

L 6 SB 4485/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 11 SB 517/06

Datum

18.07.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 4485/07

Datum

29.10.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 18. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Grad der Behinderung (GdB) beim Kläger wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse ab 28. September 2004 mit 50 festzustellen ist.

Der 1956 geborene, im Jahr 1991 aus U. kommend in die B. D. eingereiste Kläger ist von Beruf Elektromonteur. Mit Bescheid vom 2. März 2004 hatte das damals zuständige Versorgungsamt Ulm bei ihm einen auf einem Schlafapnoesyndrom beruhenden GdB von 20 ab dem 28. Januar 2004 festgestellt.

Am 28. September 2004 beantragte der Kläger die Erhöhung des GdB. Aufgrund der Schlafapnoe leide er unter starken Kopfschmerzen und Schwindel. Nach Auswertung verschiedener medizinischer Unterlagen durch den versorgungsärztlichen Dienst stellte das zwischenzeitlich zuständig gewordene Landratsamt O. (LRA) mit Bescheid vom 12. April 2005 ab dem 28. September 2004 einen GdB von 30 fest. Zusätzlich berücksichtigt wurden dabei eine Funktionsbeeinträchtigung aufgrund Schwindels, eines Kopfschmerzsyndroms sowie psychovegetativer Störungen, die von Seiten des versorgungsärztlichen Dienstes (Stellungnahme des Dr. Z. vom 19. März 2005) mit einem Teil-GdB von 20 bewertet worden war. Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 22. April 2005. Der GdB sei mit mindestens 50 festzustellen. Neben der Schlafapnoe bestünden massive Beschwerden im rechten Hand- und rechten Kniegelenk durch Überlastung, starke Kopfschmerzen, Schwindelgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten. Das LRA zog den Entlassungsbericht der Schlossklinik Bad B. vom 8. September 2005 bei. Dort hatte sich der Kläger im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme vom 2. bis 30. August 2005 aufgehalten. In diesem Bericht wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen, ein chronischer Spannungskopfschmerz multifaktorieller Genese, ein Schlafapnoesyndrom sowie eine arterielle Hypertonie genannt. Anamnestisch habe der Kläger angegeben, sein Schwiegervater habe sich vor zwei Monaten aufgrund einer Karzinomerkrankung der Schwiegermutter, welche in seinem Haushalt gepflegt werde, erhängt.

Mit Teilabhilfebescheid vom 7. November 2005 stellte das LRA ab 28. September 2004 einen GdB von 40 fest. Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z. vom 11. Oktober 2005 zugrunde, der das Schlafapnoesyndrom nach wie vor mit einem Teil-GdB von 20 und eine depressive Verstimmung, psychovegetative Störungen, Kopfschmerzsyndrom mit einem Teil-GdB von 30 bewertet hatte. Mit Widerspruchsbescheid vom 4. Januar 2006 wies der Beklagte den Widerspruch im Übrigen zurück.

Deswegen erhob der Kläger am 9. Februar 2006 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG). Ergänzend zum bisherigen Vorbringen machte er noch Bandscheibenbeschwerden geltend. Entgegen den Ausführungen im Widerspruchsbescheid seien seine Gelenke nicht frei beweglich. Das SG holte sachverständige Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte ein. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. teilte mit Schreiben vom 17. März 2006 mit, es bestehe eine leichte bis mittelgradige Störung. Die Rehabilitationsmaßnahme habe zu einer wesentlichen Besserung geführt. Seit Mitte Dezember sei der Kläger wieder voll arbeitsfähig. Der Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie Dr. P. teilte schriftlich unter dem 22. März 2006 mit, seit Oktober 2005 sei es zu keinen Änderungen gekommen, es liege ein obstruktives Schnarchen sowie ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom vor. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. H. teilte mit

Schreiben vom 28. März 2006 mit, das therapierte Schlafapnoesyndrom stelle eine mittlere Behinderung dar, die Kopfschmerzen seien aktuell gering, es bestünden ferner eine leichtgradige arterielle Hypertonie und orthopädische Störungen wechselnden Ausmaßes, die eine eher geringere Behinderung darstellten. Bei der Depression handle es sich um eine mittelschwere Störung, die aktuell kompensiert sei. Neue Schübe in Belastungssituationen seien jederzeit möglich.

