

L 3 SB 4927/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 4927/06
Datum
10.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens 50, mithin die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Bei der 1953 geborenen Klägerin ist seit März 1996 ein GdB von 40 festgestellt (Bescheid vom 28.05.1996). Mehrere Neufeststellungsanträge hatte der Beklagte seitdem jeweils mit der Begründung, eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten, abgelehnt. Zuletzt hatte der Beklagte mit Bescheid vom 26.08.2002 und Widerspruchsbescheid vom 21.02.2003 (die hiergegen erhobene Klage vor dem Sozialgericht T. (SG) wurde mit Gerichtsbescheid vom 25.08.2003 abgewiesen) seiner Bewertung degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, einen Bandscheibenschaden und ein Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 30), eine chronische Magenschleimhautentzündung und eine seelische Störung (Teil-GdB 20) sowie eine Mittelnervendruckschädigung links (Karpaltunnelsyndrom), eine Gebrauchseinschränkung der linken Hand und ein Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 10) zugrunde gelegt.

Mit der Begründung, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätten sich verschlimmert, beantragte die Klägerin über ihre Bevollmächtigten am 14.11.2003 die Neufeststellung des GdB. Der Beklagte zog hierauf beim Hausarzt und Internisten Dr. L. einen Befundbericht zum Herzleiden, zur Migräne und Magenkrankung bei und lehnte den Antrag erneut unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde sowie einer gutachterlichen Stellungnahme von Dr. F. vom 21.03.2004 mit Bescheid vom 13.04.2004 ab. Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch zog der Beklagte wegen geltend gemachter Sensibilitätsstörungen einen Befundbericht bei Dr. B., Schorndorf, und wegen des Wirbelsäulenleidens, der Beeinträchtigung der Schultergelenke und verschiedener Gliedmaßen sowie der Migräne einen Bericht des Orthopäden Dr. O. bei. Nach Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme von Dr. Simo vom 20.08.2004 wies der Beklagte den Widerspruch mit Bescheid vom 20.09.2004 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 01.10.2004 Klage beim Sozialgericht T. (SG) erhoben. Unter Verweis auf ihre Widerspruchsbegründung hat sie an dem geltend gemachten Anspruch festgehalten. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger Zeugenaussagen beim Hausarzt der Klägerin Dr. L. sowie beim behandelnden Orthopäden Dr. O ... Dr. L. hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 09.03.2005 über rezidivierende Bauchschmerzen und divertikelartige Ausstülpungen im Dickdarm seit Januar 2004 mit wiederkehrenden Entzündungserscheinungen berichtet. Seit 2004 bestünden (wie auch schon in den Jahren zuvor) häufig wiederkehrende Schmerzen, die zum Teil als Migränevariante neurologischerseits gedeutet worden seien, zum Teil - bei nachgewiesenen Abnutzungserscheinungen der Halswirbelsäule - als Zervikalmigräne zu deuten seien. Außerdem bestünden häufig wiederkehrende Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule bei chronisch-beruflicher Überlastung sowie sehr häufig wiederkehrende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule bei Zustand nach 2-etagigem Bandscheibenvorfall und degenerativen Veränderungen. Durch die genannten Abnutzungserscheinungen bzw. die Folgen der Bandscheibenvorfälle bestünde eine erhebliche Beeinträchtigung der täglichen Leistungsfähigkeit. Im November 2004 seien Gefäßspasmen der Herzkranzgefäße nachgewiesen worden. Durch diese Spasmen sei die Klägerin trotz intensiver medikamentöser Therapie weiter immer wieder in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Beschwerden im Bereich der LWS und HWS hat er als mittel bis schwer eingestuft, die Beschwerden im Bereich der BWS als leicht bis mittelschwer. Einschließlich der Koronarspasmen halte er eine "Gesamt-MdE" von 60 % für gerechtfertigt. Dr. L. hat unter anderem einen Bericht über eine Computertomographie der LWS vom 28.12.1998 der Gemeinschaftspraxis für Radiologie Dres. G./K., einen Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. Z. vom 23.11.1998, einen Bericht der Ärztin

für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 26.02.2002 sowie Berichte des Robert-Bosch-Krankenhauses T. vom 10.01.2005 vorgelegt.

