

L 8 SB 2708/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 9 SB 3552/03

Datum

21.02.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2708/07

Datum

14.08.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. Februar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) streitig.

Am 03.07.2003 beantragte der 1945 geborene Kläger beim Versorgungsamt R. (VA) die Feststellung der Höhe des GdB nach dem SGB IX. Das VA holte von dem Neurologen Dr. E. den Befundbericht vom 22.07.2003 (nebst dem Kurentlassungsbericht der Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie der LVA Schwaben in O. vom 11.03.2003) und von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. den Befundbericht vom 18.07.2003, dem weitere ärztliche Unterlagen beigelegt waren, ein. Der sich zu den aktenkundigen ärztlichen Unterlagen äußernde Versorgungsarzt (Dr. Sch. vom 23.08.2003) gelangte zu der Beurteilung, beim Kläger lägen ein metabolisches Syndrom und ein Teilverlust des Dickdarms (GdB 20), eine chronische Bronchitis, Lungenfunktionsstörung (GdB 20), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Spinalkanalstenose (GdB 20), eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks (GdB 10) sowie eine Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform, Funktionsstörung durch beidseitige Zehenfehlform, Funktionsbehinderung des linken Sprunggelenks (GdB 10) vor. Der Gesamt-GdB betrage 40. Dementsprechend stellte das VA beim Kläger mit Bescheid vom 03.09.2003 einen GdB von 40 und eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit seit 03.07.2003 fest.

Dagegen legte der Kläger am 25.09.2003 Widerspruch ein und machte geltend, der GdB sei im Hinblick auf die ärztlichen Unterlagen weitaus höher als 40. Er bitte daher um nochmalige Überprüfung der Unterlagen. Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme, wonach alle Funktionsstörungen erfasst und angemessen bewertet seien, wies das Landesversorgungsamt Baden-Württemberg den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.2003 zurück.

Am 28.11.2003 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG), mit der er einen GdB von mindestens 50 geltend machte. Im Vordergrund stehe bei ihm der Teilverlust des Dickdarms und die chronische Bronchitis mit Lungenfunktionseinschränkung. Etwa gleichgewichtig seien die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und der Bandscheibenschaden zu bewerten. Eher untergeordnet seien die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Schultergelenks und die beidseitige Fußfehlform. Die bei ihm vorliegende chronische obstruktive Bronchitis mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion sei im Hinblick auf die Ergebnisse der am 14.11.2001 in der S.-Reha-Klinik der BfA in S. erfolgten Lungenfunktionsprüfung nicht nur mit einem GdB von 20, sondern mit einem solchen von 30 zu bewerten. Ferner leide er unter häufig rezidivierenden und Wochen andauernden ausgeprägten Wirbelsäulensyndromen, die ebenfalls mit einem GdB von 30 zu bewerten seien. Insgesamt sei deshalb ein GdB von mindestens 50 anzunehmen. Hinzu komme, dass die Schulterbeschwerden eine eindeutige Verschlechterungstendenz aufwiesen.

Das SG hörte zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Lungenfacharzt Dr. E. berichtete am 07.10.2004 über das Ergebnis seiner Behandlung am 18.01.2002 (zu einer vereinbarten Kontrolluntersuchung sei der Kläger unentschuldig nicht erschienen) und gab an, er habe eine leicht- maximal mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung mit schon relativ deutlicher Lungenüberblähung (mittel-schwergradig) als Hinweis für eine chronische obstruktive Atemwegserkrankung festgestellt. Nach einer Bronchiolysmolyse habe sich der Befund verbessert, so dass bei adäquater Behandlung und Kontrolle das Krankheitsbild sicher hätte beeinflusst werden können, zumal der Kläger auch zum Untersuchungszeitpunkt ohne Therapie gewesen sei. Er denke, dass die beim Kläger

