiederholter Halux-Valgus-Operation und Arthrose der Großzehengrundgelenke beidseits; Verdacht auf meralgia paraesthetica rechts; kurzphasige Tachyarrhythmia absoluta bei Zustand nach Katheterablation und Schrittmacherimplantation wegen eines therapiebedingten AV-Blockes III. Grades mit leichter und flüchtiger Herzleistungsschwäche; fragliche Angina pectoris; allergische Diathese mit Pollinosis, wiederholter Sinusitis; Asthmareaktionen und durch Lebensmittelallergien bedingte Ekzeme; arterielle Hypertonie kompensiert unter medikamentöser Therapie; Adipositas mit grenzwertiger Hypercholesterinämie; leichte Milzvergrößerung; Fettleberhepatopathie, alimentär bedingt; Zustand nach Nikotinabusus).

Im Auftrag des SG hat Dr. T. S., Internist, das Gutachten nach ambulanter Untersuchung vom 4. Juli 2005, der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. N. das Zusatzgutachten vom 17. August 2005 und der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. das weitere Zusatzgutachten vom 9. September 2005 erstattet. Dr. S. kommt in seiner zusammenfassenden Beurteilung zum Schluss, bei der Klägerin liege ein medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck bei Adipositas und Blutfetterhöhung, Harnsäureerhöhung, ein Zustand nach Einsetzen eines Herzschrittmachers mit korrekter Funktion, eine subjektive Beeinträchtigung durch weiterhin zeitweise auftretendes Vorhofflimmern, ein auswärts diagnostiziertes Fibromyalgiesyndrom, eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, funktionelle Organbeschwerden, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Funktionsbehinderung durch Fuß- und Zehenverformung beidseits, eine Funktionsbehinderung am rechten Kniegelenk, eine Arthrose, eine Fingerpolyarthrose, eine Rhizarthrose und leichte histrionische Züge mit dissoziativen Störungen, Abspaltungs- und Idealisierungstendenzen vor. Die Behinderungen auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet, die sich - insbesondere im Hinblick auf die geklagten Schmerzen - teilweise überlagerten, bedingten einen GdB von 30, die Herzrhythmusstörung mit intaktem Herzschrittmacher und Bluthochdruck einen Teil-GdB von 20, so dass insgesamt ein GdB von 40 vorgeschlagen werde.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat unter dem 10. Mai 2006 Dr. S., Chirurg und Unfallchirurg, ein orthopädisch/chirurgisches Gutachten erstellt. Dieser hat geringe bis mäßige Verschleißzeichen des rechten Schultergelenks mit leichter Funktionsbeeinträchtigung, geringe bis mäßige Verschleißzeichen der unteren Brustwirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule mit geringen Funktionsbeeinträchtigungen, geringe Verschleißzeichen des rechten Kniegelenks mit geringen Funktionsbeeinträchtigungen und eine deutliche Fußdeformität beidseits mit verminderter Flexibilität der Vorfüße und geringer statischer Auswirkung diagnostiziert. Für die Beschwerden im Bereich des Herzens sei ein GdB von 30, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule ein GdB von 10, für die Funktionsbehinderung durch Fußdeformität und des rechten Kniegelenks ein GdB von 20, durch die Fibromyalgie ein GdB von 30 und die Funktionsbehinderung der rechten Schulter ein GdB von 10 gerechtfertigt. Den Gesamt-GdB hat Dr. S. seit März 2003 mit 40 v.H., seit November 2005 mit 50 v.H. bewertet. Die Abweichung von den Gutachten der Dres S. et al. sei damit begründet, dass nunmehr auch eine vasospastische Angina pectoris vorliege, die eine Höherbewertung rechtfertige.

Der Beklagte hat sich diesem Vorschlag nicht angeschlossen und ausgeführt, auch eine vasospastische Angina pectoris begründe keine stärkere Einschränkung der Herzleistung und rechtfertige daher keinen höheren GdB.

