

L 6 SB 3736/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 18 SB 3933/07

Datum

24.06.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 3736/08

Datum

19.02.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.06.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht der Grad der Behinderung (GdB) des 1957 geborenen Klägers.

Der Kläger beantragte am 07.08.2006 die Feststellung seines GdB und gab als Gesundheitsstörungen eine Borreliose, eine Strecksehnedurchtrennung im linken Daumen, eine Instabilität beider Handgelenke, Bandscheibenschäden mit Nervenentzündung, einen Bruch in der linken Schulter, eine Sägeverletzung im linken Knie und einen Grauen Star an. Vorgelegt wurden die Arztbriefe des Internisten Dr. K. vom 28.07.2006 (Diagnosen: klinisch dringender Verdacht auf Acrodermatitis chronica atrophicans bei anamnestisch und serologisch gesicherter Borreliose im Folgestadium und Chlamydia-pneumoniae-Co-Infektion) und vom 09.05.2006 (Diagnosen: Verdacht auf Borreliose-Erkrankung im Folgestadium, Chlamydia-pneumoniae-Co-Infektion und Verdacht auf Hypertriglyceridämie bei stark lipämischem Serum), der Ärztin für Anästhesiologie und spezielle Schmerztherapie Dr. Sch. vom 10.04.2006 (Diagnosen: chronifiziertes Schmerzsyndrom Grad III, Fibromyalgiesyndrom, Borreliose-Lyme-Krankheit, Erythema chronicum migrans durch Borrelia burgdorferi) und vom 18.07.2005 (Diagnosen: funktionelle Blockierungen der Halswirbelsäule, ISG-Blockade, chronifiziertes Schmerzsyndrom Grad II, Fibromyalgiesyndrom und Erythema chronicum migrans durch Borrelia burgdorferi), der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 16.06.2005 (Diagnosen: Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom und Ausschluss eines hirngeweblichen Psychosyndroms), der Internistin und Rheumatologin Dr. R. vom 16.03.2005 (Beurteilung: chronisches Schmerzsyndrom vom Fibromyalgie-Typ), des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. H. vom 13.12.2004 (Ausschluss einer Borrelieninfektion), des Prof. Dr. Sch., Chefarzt der Neurologischen Klinik der Klinik C. G., vom 03.11.2004 (Diagnosen: Verdacht auf Neuroborreliose und Halswirbelsäulensyndrom), des Dr. H., Oberarzt an der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T., vom 02.09.2004 (Diagnosen: Ausschluss einer Neuroborreliose, Spannungskopfschmerzen, Spondylarthrose HWK 5/6 und 6/7, Polyarthralgie und Herdbefund im Elektroenzephalogramm links frontotemporal), des Arztes für Orthopädie Dr. G. vom 26.07.2004 (Befund: freie Halswirbelsäulen-Beweglichkeit sowie kräftiger Druckschmerz im Bereich des Ansatzes des rechten Nackenstreckers und der Hinterhauptschuppe), des Dr. Sch., Facharzt für Neurologie an der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie der Städtischen Klinik in E., vom 15.07.2004 (Diagnosen: Spannungskopfschmerzen, Halswirbelsäulensyndrom, Polyarthralgie, Herdbefund im Elektroenzephalogramm und Ausschluss morphologischer Befunde) und von Dr. L., Chefarztin in der Abteilung für Hand- und plastische Chirurgie des Kreiskrankenhauses N., vom 30.12.2003 (Diagnose: Strecksehnedurchtrennung D II links), das Attest des Orthopäden Dr. v. Sch. vom 21.03.2002 sowie diverse ältere medizinische Unterlagen. Das Landratsamt E. holte den ärztlichen Befundschein des Augenarztes Dr. K. vom August 2006 (Visus rechts 0,9 und links 1,0, Gesichtsfeld ohne Befund und kein Grauer Star) ein. Dr. S. brachte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.09.2006 ein chronisches Schmerzsyndrom als Funktionsbehinderung in Ansatz und bewertete den GdB des Klägers mit 10. Mit Bescheid vom 07.09.2006 lehnte das Landratsamt E. den Antrag des Klägers ab.