bestehende Symptomatik mit einem Gesamt-GdB von 40 ausreichend bewertet sei. Von seinem Fachgebiet aus betrage der GdB zunächst 20 - maximal 40, wobei berücksichtigt werden müsse, dass sich unter adäquater Behandlung und konsequenter Kontrolle möglicherweise der GdB viel stärker in Richtung 20 als in Richtung 40 bewege. Insgesamt seien die großen Funktionsparameter bis maximal 20% eingeschränkt. Dr. R. beschrieb am 12.10.2004 den Krankheits- und Behandlungsverlauf und hielt die aktuelle Bewertung der Funktionsstörungen des Klägers vorbehaltlich der ärztlichen Stellungnahmen aus fachorthopädischer bzw. fachneurologischer Sicht für angemessen. Dr. E. gab unter dem 14.10.2004 an, der Kläger habe sich vom 09.09.2002 bis 10.05.2004 in seiner ambulanten Behandlung befunden. Er habe über Rückenschmerzen mit Taubheitsgefühlen in beiden Beinen, wenn er kurze Zeit bergauf laufe, geklagt. Die auf seinem Fachgebiet bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit Dauercharakter bedingten einen GdB von 20 bis 30. Beigefügt waren u. a. auch den Kläger nicht betreffende Fremdbefundberichte anderer Patienten. Am 12.11.2004 schilderte der Orthopäde Dr. G. unter Vorlage seiner Untersuchungsberichte vom 22.07. und 14.11.2002 den Behandlungsverlauf und gab an, er habe den Kläger nach 2002 nur noch einmal am 29.10.2004 wegen Kreuzschmerzen behandelt. Als Diagnosen habe er ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Tendomyopathie der LBH-Region rechts mehr als links und degenerative Lendenwirbelsäulenveränderungen gestellt. Eine Bewertung dieser Gesundheitsstörungen nach dem Schwerbehindertenrecht sei ihm nicht möglich. Schließlich äußerte sich Dr. D., Chefarzt der Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie der LVA Schwaben in O., am 20.12.2004 zu den während der stationären Rehabilitation vom 22.01.2003 bis 12.02.2003 gestellten Diagnosen und erhobenen Befunden. Er hielt die Bewertung des Wirbelsäulenschadens mit einem GdB von 20 und des Schultergelenksleidens mit einem GdB von 10 ebenso wie den Gesamt-GdB (40) nicht für zu knapp bemessen.