Auf weiteren Antrag nach § 109 SGG hat Prof. Dr. H., Leitender Arzt der Medizinischen Klinik I, D.-Klinikum S., das fachinternistische Gutachten vom 19. Dezember 2006 erstellt. Dieser hat eine arterielle Hypertonie, medikamentös gut therapiert, eine Hypercholesterinämie, eine Hyperhomocysteinämie, Adipositas permagna, eine vasospastische Angina, intermittierendes Vorhofflimmern mit AV-Knoten-Ablation und Implantation eines DDD-Schrittmachers mit regelrechter Schrittmacheraktion und eine allergische Rhinitis/Konjunktivitis, allergisches Asthma bronchiale - unter Medikamentengabe leicht zu beherrschen -, als Diagnosen mitgeteilt. Diese Erkrankungen rechtfertigten einen GdB von 30. Bei einer mit einem GdB von 10 zu bewertenden Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, einer Funktionsbehinderung der unteren Extremität (Teil-GdB 20), Fibromyalgie (Teil-GdB 30) und Funktionsbehinderung der oberen Extremität (Teil-GdB 10) hat er einen Gesamt-GdB von 50 vorgeschlagen.

Die Klägerin hat gegen das Gutachten Einwände erhoben, da sie nicht von Prof. Dr. H., sondern nur von Oberarzt Dr. J. untersucht worden sei. Prof. Dr. H. habe lediglich eine ca. 15minütige Abschlussbesprechung durchgeführt. Die Klägerin hat weitere, teilweise schon aktenkundige Arztbriefe und Befundberichte vorgelegt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19. Juli 2007 nahm der Bevollmächtigte der Klägerin das Teilanerkennnis des Beklagten an, in Abänderung des Bescheids vom 30. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Februar 2004 einen GdB von 40 ab 31. März 2003 festzustellen.

Mit Urteil vom gleichen Tag wurde die darüber hinaus fortgeführte Klage zurückgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, eine Höherbewertung des Teil-GdB von 20 für die auf internistischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen allein wegen der Diagnose einer vasospastischen Angina pectoris sei nicht gerechtfertigt. Zum einen passe die von der Klägerin geschilderte Symptomatik nur teilweise zu dieser Diagnose; zum anderen könne die belastungsabhängige Atemnot der Klägerin auch zwanglos durch das starke Übergewicht erklärt werden. Darüber hinaus seien die tatsächlichen Auswirkungen dieser Erkrankung auf die Belastungsfähigkeit noch völlig ungeklärt. Auch der gut eingestellte Bluthochdruck rechtfertige keinen höheren GdB als 20. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei nach den Ausführungen von Dr. S. ein Teil-GdB von ebenfalls 20 angemessen. Die Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet, die an der Wirbelsäule ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen seien, rechtfertigten einen Teil-GdB von 10. Die Fußdeformität und die nahezu uneingeschränkte Beweglichkeit des rechten Knies seien mit insgesamt 10 zu bewerten. Soweit von Dr. S. wegen einer Fibromyalgie ein weiterer Teil-GdB von 30 vorgeschlagen worden sei, sei zu berücksichtigen, dass die für diese Erkrankung typischen Tenderpoints bei der Klägerin nicht zu sichern gewesen seien; auch Dr. S. habe aufgrund der durchgeführten Dolorimetrie diesen Befund nicht sichern können. Berücksichtige man zudem die nur eingeschränkte Mitarbeit der Klägerin bei den Untersuchungen und die Verdeutlichungszeichen, sei

jedenfalls davon auszugehen, dass ein Fibromyalgie-Syndrom des Ausmaßes, das über die ansonsten festgestellten Behinderungen hinausgehend eine erhebliche Beeinträchtigung verursachen und deshalb einen eigenständigen Teil-GdB rechtfertigen würde, nicht vorliege. Bewerte man die funktionellen Auswirkungen des Fibromyalgiesyndroms, gingen diese in der Bewertung der funktionell überlagerten Einschränkungen der Wirbelsäulenbeweglichkeit und der auf psychiatrischer Seite festgestellten Limitierungen auf. Daher sei der Gesamt-GdB mit 40 zutreffend bewertet.

Gegen das am 7. August 2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 9. August 2007 Berufung eingelegt, gestützt auf die Beurteilungen von Prof. Dr. H. und Dr. S ... Darüber hinaus bringt die Klägerin vor, der Herzbefund habe sich nicht stabilisiert, sie müsse eine neue Herzkathederuntersuchung über sich ergehen lassen. Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. Juli 2007 aufzuheben und den Bescheid vom 30. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Februar 2004 in der Fassung des Teilanerkennnisses vom 19. Juli 2007 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung.