Auf Antrag des Klägers gem. [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) wurde Dr. Sch. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 14. Januar 2007 diagnostizierte er eine derzeit mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik mit multiplen Beschwerden bei prädisponierenden Persönlichkeitszügen. Die Symptomatik gehe mit zahlreichen, funktionell bedingten Beschwerden einher u. a. mit Spannungskopfschmerzen. Die depressive Symptomatik müsse als mittelschwer angesehen werden, während die teilweise hiermit vergesellschafteten übrigen Beschwerden sowohl in somatischer wie psychischer Hinsicht eher nachrangig blieben. Der GdB für die Depression sei mit 40 einzuschätzen. Hierbei seien funktionelle Beeinträchtigungen, psychosomatische Beschwerdeanteile sowie eine bestehende Dysthymie mit berücksichtigt. Unter weiterer Zugrundelegung eines Teil-GdB von 20 für das Schlafapnoesyndrom müsse von einem Gesamt-GdB von 50 ausgegangen werden. Der Beklagte legte hierzu die versorgungszärztliche Stellungnahme von Dr. F. vom 12. April 2007 vor. Dieser führte aus, bei einem längeren Leidensverlauf seien Schwankungen im Gesundheitszustand mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Einer deutlichen Beeinträchtigung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit werde mit der bisherigen Bewertung bereits Rechnung getragen.

Mit Urteil vom 18. Juli 2007 wies das SG die Klage ab. Für die Funktionsbehinderung aufgrund des Schlafapnoesyndroms sei ein Teil-GdB von 20 anzuerkennen. Die Funktionsbehinderung aufgrund der psychischen Erkrankung begründe einen Teil-GdB von 30 bis 40. Es liege eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor, die günstigstenfalls einen GdB von 40 begründe. Maßgebend sei, dass eigentlich eine Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Sinne eines sozialen Rückzugs beim Kläger nicht, bzw. nur in Ansätzen erkennbar sei. Eine genauere Festlegung dieses Teil-GdB sei nicht nötig, da die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 50 auch bei einem Teil-GdB von 40 und einem weiteren Teil-GdB von 20 nur in Ausnahmefällen in Betracht komme. Grundsätzlich sei dies nicht möglich, wenn der Teil-GdB von 40, wie vorliegend, nur grenzwertig erreicht werde.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 13. August 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13. September 2007 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Er trägt vor, das SG hätte der Bildung des Gesamt-GdB durch Dr. Sch. folgen müssen. Ansonsten hätte die Begutachtung keinen Sinn gemacht. Im Erörterungstermin vom 9. Januar 2008 hat der Kläger darauf hingewiesen, im August 2007 eine weitere Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt zu haben. Zur Sicherung seines Arbeitsplatzes habe er bereits eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen beantragt. Der Kläger hat nachfolgend noch den ärztlichen Entlassungsbericht der Schlossklinik Bad B. vom 27. September 2007 vorgelegt. An Diagnosen werden darin ein chronischer Spannungskopfschmerz multifaktorieller Genese, eine Dysthymia mit depressiven Episoden, ein Schlafapnoesyndrom, eine arterielle Hypertonie sowie ein Brustwirbelsäulen (BWS)-Syndrom genannt. Der Kläger wurde aus dieser Maßnahme arbeitsfähig entlassen. Ergänzend trägt der Kläger vor, die vom Beklagten zu diesem Entlassungsbericht vorgelegte versorgungszärztliche Stellungnahme sei parteiisch und widersprüchlich. Der Entlassungsbericht sei von einer neutralen Stelle zu begutachten.