Der Orthopäde Dr. O. hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 14.04.2005 ein generalisiertes degeneratives WS-Syndrom bei Skoliose, ein generalisiertes degeneratives HWS-Syndrom, eine aktivierte Coxarthrose mit eingeschränkter Funktion, eine aktivierte Gonarthrose mit Belastungsschmerzen und Arthrosen an den Sprunggelenken beschrieben. Außerdem bestünden Senk-Spreizfüße mit Fersensporn, eine chronifizierte Migräne und eine depressive Verstimmung. Die seelischen Störungen müssten höher bewertet werden, weil die Klägerin nicht nur wegen der körperlichen Einschränkungen leide. Diese psychische Komponente mit einer depressiv getönten Konversionsneurose bewerte er mit einem GdB von 30. Die Beschwerden an den Armen und Händen sowie Hüft-, Schulter- und Sprunggelenken, die jeweils mit Gebrauchseinschränkungen einhergingen, bewerte er mit einem GdB von 20.

Unter Berücksichtigung der vorgelegten Unterlagen hat der Beklagte nach versorgungsärztlicher Auswertung durch Dr. Franke an seiner bisherigen Beurteilung festgehalten. Für die im Juli 2003 beschriebenen pektanginösen Beschwerden seien als Ursache Koronarspasmen identifiziert worden, für die eine medikamentöse Therapie eingeleitet worden sei. Eine koronare Herzkrankheit sei hingegen ausgeschlossen worden.

Das SG hat Beweis erhoben durch das Einholen eines orthopädischen Fachgutachtens beim Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie im Marienhospital T. Dr. D ... Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 17.10.2005 für die Halswirbelsäule eine Gesamtbeweglichkeitseinschränkung um etwa 10 %, für die Brustwirbelsäule eine allenfalls ganz endgradig eingeschränkte Rück-Neig-Beweglichkeit bei freier Beweglichkeit in den übrigen Bewegungsrichtungen sowie für die Lendenwirbelsäule eine freie Beweglichkeit in allen Bewegungsrichtungen festgestellt. Die neurologische Untersuchung der unteren Extremitäten habe keinen Hinweis auf sensible oder motorische Nervenwurzelreizerscheinungen seitens lumbaler Spinalnerven ergeben. Alle relevanten Gelenke der oberen Extremitäten hätten bei regelrecht entwickelter Muskelbemantelung eine freie Beweglichkeit gezeigt. Bis auf eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit beider Großzehen seien alle relevanten Gelenke der unteren Extremitäten frei beweglich. Lediglich bei Unterstellung eines rezidivierenden inkompletten sensiblen S1-Syndroms könnten die Funktionseinschränkungen der drei Wirbelsäulenabschnitte mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt gleichgesetzt werden, die nach den Anhaltspunkten einen GdB von 20 bedingten. Ein höherer GdB könne deshalb nicht anerkannt werden, weil die Funktionseinschränkungen der drei Wirbelsäulenabschnitte in der Gesamtschau weder mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt noch mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten gleichgesetzt werden könnten. Die endgradige Bewegungseinschränkung in den Großzehengrundgelenken bedinge noch keinen GdB von wenigstens 10. Insgesamt schätze er den GdB unter Berücksichtigung der außerhalb des orthopädischen Fachgebiets vorliegenden seelischen Störungen, chronischen Magenschleimhautentzündung (Teil-GdB 20) und eines Karpaltunnel-Syndroms links mit Gebrauchseinschränkung der linken Hand (die er jedoch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nicht habe verifizieren können - GdB 10) auf 30 seit Januar 2004.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.09.2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Kammer hat die Funktionsbehinderungen an der Wirbelsäule, dem Gutachten des Sachverständigen Dr. D. folgend, mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Hinsichtlich der chronischen Magenschleimhautentzündung und einer seelischen Störung hat es aufgrund fehlender Dokumentation wesentlicher Beschwerden mit Auswirkungen der Entzündungserscheinungen im Magen-Darm-Bereich sowie fehlender Hinweise auf eine Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ebenfalls einen Teil-GdB von 20 für gerechtfertigt erachtet. Darüber hinaus bestünde kein relevanter Einzel-GdB über 10 aufgrund der Koronarspasmen. Der insoweit vom Beklagten festgestellte GdB von 40 sei daher angemessen.