Anschließend holte das SG jeweils auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Privatdozent (PD) Dr. L., Direktor der Klinik für Orthopädie des S.-B.-Klinikums V.-S., ein fachorthopädisches Gutachten, von Dr. S. ein internistisch-pulmologisches und von Dr. B., Direktor der Klinik für Neurologie am S.-B.-Klinikum V.-S. ein neurologisches Gutachten ein. PD Dr. L. diagnostizierte in seinem orthopädischen Gutachten vom 11.01.2006 nach ambulanter Untersuchung des Klägers ein degeneratives Wirbelsäulenverschleißleiden mit Bandscheibenprotrusion sowie sensotrischen Wurzelerkrankungen L5 und S1 rechts mit rezidivierenden Wirbelsäulenbeschwerden, ein degeneratives Halswirbelsäulenverschleißleiden mit Uncovertebralarthrose und Blockierung der Halswirbelsäule mit rezidivierenden cervicalen Beschwerden ohne neurologische Defizite, ein subacromiales Impingement der rechten Schulter mit Degeneration der Supraspinatussehne und florider Bursitis subacromiales bei freier Schultergelenksfunktion und regelrechter Kraftentwicklung rechts, einen mäßiggradigen Senk-Spreizfuß ohne Zehenfehlstellung und eine beginnende Daumensattelgelenksarthrose links. Die lumbale, degenerative Wirbelsäulenerkrankung sei mit einem GdB von 20 und die Halswirbelsäulenerkrankung mit einem GdB von 10 zu bewerten. Insgesamt ergebe sich insoweit ein GdB von 20. Mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die eine Erhöhung des Gesamt-GdB auf 30 ermöglichen, lägen nicht vor. Die Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (120 ° Abduktion und Anteversion) bedinge einen GdB von 10. Ob ein höherer Gesamt-GdB gerechtfertigt sei, hänge vom Ausmaß der Lungenfunktionseinschränkung ab. In seinem internistisch-pulmologischen Gutachten vom 30.03.2006 gelangte der Internist und Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S. nach ambulanter Untersuchung des Klägers zu der Beurteilung, der Kläger leide an einer mit einer mittelschweren Funktionseinschränkung verbundenen chronisch-obstruktiven Bronchitis, die seit der Antragstellung (03.07.2003) einen GdB von 20 bedingt habe. Da die Untersuchung im Vergleich zu den Ergebnissen der von Dr. E. am 18.01.2002 durchgeführten Lungenfunktionsprüfung eine Befundverschlechterung ergeben habe, sei jetzt von einem GdB von 30 auszugehen. Ferner bestehe eine unbehandelte arterielle Hypertonie mit wahrscheinlich schon bestehenden Organschäden, die mit einem GdB von 20 zu bewerten sei. Insgesamt sei für die Zeit ab 03.07.2003 ein GdB von 40 und ab dem Untersuchungszeitpunkt ein GdB von 50 anzunehmen. Die höhere Bewertung ergebe sich aus einer im Vergleich zu den Vorbefunden objektiv schlechteren Lungenfunktion und einen behandlungspflichtigen Bluthochdruck mit überhöhten Blutdruckwerten in Ruhe und vollkommen in adäquatem Blutdruckanstieg unter Belastung mit zu vermutenden, durch die arterielle Hypertonie verursachten Organschäden. Am 08.06.2006 teilte Dr. B., der vom SG - ebenfalls auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG - mit der Erstattung eines neurologischen Gutachtens beauftragt worden war, dem SG mit, dass die übersandte SG-Akte Fremdbefunde von anderen Personen (Anlagen Bl. 33 und 34 der Akten zu den schriftlichen Angaben von Dr. E. vom 14.10.2004) enthielten. Er bitte um die Genehmigung zur Durchführung eines MRT der Lendenwirbelsäule. Das SG ließ sich daraufhin von Dr. E. den Bericht über die Computertomographie der Lendenwirbelsäule des Klägers vom 12.09.2002 übersenden. Der Sachverständige Dr. B. gelangte in seinem auf einer Untersuchung des Klägers am 12.07.2006 beruhenden fachneurologischen Gutachten vom 24.07.2006 zu dem Ergebnis, der Kläger leide unter chronischen Veränderungen der Wirbelsäule infolge knöcherner Veränderungen und Bandscheibenvorwölbungen, die die vom Kläger angegebenen anhaltenden Rückenschmerzen sowie die teilweise in ein Bein ausstrahlenden Schmerzen infolge zeitweiliger Wurzelerkrankungen erklärten. Hierfür sei ein GdB von 20 anzusetzen. Insgesamt sei ein GdB von 40 auch zum heutigen Zeitpunkt als ausreichend anzusehen, da noch bisher vom Kläger nicht ausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeiten vorlägen. Internistischerseits sei lediglich ein GdB von 30 für die Lungenerkrankung zu berücksichtigen. Soweit der Sachverständige Dr. S. eine behandlungsbedürftige arterielle Hypertonie mit wahrscheinlich schon bestehenden Organschäden diagnostiziert und in seine Bewertung einbezogen habe, sei zu bemerken, dass er sich hierfür auf die einen anderen Patienten betreffende Kernspintomographie des Schädels vom 13.10.2004 bezogen habe.

Der Kläger wandte sich gegen die Beurteilung von Dr. B. und machte auch mittels eines erfolglos gebliebenen Befangenheitsantrag gegen diesen Sachverständigen (Beschluss des SG vom 04.01.2007) geltend, es sei nicht Sache des Sachverständigen zu beurteilen, ob und inwieweit eine Behandlung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen notwendig sei bzw. Aussicht auf Erfolg biete. Vielmehr sei es seine Aufgabe, die vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten. Mittlerweile seien bei ihm neue gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten, sodass ein GdB von mindestens 50 gerechtfertigt sei. Das SG zog von Dr. R. neben dem Schreiben des Augenarztes Dr. C. vom 14.12.2005 und dem Behandlungsbericht des Hautarztes Dr. H. vom 30.03.2006 den Bericht vom 05.07.2006 über die stationäre Behandlung des Klägers im Kreiskrankenhaus R. vom 27.06. bis 06.07.2006 bei. Darin wurden eine Nephrolithiasis (Abgang eines Harnsäuresteins, Harnwegsinfekt), eine hypertensive Entgleisung (Beginn einer antihypertensiven Therapie, sekundäre Nephropathie), eine diabetische Stoffwechsellage, ein Verdacht auf COPD, eine Adipositas und eine Hypercholesterinämie diagnostiziert.