Hiergegen legte der Kläger am 08.09.2006 Widerspruch ein. Dr. S. hielt in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 28.09.2006 an der bisherigen Beurteilung fest. Der Kläger legte die Arztbriefe von Prof. Dr. v. d. D. von der Klinik für Dermatologie und Allergologie des Klinikums S., vom 12.12.2006 und von Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik des Klinikums S., vom 14.12.2006 (Diagnosen jeweils: Ausschluss einer Neuroborreliose, Zustand nach Acrodermatitis chronica atrophicans im Bereich beider Vorfüße bei ambulant positiver Borrelien-Serologie, Polyneuropathie der Beine unklarer Genese, periphere Angiopathie, Cholezystolithiasis/Steatosis hepatis und Zustand nach Nikotin-Abusus) sowie von Dr. D., Facharzt für Neurologie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen an den Kliniken Sch., vom 08.03.2007 (Diagnosen: beinbetonte Tetraparese, periphere Polyneuropathie unklarer Genese, Verdacht auf

parainfektiöses Geschehen, periphere Angiopathie, Zustand nach Acrodermatitis chronica atrophicans bei positiver Borrelien-Serologie, vermehrte Ermüdbarkeit, chronischer Nikotin-Abusus und Cholecystolithiasis) vor. Aktenkundig sind auch das rheumatologische Gutachten von Dr. G. vom 06.09.2006 (Diagnosen: Fibromyalgiesyndrom, Ausschluss einer Borreliose und Nikotin-Abusus) und das amtsärztliche Zeugnis von Dr. W. vom 05.10.2006. Dr. W. brachte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 29.03.2007 ein Fibromyalgiesyndrom, ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Polyneuropathie als Behinderungen in Ansatz und bewertete den Gesamt-GdB mit 40. Außerdem bestehe eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2007 stellte der Beklagte den GdB des Klägers mit 40 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit ab 01.06.2004 fest und wies den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 16.05.2007 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Die diagnostizierte chronische Borreliose im Folgestadium sei mit in die Bildung des Gesamt-GdB zu integrieren. Außerdem bestünden multiple Gelenkbeschwerden sowie Nackensteifigkeit. Vorgelegt wurde der Arztbrief von der Dr. K. vom 29.05.2008 (Diagnosen: Borreliose-Erkrankung im Folgestadium, Chlamydia-pneumoniae-Co-Infektion, Verdacht auf Hypertriglyceridaemie bei stark lipämischen Serum).

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Sch. vom 22.06.2007, Dr. G. vom 03.07.2007, Dr. K. vom 06.07.2007 und Dr. G. vom 12.07.2007 ein. Dr. Sch. führte unter Beifügung ihres Arztbriefes vom 18.07.2005 unter anderem aus, das Fibromyalgiesyndrom sei beim Kläger mit einem GdB von 40 zu bewerten. Am gravierendsten für die Einschränkung im Alltag wirke sich jedoch der im zeitlichen Zusammenhang mit der Borrelioseinfektion aufgetretene Dauerkopfschmerz aus, der auch unter multimodaler Schmerztherapie nur mäßig beeinflussbar erscheine. Das chronische Schmerzsyndrom und darin inbegriffen der chronische Dauerkopfschmerz seien analog zu den Schweregraden der Migräne mit einem GdB bis zu 50 einzuschätzen. Nennenswerte psychische Begleiterscheinungen bestünden nicht. Dr. G. führte unter Beifügung ihrer Arztbriefe vom 16.06.2005 und 28.08.2006 (Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom sowie Ausschluss einer spinalen Läsion und eines hirnorganischen Psychosyndroms) aus, auf Grund der Chronifizierung und der geschilderten Beschwerden und Einschränkungen bestehe ein Fibromyalgiesyndrom mit mittelgradigen Auswirkungen ohne psychische Begleiterkrankung. Dr. K. schätze den Schweregrad der Gesundheitsstörungen mit mittelschwer ein. Dr. G. wies darauf hin, in Bezug auf die von ihm behandelten Ellbogen- und Kniebeschwerden sei kein GdB zu vergeben. Hierzu legte der Beklagte die versorgungsärztliche Stellungnahme vom Dr. Berg vom 09.10.2007 vor, wonach höhergradige Funktionsbeeinträchtigungen bislang nicht aktenkundig seien.

Sodann holte das SG das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. vom 25.03.2008 ein. Der Sachverständige diagnostizierte auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine Angststörung bei diskreter Polyneuropathie letztendlich unklarer Ätiologie, einen Verdacht auf Borreliose, ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom in wechselnder Ausprägung und Lokalisation, ohne dass eine somatoforme Schmerzstörung ausgeschlossen sei, ein Carpal tunnel syndrome links sowie Spannungskopfschmerzen und bewertete diesbezüglich den Teil-GdB mit 30. Unter Berücksichtigung der fachfremden Diagnosen periphere Angiopathie und Zustand nach Acrodermatitis chronica atrophicans schätzte Dr. P. den Gesamt-GdB mit 40 ein.