Gegen den ihr am 25.09.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 28.09.2006 Berufung eingelegt. Die Klägerin wendet sich gegen die Einschätzung im Gutachten von Dr. D. und verweist insoweit auf die von ihrem Hausarzt und ihrem Orthopäden mitgeteilten Befunde. Außerdem werde die Bewertung der Koronarspasmen, der arteriellen Hypertonie und der Hypercholesterinämie mit einem GdB von 10 den bei ihr bestehenden Leistungsbeeinträchtigungen nicht gerecht. Sofern die Koronarspasmen bei der GdB-Feststellung zu vernachlässigen seien, hätte das Gericht nachfragen müssen, inwieweit die von ihr geschilderten Beschwerden auch maßgeblich psychischer Natur sein könnten. Gleiches gelte für die wiederkehrenden Entzündungserscheinungen, die durch Dr. L. definitiv festgestellt worden seien.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält unter Verweis auf die von ihm vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahmen an der bisherigen Einschätzung fest.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines orthopädischen Fachgutachtens des Arztes für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie Prof. Dr. R. von der A.-Klinik T ... Er stellt in seinem Gutachten vom 11.04.2007 radiologisch vermehrte Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule im Segment C4/C5 fest, welche zur schmerzhaften Bewegungseinschränkung aller Bewegungen führten, wobei die Rotation nach rechts, die Inklination und Reklination beschwerdeführend seien. Es bestünden radiologisch vermehrte Verschleißerscheinungen der Brustwirbelsäule im Sinne einer Spondylose und Osteochondrose im mittleren und distalen Drittel der Brustwirbelsäule, welche zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen bei der Seitneigung beidseits und der Rotation beidseits führten. Des Weiteren lägen Bandscheibenprotrusionen im Segment L3/L5 und im Segment L5/S1 vor, welche computertomographisch nachgewiesen seien. Die Beweglichkeit in der Lendenwirbelsäule sei frei, es bestehe eine Sensibilitätsstörung an D 5 rechts, die Motorik sei beidseits intakt. Klinisch und radiologisch bestehe rechts eine Coxarthrose im Anfangsstadium. Die Beweglichkeit sei bis auf ein geringes schmerzhaftes Beugedefizit im rechten Hüftgelenk beidseits frei. Radiologisch und klinisch bestehe ein Hallux valgus und eine Großzehengrundgelenksarthrose rechts im Anfangsstadium, welche diskrete Bewegungseinschränkungen im Großzehengrundgelenk und Belastungsschmerzen am D1 rechts verursachten. Ein Impingement-Syndrom an der linken Schulter verursache eine schmerzhaftes Bewegungseinschränkung und einen Belastungsschmerz. Die Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule bedingten einen geringen Schweregrad und seien mit einem GdB von unter 10 einzuschätzen. Die Verschleißerscheinungen der Brustwirbelsäule seien mit einem mittleren Schweregrad und die rezidivierende Lumboischialgien mit Sensibilitätsstörung D5 mit einem geringen Schweregrad zu bewerten. Hierfür sei insgesamt von einem GdB von 30 auszugehen im Sinne von mittelschweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten. Das Impingement-Syndrom an der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung bewerte er mit einem Teil-GdB von 20, weil insoweit eine mittlere Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit funktionellen Auswirkungen vorliege. Die Coxarthrose rechts im Anfangsstadium sowie der beginnende Hallux valgus bedinge noch keinen GdB von wenigstens 10. Insgesamt sei auf orthopädischem Fachgebiet ein GdB von 40 festzustellen.