Ferner ließ sich das SG von Dr. R. noch die ab 15.07.2006 angefallenen ärztlichen Unterlagen, zu denen der Laborbefund vom 25.07.2006 und der HNO-ärztliche Bericht von Dr. M-H vom 05.02.2007 zählten, übersenden.

Der Beklagte trat der Klage weiter entgegen und machte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 19.10.2006 geltend, dass weiterhin ein GdB von 40 angemessen sei. Dies sei im Ergebnis auch im Gutachten von Dr. B. bestätigt worden. Sowohl das Darm- und Lungenleiden als auch das Wirbelsäulenleiden bedingten jeweils einen GdB von 20. Die übrigen Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere die neu hinzugekommenen Gesundheitsstörungen (Bluthochdruck, mit Diät einstellbarer

Diabetes mellitus, Nephropathie) seien jeweils nur mit einem GdB von 10 zu bewerten.

Mit Urteil vom 21.02.2007, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 14.05.2007, wies das SG die Klage ab. Es hielt einen GdB von insgesamt 40 für angemessen und stützte diese Entscheidung auf die aktenkundigen ärztlichen Äußerungen und die auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten von Dr. L. und Dr. B. ... Der Einschätzung des Sachverständigen Dr. S., wonach die beim Kläger vorliegende Lungenfunktionseinschränkung aufgrund der bei der Untersuchung am 16.02.2006 gewonnenen Ergebnisse ab diesem Zeitpunkt mit einem GdB von 30 zu bewerten sei, folgte es nicht, da es bezüglich der in diesem Gutachten beschriebenen mittelschweren Obstruktion - mangels anderweitiger Untersuchungsbefunde - am Nachweis einer dauerhaften Verschlechterung der Lungenfunktion fehle.

Dagegen hat der Kläger am 30.05.2007 Berufung eingelegt, mit der er weiterhin einen GdB von mindestens 50 geltend macht. Das SG habe die auf internistischem Gebiet bei ihm vorliegenden Funktionsstörungen, die insgesamt einen GdB von 40 und zusammen mit seinen orthopädischen Leiden einen GdB von 50 bedingten, nur sehr unzureichend geprüft und gewertet. Entgegen der Auffassung des SG sei durch das Gutachten von Dr. S. eine dauerhafte Verschlechterung der Lungenfunktion nachgewiesen worden. Vollkommen zu Recht habe der Sachverständige insoweit einen GdB von 30 angenommen. Hinzu komme die Hypertonie, die von Dr. S. als besonders schwerwiegend beurteilt worden sei, weil es nach der Belastung nicht zu einer Blutdrucknormalisierung gekommen sei. Die beginnende Organschädigung sei durch den Klinikbericht des Kreiskrankenhauses R. vom 05.07.2006 nachgewiesen. Dort seien auch außerordentlich hohe Blutdruckwerte bei der Langzeitblutdruckmessung festgestellt worden. Entscheidend sei jedoch, dass wegen diesen massiv erhöhten Blutdruckwerten eine Nephropathie im Stadium IV vorliege. Die Bewertung des Bluthochdrucks und des Diabetes mit einem GdB von jeweils lediglich 10 sei daher nicht zutreffend. Mittlerweile habe sich seine Atemnot verschlimmert. Unabhängig davon bestehe eine Herz-Kreislaufkrankung, die ebenfalls zu berücksichtigen sei. Nachdem der Sachverständige Dr. S. in seinem Gutachten vom 30.03.2007 (lediglich) den Verdacht geäußert habe, dass es bei ihm zwischenzeitlich zu sekundären Organschäden gekommen ist, müsse der Sachverhalt insoweit von Amts wegen aufgeklärt werden. Hilfsweise beantrage er insoweit die Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) von Prof. G., Universitätsklinik T ...

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. Februar 2007 aufzuheben und den Bescheid des Beklagten vom 3. September 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. November 2003 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend und vertritt die Auffassung, dass die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers - auch in der Gesamtschau - mit einem GdB von 40 angemessen bewertet seien.