Mit Urteil vom 24.06.2008 wies das SG die Klage ab und führte zur Begründung aus, unabhängig davon, ob nun eine Neuroborreliose vorliege oder nicht, sei unter Berücksichtigung der anerkannten Bewertungskriterien das chronische Schmerzsyndrom beziehungsweise Fibromyalgiesyndrom des Klägers mit einem GdB von 40 ausreichend bewertet. Die multilokuläre Schmerzhaftigkeit vorwiegend mit Schmerzen am Nacken und Hinterkopf, im Bereich des linken Ellenbogens, der Sprunggelenke sowie die Müdigkeit und Konzentrationsstörungen könnten nicht mit schweren Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gleichgestellt werden. Eine Erhöhung des GdB auf 50 wegen der Kopfschmerzsymptomatik sei nicht möglich, da diese bereits vom chronischen Schmerzsyndrom mit erfasst werde. Auch die weiteren Gesundheitsstörungen des Klägers wie die diskrete Polyneuropathie sowie ein nicht bedeutungsvolles Carpal tunnel syndrome links führten ebenfalls nicht zu einer Erhöhung des GdB. Wesentliche Beeinträchtigungen des Alltags ergäben sich hieraus nicht. Auch die weiteren aktenkundigen Erkrankungen, wie die periphere Angiopathie und der Zustand nach einer Acrodermatitis chronica atrophicans, bedingten ebenfalls keinen eigenständigen GdB. Die Hauterkrankung sei in ihrem äußeren Erscheinungsbild abgeklungen. Die Angiopathie sei hinsichtlich der damit verbundenen Schmerzzustände im GdB für das chronische Schmerzsyndrom mit umfasst.

Gegen das ihm am 14.07.2008 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 05.08.2008 Berufung eingelegt. Er hat ausgeführt, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb es das SG offen gelassen habe, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf eine Borreliose-Erkrankung zurückzuführen seien. Er hat darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Beurteilung seiner Dienstfähigkeit am 15.01.2008 bei Prof. Dr. T., Direktor des Zentrums für Seelische Gesundheit am B. S., ein Gutachten und am 22.01.2008 bei der Diplom-Psychologin T. eine testpsychologische Untersuchung und Begutachtung sowie am 26.03.2008 eine weitere Untersuchung durch Prof. Dr. W. erfolgt seien, so dass davon auszugehen sei, dass die Entscheidung des SG trotz der erfolgten umfangreichen Beweisaufnahme auf einem nur unvollständig erhobenen medizinischen Sachverhalt beruhe. Einer Beiziehung des Gutachtens von Prof. Dr. T. und des Befundberichts von Prof. Dr. W. hat der Kläger jedoch nicht zugestimmt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.06.2008 und den Bescheid vom 07.09.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, seinen GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte den Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

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

Zu Recht hat der Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 07.09.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2007 den GdB des Klägers mit 40 festgestellt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf einen höheren GdB.

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung die für den Rechtsstreit maßgeblichen Rechtsvorschriften zutreffend und umfassend dargestellt und ausgeführt, weshalb im vorliegenden Verfahren ein höherer GdB als 40 nicht festzustellen ist. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - BSG [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)) "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten ist. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien erfolgte hierdurch nicht. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft und damit gewährleistet, dass gegenüber dem bisherigen Feststellungsverfahren keine Schlechterstellung möglich ist. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des SG eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt. Zutreffend hat das SG offen gelassen, ob das Schmerzsyndrom des Klägers auf eine Neuroborreliose zurückzuführen ist oder nicht. Insoweit hat das SG zu Recht darauf hingewiesen, dass für die Bestimmung des GdB die Funktionsdefizite und nicht die einzelnen Diagnosen maßgeblich sind. In diesem Zusammenhang überzeugt auch der Hinweis des Klägers auf die AHP Nr. 54, S. 183 und Nr. 140, S. 254, wonach bei der Begutachtung der entzündlich-rheumatischen Krankheiten der serologische Nachweis von großer Bedeutung sein könne, nicht. Denn dieser Teil der AHP bezieht sich auf Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht und insbesondere auf die dort erforderliche Kausalitätsprüfung einzelner Krankheitszustände. Zur Prüfung der Kausalität ist tatsächlich die einzelne Diagnose von entscheidender Bedeutung. Dies gilt aber gerade nicht für die Feststellung des GdB. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass sich der Kläger nicht mit Erfolg auf die zwischenzeitlich durch Prof. Dr. T. und Prof. Dr. W. durchgeführten Begutachtungen berufen kann, da es dem Senat aufgrund der fehlenden Zustimmung des Klägers nicht möglich war, diese Gutachten beizuziehen.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-03-10