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines fachinternistischen Gutachtens von Prof. Dr. L., Ärztlicher Direktor am Klinikum T ... Er stellt in seinem am 30.08.2007 eingegangenen Gutachten reproduzierbare Koronarspasmen mit kardiovaskulären Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie) sowie eine Steatosis hepatis I.°, eine Pankreaslipomatose und einen Verdacht auf ein Schilddrüsenadenom im rechten Schilddrüsenlappen basal mit euthyreoter Stoffwechsellaage bei normal großer Struma fest. Außerdem bestehe ein Darmdivertikel seit 03/05 mit phasenweiser Schmerzsymptomatik im linken Unterbauch. Bei den glaubhaft regelmäßig auslösbaren Beschwerden sei in der Zusammenschau mit den Risikofaktoren ein GdB von 20 anzusetzen. Weil die Pankreaslipomatose, die Steatosis hepatis und die Knotenstruma nicht zu den genannten Beschwerden beitragen, sei ein GdB von unter 10 zu veranschlagen. Aufgrund rezidivierend auftretender linksseitiger Unterbauchbeschwerden sei bezüglich der Darmdivertikel ein GdB von 20 anzusetzen. Der Gesamt-GdB auf internistischem Fachgebiet sei damit mit 40 zu bewerten.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. an einem Gesamt-GdB von 40 festgehalten. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden und Kopfschmerzsyndrom sei mit einem Teil-GdB von 20 angemessen und ausreichend bewertet. Gleiches gelte für die seelische Störung (ebenfalls Teil-GdB 20) und die Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes, Gebrauchseinschränkung der linken Hand, Mittelnervendruckschädigung links (Carpaltunnelsyndrom - ebenfalls Teil-GdB 20). Für die chronische Magenschleimhautentzündung, Divertikulose sei ein GdB von mehr als 10 nicht anzunehmen.

In einer vom Senat veranlassten ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. L. unter dem 17.03.2008 mitgeteilt, dass es in klinischer als auch bei laborchemischer Untersuchung zum Zeitpunkt der persönlichen Vorstellung der Klägerin keinen Hinweis für einen Divertikulitis gegeben habe. Ebenso habe man keine Indikation für eine erneute endoskopische Abklärung gesehen. Von der Klägerin seien in der Anamnese glaubhaft rezidivierende linksseitige Unterbauchbeschwerden ohne stärkere Schmerzempfindungen und vegetative Begleitsymptome angegeben worden und als subjektive Angaben im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit zugrunde gelegt worden. Man stütze sich auf den langjährig betreuenden internistischen Kollegen, der die Beschwerdekongstellatation mit wiederkehrenden Entzündungserscheinungen beschrieben habe, weshalb von einer nicht unerheblichen Beeinträchtigung der Klägerin ausgegangen worden sei. Insoweit habe man einen GdB von 20 für sinnvoll erachtet. Einen solchen habe man auch für die rezidivierend linksthorakalen Beschwerden unter anamnestisch glaubwürdigen mittelgradig-körperlichen Belastungen für angemessen erachtet. Diese Festlegung gründe sich auf den Acetylcholinprovokationstest vom 16.11.2004 in der Kardiologischen Klinik Prof. Dr. E., in dem ein wohlgeprägt ausgeprägter Spasmus des RIVA als ursächlich für oben genannte Beschwerden festgestellt habe werden können. Bei der Untersuchung im Juli 2007 hätten Einschränkungen linksventrikulärer Funktion echokardiographisch als auch eine Leistungsbeeinträchtigung im Rahmen der Ergometrie nicht nachgewiesen werden können. Die Ergometrie habe bei 75 Watt aufgrund früher muskulärer Erschöpfung abgebrochen werden müssen. Beschwerden im Sinne von Koronarspasmen seien nicht aufgetreten. Weil unter einer hochdosierten Medikation dennoch Beschwerden im Alltag auftraten, habe man einen Teil-GdB von 20 für sinnvoll erachtet. Somatisierte psychische Beschwerden spielten bei der Klägerin sicher eine nicht unerhebliche Rolle.

Prof. Dr. R. hat in der ebenfalls vom Senat veranlassten ergänzenden Stellungnahme vom 28.04.2008 ausgeführt, dass man für die röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen in allen drei Abschnitten der Wirbelsäule im Zusammenhang mit den hierdurch zumindest zum Teil objektivierten Beschwerden einen GdB von 30 angenommen habe. Für diese Bewertung hätten zugegebenermaßen die beklagten Beschwerden eine wesentliche Rolle gespielt. Das Gespräch der Probandin, die Türkin sei und wenig deutsch spreche, habe sein mituntersuchender Assistenzarzt, der ebenfalls Türke sei, in der gemeinsamen Sprache geführt. Bei Reduzierung auf die tatsächlich objektivierbaren Fakten von Beweglichkeit und Röntgenbefunden schließe er sich nun der Einschätzung von Dr. W. an, wonach der Komplex tatsächlich mit einem GdB von 20 ausreichend beurteilt sei.