Der Senat hat Dr. S. und Dr. R. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. S. hat über die Behandlung des Klägers am 02.05.2007 berichtet (Aussage vom 06.11.2007) und unter Vorlage seines Arztbriefes vom 03.05.2007 und der Ergebnisse der am 16.02.2006 und 02.05.2007 erfolgten Lungenfunktionsprüfungen angegeben, der Kläger habe im Mai des Jahres 2007 über zunehmende Atemnot bei körperlicher Belastung geklagt. Eine signifikante Veränderung habe sich bei der Untersuchung nicht ergeben. Es persisiere eine mittelschwere Funktionseinschränkung. Die beim Kläger vorliegende chronisch obstruktive Bronchitis mit mittelschwerer Funktionseinschränkung bedinge nach seiner Einschätzung weiter einen GdB von 30. Bezüglich der Herz-Kreislaufkrankung sei von ihm keine weitere Diagnostik erfolgt, so dass er keine entsprechende Einschätzung vornehmen könne. Dr. R. hat am 06.02.2008 über die Behandlung des Klägers seit Oktober 2004 berichtet, die von ihm gestellten Diagnosen mitgeteilt und angegeben, der Kläger klage im Vergleich zu den vergangenen Jahren über zunehmende Rückenschmerzen und eine deutliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Orthopädischerseits lägen ihm derzeit kein aktuellen Befundberichte vor. Die arterielle Hypertonie liege sicher seit 2003 vor; seinerzeit sei eine antihypertensive Therapie begonnen worden. Der Blutdruck sei medikamentös gut eingestellt. Gleiches gelte für den Diabetes mellitus, der im Moment sehr gut eingestellt sei (Verweis auf den beiliegenden Laborbefund vom 05.12.2007). Der Senat hat dem Kläger am 25.03. und 07.05.2008 mitgeteilt, dass das hilfsweise beantragte Gutachten nach [§ 109 SGG](#) nicht eingeholt werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und die Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) auch insgesamt zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50.

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 03.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.2003, mit dem der Beklagte beim Kläger ab 03.07.2003 einen GdB von 40 festgestellt hat. Der Kläger macht demgegenüber geltend, dass seine Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere die auf internistischem Gebiet liegenden Gesundheitsstörungen, höher zu bewerten seien und unter Berücksichtigung der orthopädischerseits bestehenden Funktionsstörungen ein GdB von 50 bestehe.

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1](#) des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 17](#) BVG erlassenen und am 01.01.2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)), so dass die mit den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2008" (AHP) inhaltsgleichen "Versorgungsmedizinischen Grundsätze"

(Anlage zu § 2 VersMedV - VG-) nun heranzuziehen sind.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet (vgl. Teil A Nr. 3 der VG). In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (VG a.a.O.). Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 3 der VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (vgl. [BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und SozR 3-3879 § 4 Nr. 5, jeweils zu den AHP).

Das SG ist unter Heranziehung der genannten gesetzlichen Vorschriften und der Beurteilungsgrundsätze der AHP zu dem Ergebnis gekommen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers mit einem GdB von 40 zutreffend bewertet sind. Der Senat kommt unter zusätzlicher Berücksichtigung der Ergebnisse der im Berufungsverfahren erfolgten weiteren medizinischen Sachaufklärung in Anwendung der VG zum selben Ergebnis. Die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers rechtfertigen keinen höheren GdB als 40. Diese Beurteilung des Senats gründet sich im Wesentlichen auf die Angaben der vom SG gehörten behandelnden Ärzte des Klägers, die im sozialgerichtlichen Verfahren nach [§ 109 SGG](#) eingeholten fachärztlichen Gutachten, die Angaben der im Berufungsverfahren gehörten behandelnden Ärzte Dr. S. und Dr. R. sowie auf die aktenkundigen Klinik- und Arztberichte.

Eine Würdigung der vom SG auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten und der weiteren genannten ärztlichen Unterlagen ergibt, dass der Kläger hauptsächlich durch den Teilverlust des Dickdarms, die Lungenfunktionsstörung und die Wirbelsäulenveränderungen beeinträchtigt ist. Hinzu kommen noch eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Funktionsstörungen im Bereich der Füße und des linken Sprunggelenks, eine arterielle Hypertonie, ein mit Diät einstellbarer Diabetes mellitus und eine Nephropathie.