Der Kläger beantragt,

den Beklagten unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Ulm vom 18. Juli 2007 und Abänderung der Bescheide vom 12. April 2005 und 7. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 4. Januar 2006 zu verurteilen, einen GdB von 50 ab dem 28. Januar 2004 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte trägt zur Erwiderung vor, der Verschlechterung der psychiatrischen Beeinträchtigungen sei durch die Anhebung des Teil-GdB von 20 auf 30 bereits Rechnung getragen worden. Er hat die versorgungszärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 26. Mai 2008 vorgelegt.

Der Senat hat die Beteiligten auf die Absicht, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zu entscheiden, hingewiesen. Der Kläger hat dieser Vorgehensweise widersprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

II.

Die gem. [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig. Der Senat hat über sie nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entschieden. Zwar hat der Kläger einer Entscheidung durch Beschluss widersprochen, jedoch hält der Senat eine weitere mündliche Verhandlung nicht für erforderlich. Der Kläger war bei der mündlichen Verhandlung vor dem SG anwesend. Er ist fachkundig vertreten. Rechtliches Gehör wurde zudem umfassend im Erörterungstermin mit dem Berichterstatter am 9. Januar 2008 gewährt. Der Kläger hat keine konkreten Umstände vorgetragen, die für die Notwendigkeit einer mündlichen Verhandlung vor dem Senat sprechen.

Die Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid des Beklagten vom 12. April 2005 in der Fassung des Bescheides vom 7. November 2005 und in der Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 4. Januar 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Beklagte hat den GdB beim Kläger seit 28. September 2004 zutreffend mit 40 bewertet. Denn die Gesamtheit der bei ihm vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen rechtfertigt nicht die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50).

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs sowie die Bedeutung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im Schwerbehindertenrecht und nach dem sozialen Entschädigungsrecht (AHP) im einzelnen dargelegt. Zur Vermeidung

von Wiederholungen verweist der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung. Soweit zum 1. Januar 2008 eine Neufassung der AHP herausgegeben wurde (aus der nachfolgend zitiert wird), haben sich hinsichtlich der beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen keine entscheidungsrelevanten Änderungen ergeben.

Die Funktionsbeeinträchtigung aufgrund des beim Kläger bestehenden Schlafapnoesyndroms ist mit einem Teil-GdB von 20 zutreffend bewertet. Die AHP (Seite 70) sehen für ein obstruktives oder gemischtförmiges Schlafapnoesyndrom mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung diesen GdB vor. Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Aus der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. P. vom 22. März 2006 geht für Senat überzeugend hervor, dass beim Kläger nur ein leichtgradiges Schlafapnoesyndrom mit der Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung besteht. Folgeerscheinungen hat Dr. P. nicht beschrieben. Solche sind auch aus den übrigen medizinischen Unterlagen nicht ersichtlich.

Daneben geht der Senat in Übereinstimmung mit den versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Z. vom 11. Oktober 2005, von Dr. F. vom 12. April 2007 und Dr. G. vom 26. Mai 2008 davon aus, dass beim Kläger eine psychische Erkrankung, die zuletzt im Reha-Entlassungsbericht vom 27. September 2007 als Dysthymia mit depressiven Episoden beschrieben wurde, vorliegt, die zusammen mit einem chronischen Spannungskopfschmerz multifaktorieller Genese eine weitere Funktionsbeeinträchtigung bedingt. Für diese Funktionsbeeinträchtigung ist ein GdB von 30 in Ansatz zu bringen.

Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. Z. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 11. Oktober 2005 zu Recht der von ihm als depressive Verstimmung bezeichneten Erkrankung, den psychovegetativen Störungen und dem Kopfschmerzsyndrom einen einheitlichen GdB zuordnet. Nach den AHP Seite 22 sollen im Allgemeinen Funktionssysteme wie bspw. das Gehirn einschließlich der Psyche zusammenfassend beurteilt werden. Die eben genannten Krankheitsbilder können vorliegend den in AHP Seite 48 genannten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata zugeordnet werden. Insbesondere bei den stärker behindernden Störungen wird beispielsweise auch auf ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert und somatoforme Störungen hingewiesen. Der Senat ist der Überzeugung, dass das vom Kläger geltend gemachte Kopfschmerzsyndrom im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung zu sehen ist. In der sozialmedizinischen Epikrise des Entlassungsberichts vom 29. September 2007 wird zwar eine multifaktorielle Genese der Spannungskopfschmerzen erwähnt. Die Kopfschmerzen werden gleichwohl als Symptomatik einer Dysthymia mit depressiven Episoden bei Familienkonflikt beschrieben. Nach den Ausführungen zum Rehabilitationsverlauf äußerte sich der Kläger defizitorientiert, eigene Schwierigkeiten im Arbeitskontext ausschließlich auf die Kopfschmerzen attribuierend und wenig eigeninitiativ. Seitens der Ärzte der Schlossklinik Bad B. wurde ein eindeutiger psychosomatischer Zusammenhang der familiären und beruflichen Konflikt- und Belastungskonstellation mit der Kopfschmerzsymptomatik sowie der depressiven Symptomatik gesehen. Auch Dr. Sch. nahm in seinem Gutachten eine einheitliche Bewertung der psychischen Erkrankung und der psychosomatischen Beschwerdeanteile vor.

Die psychische Erkrankung nebst Kopfschmerzsyndrom ist mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet. In den AHP ist für stärker behindernde psychische Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (ggf., wie bereits ausgeführt, nebst somatoformen Störungen) ein GdB von 30 bis 40 vorgesehen. Für schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ist ein GdB von 50 bis 70 in Ansatz zu bringen (AHP Seite 48). Der Senat verkennt nicht, dass beim Kläger aufgrund der beschriebenen Erkrankungen eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt. Diese ist im Anschluss an die Einschätzung des versorgungsärztlichen Dienstes jedoch mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet. Soweit das SG offen ließ, ob grenzwertig ein GdB von 40 erreicht wird, könnte dies auch der Senat angesichts der zutreffenden Argumentation des SG zur Bildung des Gesamt-GdB dahin gestellt sein lassen. Um jedoch klare Verhältnisse zu schaffen, sieht sich der Senat veranlasst, eine eindeutige Bewertung vorzunehmen.

Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass aus dem Gutachten von Dr. Sch. eine Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Sinne eines sozialen Rückzugs beim Kläger nicht, bzw. nur in Ansätzen zu erkennen ist. Der Kläger geht weiter seiner Vollzeitbeschäftigung nach. Anlässlich der Untersuchung bei Dr. Sch. gab er an, dass er nach der Arbeit eine Entspannungs-CD höre, zu Abend esse und sich anschließend an den Computer setze. Er teilte mit, dass er auch fernsehe und besonders im Sommer ins Freie gehe und im Garten arbeite. An Wochenenden unternehme er Ausflüge, er gehe manchmal zum Essen oder mache Besuche. Daneben fahre er auch Fahrrad. Zu Recht sah das SG darin ein relativ normales alltägliches Leben. Anlässlich der im Jahr 2007 durchgeführten Reha-Maßnahme gab der Kläger zwar, wie aus dem Entlassungsbericht vom 27. September 2007 hervorgeht, u. a. an, sich aus dem Schützenverein zurückgezogen zu haben. Sein Leben bestehe nur noch aus Arbeit und Entspannung zuhause. Bei dieser Maßnahme gewannen die behandelnden Ärzte jedoch den Eindruck, dass sich der Kläger defizitorientiert äußerte und sich eine Diskrepanz zwischen der angegebenen hohen Schmerzintensität und einem geringen beobachtbaren Leidensdruck zeigte. Überzeugend weist Dr. G. in seiner Auswertung des Entlassungsberichts vom 26. Mai 2008 darauf hin, dass das Kontaktverhalten trotz der depressiven Stimmung als zugewandt beschrieben wurde. Bei einer erkennbaren Defizitorientierung im Arbeitsverhalten wirkte der Kläger dennoch bei allen Therapien auch am späten Nachmittag mental fit und war in der Lage, den Gesprächsinhalten aufmerksam zu folgen und eigene Gesprächsinhalte und Vorstellungen adäquat und sehr differenziert einzubringen. Der Senat sieht sich sehr wohl berechtigt, die prozessual als qualifizierter Parteivortrag zu wertende Stellungnahme von Dr. G. zum Entlassungsbericht zu berücksichtigen. Diese kann nicht, wie vom Kläger im Schreiben vom 30. Juli 2008 vorgetragen, als parteiisch und demnach unverwertbar angesehen werden. Der Senat sieht auch keine Notwendigkeit, den Entlassungsbericht durch einen weiteren Gutachter überprüfen zu lassen. Die vom Kläger behauptete Widersprüchlichkeit der Stellungnahme von Dr. G. hinsichtlich der als gegeben beschriebenen Durchschlafstörungen und den nicht gegebenen Appetitstörungen kann der Senat nicht nachvollziehen.