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch eine Anfrage beim Internisten Dr. L. zur Häufigkeit von Divertikuliden und deren Auswirkungen. Er hat hierauf unter dem 22.04.2008 mitgeteilt, dass es zu einer einmaligen Konsultation im Februar 2004 mit einem kurzen Verlauf gekommen sei. Ob weitere Schübe ohne Medikation durchgestanden worden seien, erscheine möglich.

Zum Beweisergebnis haben sowohl die Klägerin als auch der Beklagte unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme nochmals Stellung genommen. Wegen des Inhalts wird auf die Schriftsätze vom 26.05.2008 und 27.06.2008 (auf Seiten der Klägerin) sowie vom 11.06.2008 auf Seiten der Beklagten verwiesen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts T. vom 18. September 2006 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 13. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2004 zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit 50 seit Antragstellung festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten des Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie verfolgt ihr auf Feststellung eines höheren GdB gerichtetes Begehren auch im Berufungsverfahren mit der - allein - statthaften kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG - vgl. hierzu Urteil des Senats vom 08.06.2005 - L 3 SB 13/05 - m.w.N.\)](#) weiter. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung bleibt aber ohne Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Eine

wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die noch der Entscheidung des Beklagten vom 28.05.1996 zugrunde gelegen haben, ist nicht eingetreten.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn und soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse liegt dann vor, wenn sich durch das Hinzutreten neuer Gesundheitsstörungen oder durch eine Verschlimmerung der anerkannten Gesundheitsstörungen der Gesundheitszustand so verschlechtert, dass sich hierdurch der GdB um mehr als 5 senkt oder erhöht.

Gemäß [§ 69 Abs. 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer Behinderung fest. Behindert sind Menschen gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) dann, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Liegen dabei mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Als Schwerbehinderter Mensch ist anzuerkennen, wer die Voraussetzungen für die Zuerkennung eines GdB von wenigstens 50 erfüllt und seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder seine Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 73 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX hat.

Der Senat wendet zur Beurteilung des Grades der Behinderung im Einzelfall die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP), derzeit in der Ausgabe 2008, an. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) handelt es sich bei den AHP um antizipierte Sachverständigengutachten (vgl. Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) in [SozR 4-3250 § 69 Nr. 2](#)), deren Beachtlichkeit im konkreten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sich daraus ergibt, dass eine dem allgemeinen Gleichheitssatz entsprechende Rechtsanwendung nur so gewährleistet werden kann, und weil es sich um ein geeignetes, auf Erfahrungswerten der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge zur Einschätzung des GdB handelt. Den AHP kommt insoweit normähnliche Wirkung zu (vgl. BSG a.a.O.). Soweit für die Beurteilung des Beklagten noch die Anhaltspunkte 2004 maßgeblich waren, ist durch die Neufassung der Anhaltspunkte mit Ausgabe 2008 in den hier zu beurteilenden Einschränkungen keine Änderung eingetreten, so dass im Folgenden nur noch die AHP 2008 zitiert werden können.