Beim Kläger liegt ein mit einem GdB von 20 zu bewertendes metabolisches Syndrom und ein Teilverlust des Dickdarms vor. Die Annahme eines GdB von 30 - wie vom Kläger im Berufungsverfahren geltend gemacht - ist hierfür nicht gerechtfertigt. Keiner der sich im Laufe des Verfahrens zum Gesundheitszustand des Klägers äußernden Ärzte hat - sofern sie dieses Leiden überhaupt erwähnt haben - eine höhere Bewertung als mit einem GdB von 20 befürwortet. Chronische Darmstörungen, wozu auch die hier vorliegende Darmteilresektion gehört, sind nach Teil B Nr. 10.2.2 der VG nur mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten, wenn sie nicht mit wesentlichen Beschwerden und Auswirkungen verbunden sind. Erst bei stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z.B. Durchfälle, Spasmen) ist ein GdB von 20 bis 30 anzunehmen. Ein GdB von 40 bis 50 setzt eine erhebliche Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes voraus. Nachdem der Kläger nach dem internistisch-pulmologischen Gutachten von Dr. S. vom 30.03.2006 bei einer Größe von 172 cm 98 kg wog und über (nur) etwa alle sechs Wochen auftretende Probleme mit Durchfall und Blähungen sowie Infekten geklagt hat, bestehen Zweifel, ob ein GdB von 20 dadurch überhaupt erreicht wird. Jedenfalls ist ein GdB von über 20 angesichts der Auswirkungen dieses Leidens nicht anzunehmen.

Die Wirbelsäulenerkrankung des Klägers ist zur Überzeugung des Senats ebenfalls mit einem GdB von 20 zu bewerten. Beim Kläger besteht nach dem vom SG eingeholten orthopädischen Gutachten von Dr. L. vom 11.01.2006 ein degeneratives Wirbelsäulenverschleißleiden mit Bandscheibenprotrusion sowie sensomotorische Wurzelirritationen L5 und S1 rechts mit rezidivierenden Wirbelsäulenbeschwerden und ein degeneratives Halswirbelsäulenverschleißleiden mit Uncovertebralarthrose und Blockierung der Halswirbelsäule mit rezidivierenden cervikalen Beschwerden und bis auf eine Hypästhesie im Dermatom L 5 zeigten sich in allen Wirbelsäulenabschnitten keine neurologischen Defizite. Bei der Untersuchung durch Dr. L. ergab sich eine weitgehend harmonische Entfaltung der Gesamtwirbelsäule mit mäßigem Muskelhartspann, aber ohne Myogelosen. Die damit verbundenen Funktionseinschränkungen entsprechen Wirbelsäulenschäden mit allenfalls mittelgradigen funktionellen Auswirkungen (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome), die nach Teil B Nr. 18.9 der VG mit einem GdB von 20 zu bewerten sind. Zu dieser Beurteilung ist auch Dr. L. in seinem orthopädischen Gutachten gelangt, obgleich bei freier Beweglichkeit der HWS und nur -nach Dr. L.- minimalen Einschränkungen der In- und Reklination sowie der Rotation und Entfaltung der LWS ein Teil-GdB von 10 näher liegt. Mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die einen GdB von 30 bedingen würden, liegen - wie der Sachverständige in seinem Gutachten ausführt - nicht vor. Die Einschätzungen der anderen sich hierzu dezidiert äußernden Ärzte (Dr. E. GdB 20 bis 30; Dr. D. GdB 20) stimmen hiermit im Wesentlichen überein, wobei hervorzuheben ist, dass Dr. D., dessen Einschätzung auf Untersuchungen während einer dreiwöchigen Kur des Klägers beruht, angegeben hat, dass ein GdB von 20 für den Wirbelsäulenschaden nicht zu knapp bemessen sei. Dass der Kläger nach den Angaben von Dr. R. vom 06.02.2008 gegenüber dem Senat im Vergleich zu den vergangenen Jahren über zunehmende Rückenschmerzen geklagt hat, erlaubt nicht den Schluss, dass das Wirbelsäulenleiden sich so verschlechtert hat, dass nun die Annahme eines GdB von 30 gerechtfertigt ist. Der Umstand, dass Dr. R. kein aktueller fachärztlicher Behandlungsbericht vorliegt und deshalb anzunehmen ist, dass sich der Kläger auch nicht in fachorthopädischer Behandlung befindet, steht einer entsprechenden objektiven Befundverschlechterung entgegen und spräche letztlich sogar für einen Teil-GdB von 10.