Die Klägerin hat den Bericht des Facharztes für innere Medizin und Kardiologie Dr. H. vom 30. Oktober 2007 vorgelegt sowie den Arztbrief der Fachärztin für Innere Medizin Dr. R. vom 7. November 2007. Das Gericht hat Dr. H. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt (Auskunft vom 21. November 2007 mit Arztbriefen vom 30. Mai, 22. Juli und 30. Oktober 2007 sowie weiteren Untersuchungsberichten in Anlage). Das Gericht hat weiter den Entlassungsbericht vom 5. Februar 2008 aus der vom 8. Januar bis 29. Januar 2008 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme beigezogen. Die Klägerin hat des Weiteren den Arztbrief vom 14. April 2008 vorgelegt. Auf diese Beweismittel wird inhaltlich Bezug genommen.

Der Senat hat den Beteiligten durch Verfügungen vom 22. Januar, 22. Juli und 5. August 2008 mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen nicht beabsichtigt sind. Es ist weiter mitgeteilt worden, dass die Möglichkeit in Betracht komme, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Die Beteiligten haben Gelegenheit erhalten, zu dieser Verfahrensweise Stellung zu nehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung der Klägerin gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss entscheiden, weil er eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, nachdem die Beteiligten Gelegenheit erhalten hatten, sich hierzu zu äußern und die Entscheidung einstimmig ergeht.

Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen sind insoweit seit 01.07.2001 die Vorschriften des 9. Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind ([Artikel 63, 68](#) des SGB IX vom 19.06.2001, [BGBl. I S. 1046](#)).

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden ebenfalls die erforderlichen Feststellungen ([§ 69 Abs. 4 SGB IX](#)). Auf Antrag stellen die Behörden einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie über weitere gesundheitliche Merkmale aus.

Diese Vorschriften sind weitgehend inhaltsgleich mit den bis zum 30.06.2001 geltenden Vorschriften der §§ 3 und 4 SchwbG, weshalb die bisherigen Grundsätze zur GdB-Bewertung weiter angewandt werden können. Inwieweit in Einzelfällen Gesundheitsstörungen über die damit verbundenen Funktionseinschränkungen hinaus Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben und auch diese Auswirkungen insoweit bei der GdB-Einschätzung zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2001 - [B 9 SB 1/01 R](#)), kann dahinstehen, denn solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, wie sie in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", Ausgabe 2008 (AP) niedergelegt sind (vgl. BSG SozR 3870 § 3 SchwbG Nr. 4; SozR 3 - 3870 § 4 SchwbG Nr. 19 und Urteil vom 07.11.2001 [aaO](#)). Die AP 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. Auch sind sie im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (vgl. [BSGE 72, 285](#), 286; BSG SozR 3 - 3870 aaO; BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#)).

Unter Berücksichtigung der in den Anhaltspunkten niedergelegten Grundsätze ist im Fall der Klägerin der GdB mit 40 zutreffend festgestellt.

Die bei der Klägerin bestehenden funktionellen Einschränkungen auf internistischem Fachgebiet sind mit einem Teil-GdB von 20 zutreffend

bewertet.

Nach Maßgabe der AP ist für die Bemessung des GdB/MdE-Grades weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB/MdE-Grades 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. Auswirkungen des Leidens auf andere Organe (z. B. Lungen, Leber, Gehirn, Nieren) sind zu beachten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien, angeborene Herzfehler u.a. ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung mit einem GdB von 0 - 10, mit Leistungsbeeinträchtigungen bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) mit einem GdB von 20 - 40 und erst mit Leistungsbeeinträchtigungen bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Meßdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) mit einem GdB zwischen 50 und 70 zu bemessen.

Hypertonie (Bluthochdruck) in leichter Form mit keiner oder geringer Leistungsbeeinträchtigung ist mit einem GdB von 0 - 10 zu bewerten.

Bei der Klägerin bestehen, wie zuletzt der ausführlichen sachverständigen Zeugenaussage des Dr. H. samt beigefügter Arztbriefe entnommen werden kann, nach Schrittmacherimplantation und regulärer Schrittmacherfunktion noch Herzrhythmusstörungen im Sinne eines Vorhofflimmerns bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion unter antiarrhythmischer Therapie und Beta-Blockertherapie. Dieser Befund wird bestätigt durch die während der Rehabilitationsmaßnahme im Januar 2008 erhobenen Messdaten. Danach wurde die Fahrradergometrie nach 1 Minute und 50 Watt Belastung bei allgemeiner Erschöpfung abgebrochen, das Blutdruckverhalten war regelrecht, ebenso das Pulsverhalten, das Langzeit-EKG zeigte einen überwiegend P-synchron laufenden 2-Kammer-Schrittmacher (Durchschnittsfrequenz 74/min) ohne Pausen und ohne relevante VES. Die Echokardiographie zeigte sämtliche Herzhöhlen normal groß, keine Linkshypertrophie, eine gute globalsystolische Pumpfunktion ohne regionale Kinetikstörungen, keinen Perikarderguss, keinen Thrombus. Eine relevante koronare Herzerkrankung konnte im November 2005 medizinisch ausgeschlossen werden. Angesichts dieser Befunde ist die durch das Vorhofflimmern eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Klägerin mit einem GdB von 20 nach den oben aufgeführten Grundsätzen zutreffend bewertet. Die noch als Verdachtsdiagnose vom zuerst behandelnden Kardiologen Dr. S. aufgeführte vasospastische Angina wurde vom nunmehr behandelnden Kardiologen Dr. H. wie auch von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung nicht bestätigt. Doch selbst wenn eine solche Erkrankung zusätzlich vorliegen würde, würde dies keine Erhöhung des GdB rechtfertigen, da mit dieser Erkrankung keine über die genannten Limitierungen hinausgehenden Leistungseinschränkungen verbunden sind.