Die an der Wirbelsäule vorliegenden Einschränkungen sind mit einem GdB von 20 angemessen bewertet. Der Senat stützt sich dabei auf das vom SG erhobene Gutachten des Dr. D. sowie auf das von Prof. Dr. R. vorgelegte orthopädische Fachgutachten. Bereits Dr. D. hat nach den von ihm erhobenen Befunde schlüssig und überzeugend dargelegt, dass nur unter Berücksichtigung von rezidivierenden Lumboischialgien rechts mit ausstrahlenden Schmerzen in das rechte Bein bei ansonsten freier Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und fehlender sensibler und motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen seitens lumbaler Spinalnerven von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt und damit von einem GdB von 20 ausgegangen werden kann. Dass rezidivierende Lumboischialgien zugrunde gelegt werden können, folgt trotz der klinisch unauffälligen Symptomatik bei der Untersuchung durch Dr. D. aus den Angaben des behandelnden Orthopäden Dr. O. in dessen sachverständiger Zeugenaussage vom 14.04.2005, der solche bestätigt und im Übrigen die Einstufung als mittelgradig teilt. Hiervon wesentlich abweichende Befunde hat auch Prof. Dr. R. in seinem Gutachten nicht erhoben. Die von ihm beschriebenen teilweise schlechter ausgemessenen Funktionsparameter der BWS und LWS als im Gutachten von Dr. D. (Oberkörperrotation im Sitzen bei fixiertem Becken nach rechts und links 25° [Dr. D.: 30°], Neigung des Oberkörpers nach rechts und links bis 20° [Dr. D.: 30°], Entfaltung der BWS beim Vornüberneigen mit einem Wert nach Ott von 30 auf 33 cm [bei einem Normalwert von 30/32 cm; Dr. D.: 30/31,5], Entfaltung der LWS von 10 auf 13 cm [bei einem Normalwert von 10/15; Dr. D.: 10/15], Fingerbodenabstand: 22 cm [Dr. D.: 16 cm] begründen keine andere Einschätzung. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der von ihm beschriebenen Parästhesie am 5. Zeh des rechten Fußes bei ansonsten unauffälligem neurologischen Befund. Weshalb Prof. Dr. R. zunächst von mittelgradigen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ausgegangen ist, hat er in seinem Gutachten nicht nachvollziehbar begründet. Diese Einschätzung stand auch im Widerspruch zu seiner im Gutachten vorgenommenen Bewertung des Schweregrades der Auswirkungen im Bereich der BWS einerseits und der LWS andererseits. Denn nur die an der BWS hat er dabei als mittelgradig bezeichnet. Es entspricht daher der Sachlage, wenn Prof. Dr. R. diese Einschätzung in der vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahme zurückgenommen hat.

Für die von den gehörten Sachverständigen übereinstimmend beschriebene geringe Bewegungseinschränkungen ohne wesentliche funktionelle Auswirkungen im Bereich der Halswirbelsäule wären bei isolierter Betrachtung kein GdB von wenigstens 10 in Ansatz zu bringen, wie Prof. Dr. R. zu Recht ausgeführt hat, sodass die Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule sich nicht erhöhend auswirken.

Soweit Prof. Dr. R. abweichend von dem Gutachten von Dr. D., der sowohl für die oberen wie auch für die unteren Extremitäten (abgesehen von einer endgradig eingeschränkten Beweglichkeit beider Großzehen) eine freie Beweglichkeit festgestellt hat, ein Impingement-Syndrom der linken Schulter mit einem mittleren Schweregrad beschrieben hat, kann ihm hinsichtlich der Bewertung mit einem Teil-GdB von 20 entsprechend der AHP 26.18 nur bedingt gefolgt werden. Ein GdB von 20 setzt hinsichtlich einer Bewegungseinschränkung im Schultergelenk nicht nur eine Limitierung der Anhebung des Armes auf bis 90°, sondern auch eine entsprechende Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit voraus. Die Rotation bei angelegtem Oberarm ist von ihm nach der Neutral-Null-Methode mit 50/0/80 ausgemessen worden und erfüllt damit die Vorgaben der AHP einer entsprechenden Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit bei Normalwerten von 40-60/0/95 nur knapp. Entgegen der vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme liegt auch keine Gebrauchseinschränkung der linken Hand (mehr) vor (die die beiden Gutachter nicht bestätigen konnten; vgl. Prof. Dr. R.: Händedruck seitengleich kräftig, Spitz-, Schlüssel-, Präzisions- und Hakengriff problemlos möglich, vgl. Blatt 8 d. Gutachtens). Gleiches gilt für das Karpaltunnelsyndrom (vgl. Dr. D.: Bl. 12 d. Gutachtens mit Verweis auf eine regelrechte elektroneurographische Untersuchung von Dr. S. v. 26.02.2002).