Der Kläger leidet weiter an einer mit einer Lungenfunktionseinschränkung verbundenen chronisch-obstruktiven Bronchitis. Diese ist entgegen der Auffassung des Klägers auch für die Zeit nach der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. S. (16.02.2006) nur mit einem GdB von 20 zu bewerten. Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades sind nach Teil B Nr. 8.3 der VG mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Dies setzt eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen (fünf bis sechs km), mittelschwere körperliche Arbeit) sowie ferner voraus, dass die statischen und dynamischen Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu ein Drittel niedriger als die Sollwerte bei im Normbereich befindlichen Blutgaswerte sind. Vorliegend hat der Sachverständige Dr. S. in seinem internistisch-pulmologischen Gutachten vom 30.03.2006 zwar einen GdB von 20 für die Zeit seit Antragstellung (03.07.2003) bestätigt, aber bei seiner Untersuchung im Vergleich zu den

Ergebnissen der von Dr. E. am 18.01.2002 durchgeführten Lungenfunktionsprüfung eine Befundverschlechterung konstatiert, so dass jetzt von einem GdB von 30 auszugehen sei. Dieser Beurteilung des GdB folgt der Senat jedoch nicht. Dr. E. hatte gegenüber dem SG angegeben, er habe beim Kläger am 18.01.2002 eine leicht- maximal mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung mit schon relativ deutlicher Lungenüberblähung (mittel-schwergradig) als Hinweis für eine chronische obstruktive Atemwegserkrankung festgestellt. Insgesamt seien die großen Funktionsparameter bis maximal 20 % eingeschränkt gewesen. Ein GdB von 20, wie von Dr. E. bei adäquater Behandlung und konsequenter Kontrolle tendenziell für angemessen gehalten, bewegt sich damit im vorgegebenen Bewertungsrahmen, wobei ein GdB von 30 und 40 nach Auffassung des Senats nur dann (und damit hier nicht) gerechtfertigt ist, wenn die Lungenfunktionsprüfung Einschränkungen der Messwerte bis zu einem Drittel (33 %), mithin wesentlich über 20 %, ergeben. Die Ergebnisse der von dem Sachverständigen Dr. S. am 16.02.2006 durchgeführten Lungenfunktionsprüfung belegen zwar schlechtere Messwerte, insbesondere was die dynamischen Werte anbetrifft (Sekundenkapazität und Vitalkapazität jeweils mit 51 % mittelschwer eingeschränkt) - die statischen Messwerte waren demgegenüber nur leicht erniedrigt (inspiratorische Vitalkapazität 76 % und Totalkapazität 89 % der Normwerte) - mit dem Ergebnis, dass Dr. S. eine mittelschwere Obstruktion diagnostiziert und ab dem Untersuchungszeitpunkt einen GdB von 30 angenommen hat. Die im Rahmen des stationären Aufenthalts des Klägers im Kreiskrankenhaus R. vom 27.06. bis 06.07.2006 durchgeführte Lungenfunktionsprüfung ergab jedoch wesentlich günstigere Messwerte (93 % bzw. 72 %), sodass lediglich eine leicht eingeschränkte restriktive und obstruktive Ventilationsstörung diagnostiziert wurde. Der Senat sieht daher die Voraussetzungen für die Annahme einer Lungenfunktionsstörung, die dauerhaft das Ausmaß einer einen GdB von 30 bedingenden Funktionsstörung hat, nicht als erfüllt an. Die von Dr. S. am 16.02.2006 und 02.05.2007 durchgeführten Lungenfunktionsprüfungen belegen ebenfalls im Wesentlichen nur weit weniger als um ein Drittel eingeschränkte Sollwerte. Im Übrigen hat Dr. S. eine signifikante Befundänderung gegenüber den seinem Gutachten zugrunde liegenden Werten in seinem Bericht vom 06.11.2007 verneint.