Dr. Sch. räumte im Übrigen in seinem Gutachten ein, dass allein für eine Dysthymie mit zeitweisen Schwankungen, funktionellen Beeinträchtigungen und Körperbeschwerden meist ein Teil-GdB von 20 bis 30 ausreichend sei. Soweit er den von ihm angesetzten GdB von 40 damit begründete, dass zu berücksichtigen sei, dass die depressive Symptomatik sich inzwischen erheblich akzentuiert habe und die Behandlung in Bad B. im Jahr 2005 nur zu einer vorübergehenden Besserung geführt habe, überzeugt dies den Senat nicht. Aus den sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. B. vom 17. März 2006 und Dr. H. vom 28. März 2006 geht vielmehr hervor, dass die Besserung des Gesundheitszustandes nach der damaligen Maßnahme in Bad B. durchaus von längerer Dauer war. Dabei ist auch zu beachten, dass der Kläger diese Maßnahme vor dem Hintergrund einer damals aktuellen gravierenden Belastung durch den Suizid des Schwiegervaters antrat.

Das erneute Rehabilitationsverfahren im Jahr 2007 veranlasste der Kläger auf eigene Initiative, da ihm die vorangegangene Maßnahme gut getan habe (Eigenanamnese im Entlassungsbericht vom 27. September 2007). Ferner räumt Dr. Sch. auch ein, dass allein nach dem Bericht des Dr. B. ein Teil-GdB von 30 grundsätzlich ausreichend sei. Die von Dr. Sch. beschriebene Akzentuierung sieht der Senat vor allem im Hinblick auf die Motivation des Klägers für sein Begehren auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft, die in einer Verbesserung seiner Arbeitsplatzsituation zu sehen ist. Der Kläger hat gegenüber Dr. Sch. ausdrücklich angegeben, er hoffe, durch einen "Ausweis" als Schwerbehinderter dem Druck im Betrieb anders begegnen zu können. Allein diese Motivation rechtfertigt aber nicht, einen höheren GdB anzunehmen. Zu denken ist hier vielmehr an die vom Kläger bereits beantragte Gleichstellung mit einem Schwerbehinderten. Die berufliche Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz wurde im Entlassungsbericht vom 27. September 2007, wenn auch unter einer ungünstigen Prognose, als vollschichtig über sechs Stunden ohne wesentliche Einschränkungen gegeben angesehen.

Die beiden beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen rechtfertigen einen Gesamt-GdB von 40. Noch einmal wird darauf hingewiesen, dass dies auch dann gelten würde, wenn hier grenzwertig von einem Teil-GdB von 40 für die aus der psychischen Erkrankung herrührende Funktionsbeeinträchtigung ausgegangen werden würde. Nach den AHP rechtfertigt ein Teil-GdB von 20 es vielfach nicht, von einer Erhöhung des Gesamt-GdB auszugehen (AHP Seite 26). Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass sich die Funktionsbeeinträchtigung aufgrund des Schlafapnoesyndroms im Hinblick auf die hierdurch bedingte Tagesmüdigkeit mit derjenigen aufgrund der psychischen Erkrankung teilweise überschneidet.

Die Berufung war mithin zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-11-02