Der geltend gemachte Fersensporn beidseits, der Spreizfuß rechts mit beginnendem Hallux valgus sowie die beschriebene Großzehengrundgelenksarthrose rechts mit diskreter Bewegungseinschränkung im Großzehengrundgelenk rechtfertigen unter Berücksichtigung der durchgeführten Steh- und Gangprüfungen (Zehenstand, Zehengang, Fersenstand, Fersengang ohne Hilfestellung und ohne Gleichgewichtsstabilisierung möglich, vgl. Prof. Dr. R. Blatt 10 des Gutachtens, Dr. D., Blatt 6 d. Gutachtens) keinen GdB von

wenigstens 10. Gleiches gilt für die von beiden Sachverständigen beschriebene beginnende Coxarthrose rechts bei seitengleich frei beweglichen Hüftgelenken ohne wesentliche funktionelle Auswirkungen.

Auf internistischem Fachgebiet sind die von Prof. Dr. L. reproduzierbaren Koronarspasmen nicht mit einem höheren GdB als 10 einzustufen. Nach den AHP 26.9 sind für die Bemessung des GdB-Grades weniger die Art einer Herz- oder Kreislauferkrankung maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Krankheiten des Herzens werden mit einem GdB von wenigstens 20 erst mit einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung angegeben. Die AHP 26.9 nennen als Beispiel hierfür forsches Gehen (5-6 km/h), mittelschwere körperliche Arbeit oder Beschwerden und pathologische Messdaten bei einer Ergometerbelastung über 75 Watt über wenigstens zwei Minuten. Das vorliegende Gutachten hat eine solche Leistungsminderung nicht nachweisen können. Zwar musste das Belastungs-EKG nach 1 Minute 55 Sekunden bei einer Belastung mit 75 Watt abgebrochen werden, dies aber nicht wegen einer kardialen Limitierung, sondern aufgrund einer muskulären Erschöpfung. Das EKG wurde als unauffällig mit regelrechtem RR- und HF-Verhalten gewertet. Auch im Rahmen der durchgeführten Echokardiographie und Bodyplethysmographie waren Herz- und Lungenfunktion nicht eingeschränkt. Die Röntgenaufnahme des Thorax gab darüber hinaus keinen Hinweis auf kardiale Dekompensationszeichen oder Infiltrate und wurde ebenso als altersentsprechend gewertet. Die Bewertung des Sachverständigen, die glaubhaft auslösbaren Beschwerden müssten in der Zusammenschau mit den Risikofaktoren arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie als mittelschwere Einschränkung eingestuft werden, überzeugt den Senat nicht. Denn sie gründen sich allein auf den Angaben der Klägerin in der Anamnese, es träte nach ca. 2 bis 3 Stockwerken eine belastungsabhängige Dyspnoe mit Engegefühl im Hals und Ausstrahlung nach links pectoral auf. Das Ausmaß der dabei auftretenden Leistungsminderung ist durch objektiv vorliegende Befunde nicht belegt. Denn die von Prof. Dr. L. durchgeführte Untersuchung hat gerade keine Hinweise hierauf ergeben und der Verweis darauf, dass die Ergebnisse unter Berücksichtigung der hochdosierten Medikation zu bewerten seien überzeugt den Senat bereits deshalb nicht, weil dies auch für die Belastungen im Alltag gilt.

Gleiches gilt auch für die von Prof. Dr. L. angenommene Darmdivertikulose. Auch hier führt der Sachverständige aus, dass zum Zeitpunkt der persönlichen Vorstellung der Klägerin weder nach klinischer Untersuchung noch aufgrund der laborchemischen Befunde ein Hinweis auf das Vorliegen einer Divertikulitis bestanden habe und (nur) aufgrund der in der Anamnese gemachten Angaben über rezidivierende linksseitige Unterbauchbeschwerden ohne stärkere Schmerzsensationen und vegetative Begleitsymptome ein GdB von 20 für sinnvoll erachtet worden sei. Unter Berücksichtigung der Angaben von Dr. L. in seiner Antwort auf die Anfrage des Senats vom 14.04.2008, es sei deswegen nur zu einer einmaligen Konsultation im Februar 2004 gekommen und es habe sich um einen kurzen Verlauf gehandelt, ist im Hinblick auf die Vorgaben der AHP 26.10 (Chronische Darmstörungen ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen) ein GdB von mehr als 10 ebenfalls nicht zu rechtfertigen. Dies gilt selbst dann, wenn - wie Dr. L. ausgeführt hat - es möglich erscheine, dass weitere Schübe ohne Medikation durchgestanden worden wären. Stärkere und häufig rezidivierende oder anhaltende Symptome wie Durchfälle und Spasmen, die nach den AHP einen GdB von wenigstens 20 rechtfertigen könnten, sind dadurch nämlich nicht nachgewiesen.