Die Einwände der Klägerin gegen die Angaben im Entlassungsbericht aus der Rehabilitation, insbesondere zur Ergometerbelastung und die dadurch verursachten Herzkaktionen, vermögen dem gegenüber nicht zu überzeugen. Die Ergometerdaten stellen, wie oben dargestellt, nach den Grundsätzen der AP bloße Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Die mitgeteilten Ergometerdaten stehen vorliegend allerdings nicht im Widerspruch zu dem aktenkundigen klinischen Bild, wie es sich insbesondere aus dem Gutachten von Dr. S. und der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. H. samt beigefügter Arztbriefe ergibt. Anlass zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen hat der Senat deshalb nicht gesehen.

Der Bluthochdruck ist bei der Klägerin mit Medikamenten gut eingestellt, so dass daraus ebenfalls keine Erhöhung des GdB von 20 abgeleitet werden kann.

Soweit in der Berufungsbegründung auf psychischem Fachgebiet auf eine während der Rehabilitationsmaßnahme festgestellte Angststörung abgestellt wird, kann offen bleiben, ob eine solche tatsächlich vorliegt. Denn über die bereits mit einem Teil-GdB von 20 bewerteten seelischen Störungen hinaus rechtfertigt auch eine eventuell vorliegende Angststörung keine Erhöhung des GdB auf diesem Fachgebiet.

Nach den AP sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 - 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB zwischen 30 - 40 und erst schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 - 70 zu bemessen.

Die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungs-Syndrome (z. B. CFS/MCS) sind jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen.

Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat der in erster Instanz tätig gewordene Gutachter Dr. S. zutreffend festgestellt, dass bei der Klägerin leichte histrionische Züge mit dissoziativen Störungen, Abspaltungs- und Idealisierungstendenzen bestehen und weitere körperliche (somatische) Beschwerden ohne organisches Korrelat (teilweise unter der Diagnose eines Fibromyalgiesyndrom zusammen gefasst) bestehen. Er hat diese in einer integrierenden Bewertung mit einem GdB von 20 bewertet. Anhaltspunkte für eine stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) konnten bei der Anamnese nicht erhoben werden und wurden auch in der Reha-Klinik nicht festgestellt. Dass die Klägerin angesichts des Vorhofflimmerns Angstgefühle hat, stellt auch der Senat nicht in Frage. Ebenso wenig, dass diese die Entfaltungsmöglichkeiten in gewissem Umfang einschränken. Mehr als leichtere psychische Störungen, sei es als dissoziative Störung oder als Angststörung diagnostiziert, sind daraus aber nicht ableitbar, schon gar nicht, wenn man die Tagesgestaltung der Klägerin anhand ihrer anamnestischen Angaben gegenüber den Gutachtern berücksichtigt.

Da die Klägerin - in der Untersuchungssituation - über schmerzhafte Bewegungseinschränkungen klagt, die andererseits bei unbeobachteten Bewegungsabläufen nicht auftreten, zugleich die für eine Fibromyalgie typischen Triggerpunkte von keinem der Gutachter bei der Klägerin tastbar waren, ist zwar schon fraglich, ob diese Diagnose überhaupt zu Recht gestellt worden ist. Selbst wenn man aber von einer Fibromyalgie ausgeht, überlagern die mit dieser psychisch bedingten Erkrankung verbundenen Einschränkungen diejenigen, denen ein

organisches Korrelat zugrunde liegt, dergestalt, dass eine eigenständige Bewertung der Fibromyalgie nicht in Betracht kommt. Weder sind eine überbordende Schmerzhaftigkeit noch sonstige funktionelle Einschränkungen nachweisbar, die auf dieser Erkrankung beruhen und über die organisch-funktionell bedingten Leistungseinschränkungen hinausgehen.

Soweit Dr. S. insoweit allein für die Fibromyalgie (obwohl auch er die typischen Symptome dafür nicht festmachen konnte) einen Teil-GdB von 30 vorgeschlagen hat, konnte dem der Senat, wie schon das SG, nicht folgen, denn er hat die oben aufgeführten Beurteilungskriterien nach den AP, wonach die Fibromyalgie entsprechend ihrer funktionellen Auswirkungen zu beurteilen ist und deshalb genau analysiert werden muss, welche Einschränkungen tatsächlich allein von dieser Erkrankung und nicht schon durch andere, organisch bedingte Erkrankungen ausgehen, unberücksichtigt gelassen.

Auch auf orthopädischem Fachgebiet sind die im Bereich der Wirbelsäule, der Füße und der Finger bestehenden Einschränkungen jedenfalls nicht zu niedrig bewertet.

Der GdB/MdE-Grad bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschl. Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und sog. Postdiskotomiesyndrom) ergibt sich nach den AP primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. Sogenannte Wirbelsäulensyndrome (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie, sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Nach den AP Nr. 26.18 sind Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität mit einem GdB von 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 10 und mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 20 zu bewerten. Erst Wirbelsäulenerkrankungen mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen GdB von 30.

Nach dem schlüssigen und aufgrund umfangreicher Untersuchungen ergangenen Gutachten von Dr. N. liegen bei der Klägerin lediglich altersübliche Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule ohne wesentliche funktionelle Einschränkung vor. Entsprechend hat auch Dr. S. in seinem Gutachten nach [§ 109 SGG](#) den Befund als "geringe bis mäßige Verschleißzeichen der unteren Brustwirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule mit geringen Funktionsbeeinträchtigungen" umschrieben.

Nach Maßgabe der oben aufgeführten Bewertungsgrundsätze sind die tatsächlich bestehenden funktionellen Einschränkungen maximal mit einem GdB von 10 v.H. zu bewerten. Nur unter Berücksichtigung der nicht auf organisch-funktionellen Schäden beruhenden weitergehenden funktionellen Einschränkungen durch eine mögliche Fibromyalgieerkrankung lässt sich der auch vom Beklagten bislang Bewertung zugrunde gelegte GdB von 20 v.H. überhaupt rechtfertigen. Soweit noch leichte funktionelle Beweglichkeitseinschränkungen des rechten Schultereckgelenks vorliegen, rechtfertigen diese keine Anhebung des GdB.

Soweit die bei der Klägerin bestehenden Fußdeformitäten zu bewerten sind, hat das SG zutreffend ausgeführt, dass diese, da sie nicht mit statischen Beeinträchtigungen verbunden sind, mit einem GdB von 10 zutreffend bewertet sind. Dem ist nichts hinzuzufügen. Entsprechendes gilt für die Fingerpolyarthrose.

Weitere Ermittlungen von Amts wegen waren deshalb ebenso wenig veranlasst wie die Einholung eines weiteren kardiologischen Gutachtens nach [§ 109 SGG](#). Die Klägerin hat ihr Antragsrecht insoweit in erster Instanz durch die Beauftragung von Prof. Dr. H., verbraucht. Es sind aber auch keine neuen Befunde oder Diagnosen erkennbar, die weiteren Sachaufklärungsbedarf begründen könnten.

Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist nach den Grundsätzen zu verfahren, wie sie in den AP (Abschnitt 19) ihren Niederschlag gefunden haben. Danach sind bei der Festsetzung des Gesamt-GdB die Auswirkungen aller Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander maßgebend ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, führen nicht zu einer Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung, auch wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Behinderung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB verursacht. Dann ist im Hinblick auf weitere Behinderungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung insgesamt größer wird und deshalb dem höchsten Einzel-GdB ein Behinderungsgrad von 10 oder 20 oder mehr hinzuzufügen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Mathematische Methoden, insbesondere eine Addition der einzelnen GdB-Werte, sind hierbei ausgeschlossen (BSG SozR 3870 § 3 SchwbG Nr. 4).

Bei drei GdB-Werten von lediglich 20 sowie zwei GdB-Werten von 10 ist nach diesen Grundsätzen der Gesamt-GdB mit 40 zutreffend festgestellt.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2008-08-20