Das Kopfschmerzsyndrom ist als eigenständige Behinderung zu fassen, nachdem ein Zusammenhang mit den Einschränkungen von Seiten der Halswirbelsäule nicht belegt ist. Keiner der gehörten orthopädischen Sachverständigen hat diese ursächlich auf die Verschleißerscheinungen zurückgeführt. Entsprechend den Angaben der Klägerin im Rahmen der Begutachtung bei Prof. Dr. L. über etwa alle zwei Wochen auftretende migräneartige Kopfschmerzen ohne Sehstörung und Lichtempfindlichkeit, aber mit Übelkeit und in Übereinstimmung mit dessen Bewertung, es handele sich insoweit um einen geringen Schweregrad, hält auch der Senat hierfür die Annahme eines GdB von 10 für gerechtfertigt.

Soweit Prof. Dr. L. in seinem Gutachten darüber hinaus eine Pankreaslipomatose, eine Steatosis hepatis und eine Knotenstruma ohne wesentliche Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft diagnostiziert hat, hat er hierfür zu Recht keinen GdB von wenigstens 10 in Ansatz gebracht.

Die seelische Störung ist mit einem GdB von 20 angemessen berücksichtigt. Mit diesem GdB sind bereits leichtere psychovegetative oder psychische Störungen gemäß den AHP 26.3 maximal bewertet berücksichtigt. Nachdem der langjährig behandelnde Hausarzt weder eine entsprechende Diagnose angegeben hat noch eine fachpsychiatrische Behandlung durchgeführt wurde oder noch erfolgt und auch die gehörten Sachverständigen keine weiteren Ermittlungen angeregt haben, hält der Senat einen GdB in dieser Höhe für sachgerecht. Hinweise darauf, dass bereits eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliegt, ergeben sich aus den vorliegenden Befunden und Gutachten nicht. Die insoweit allein stehende und fachfremde Äußerung des Orthopäden Dr. O. vermag angesichts fehlender weiterer Hinweise nicht zu überzeugen. Weiterer Ermittlungen bedurfte es daher nicht.

Insgesamt betrachtet liegt ein höherer Gesamt-GdB als der bereits berücksichtigte GdB von 40 nicht vor. Nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) ist dann, wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegen, der GdB nach den Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Eine Addition der einzelnen Grade sowie eine andere Rechenmethode zur Bildung des Gesamt-GdB sind dabei unzulässig. Grundsätzlich ist von der schwersten Funktionsbeeinträchtigung auszugehen und unter Beachtung der weiteren Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, in aller Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte (vgl. AHP Nr. 19 (4) S. 26). Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Ausgehend von den vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen, die auf orthopädischem Fachgebiet einen GdB von zweimal 20 (für die Einschränkungen von Seiten der Wirbelsäule und für Einschränkung der Schulterbeweglichkeit), auf psychiatrischem Fachgebiet einen weiteren GdB von 20, für das Kopfschmerzsyndrom einen GdB von 10 und auf internistischem Fachgebiet einen GdB von zweimal 10 bedingen, ist der vom Beklagte angesetzte GdB von 40 nicht zu beanstanden. Durch die vorliegenden Einschränkungen wird die Klägerin in der Gesamtschau der Einschränkungen auch nicht in gleicher Weise an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehindert, wie dies etwa bei behinderten Menschen der Fall ist, die beispielsweise an Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule) oder an Mukoviszidose mit deutlich eingeschränkten Aktivitäten und deutlich eingeschränkter Lungenfunktion leiden. Hierfür sehen Die AHP jeweils für sich allein genommen einen GdB von 50 vor.

Die Berufung ist daher zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-12