Die weiteren beim Kläger vorliegenden Funktionsstörungen bedingen jeweils nur einen GdB von 10. Hierzu gehören das Schultergelenks- und Fussleiden, dessen Bewertung mit einem GdB von 10 der Kläger auch nicht angreift, die Nephropathie und auch der nach den Angaben von Dr. R. gegenüber dem Senat vom 06.02.2008 im Moment sehr gut eingestellte Diabetes mellitus. Ein höherer GdB für die Zuckerkrankheit lässt sich angesichts der geltenden Bewertungsgrundsätze (vgl. Teil B Nr. 15 der VG), wonach diese mit Diät allein eingestellt (ohne Blutzucker regulierende Medikamente) einen GdB von 0 und mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen, einen GdB von 10 bedingt.

Ein GdB von 10 ist auch für den laut Angaben von Dr. R. vom 06.02.2008 medikamentös gut eingestellten arteriellen Blutdruck anzunehmen. Dies folgt aus Teil B Nr. 9.3 der VG, wonach eine leichte Hypertonie, die nicht oder nur mit einer geringen Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) verbunden ist, einen GdB von 0 bis 10 bedingt. Erst eine mittelschwere Hypertonie mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades ist mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten. Eine entsprechende Organbeteiligung lag und liegt jedoch nicht vor. Die Beurteilung von Dr. S. in seinem Gutachten vom 30.03.2006, wonach beim Kläger aufgrund seiner Hypertonie wahrscheinlich schon Organschäden bestehen, beruht erkennbar (vgl. S. 7 oben des Gutachtens) auf dem den schriftlichen Angaben von Dr. E. gegenüber dem SG vom 07.10.2004 (offensichtlich irrtümlich) beigegeführten, aber einen anderen Patienten betreffenden Bericht über die Kernspintomographie des Schädels vom 14.10.2004. Dies hat auch schon der Sachverständige Dr. B. in seinem fachneurologischen Gutachten vom 24.07.2006 und ihm folgend das SG im angefochtenen Urteil zutreffend festgestellt. Die bis 2006 teilweise deutlich erhöhten Blutdruckwerte können der Beurteilung - auch nicht für die Vergangenheit - nicht zugrunde gelegt werden, da eine nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) zu berücksichtigende Funktionsstörung (mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate bestehende Gesundheitsstörung) insoweit nicht vorlag. Dem bereits genannten Gutachten von Dr. S. ist zu entnehmen, dass das Bluthochdruckleiden des Klägers seinerzeit (16.02.2006) noch unbehandelt war. Der spätere Krankheitsverlauf (Blutdruckwerte z. B. am 18.07. 2006 nach den Angaben von Dr. R. 115/80) zeigt, dass es bei einer rechtzeitigen und hier zweifellos gebotenen medikamentösen Behandlung des Bluthochdrucks des Klägers nicht dazu gekommen wäre, dass diese Leiden zeitweise eine mittelschwere Form angenommen hat.

Eine Herzkreislauferkrankung liegt beim Kläger nicht vor. Bei der lungenfachärztlich gebotenen Abklärung, ob ein pathologischer kardiologischer Befund vorliegt, ergab sich bei keiner der mehreren internistischen Untersuchungen ein auffälliger Befund. Nach dem internistisch-pulmologischen Gutachten von Dr. S. vom 30.03.2006 war das Ruhe- EKG normal und es fanden sich keine Hinweise auf eine Belastungskoronarinsuffizienz. Die während des stationären Aufenthalts des Klägers im Kreiskrankenhaus R. im Juni/Juli 2006 durchgeführten Untersuchungen ergaben zwar neben einer Nephropathie Stadium IV einen massiv erhöhten Blutdruck, aber einen unauffälligen Herz-Lungenbefund mit unauffälligem EKG bei "rhythmischer" Herzaktion und ohne pathologische Herzgeräusche. Auch bei der späteren Untersuchung durch Dr. S. am 02.05.2007 ergab sich kein auffälliger Herzbefund (Bericht vom 03.05.2007: normal großes Herz ohne Stauungszeichen). Anhaltspunkte für eine Herzerkrankung des Klägers gibt es folglich nicht, sodass die Einholung eines kardiologischen Gutachtens von Amts wegen nicht erforderlich ist. Über den Antrag nach [§ 109 SGG](#) auf Einholung eines internistisch-kardiologischen Gutachtens von Prof. Dr. G., Universitätsklinik T., hat der Senat nicht entscheiden müssen, denn der Klägerbevollmächtigte hat den Antrag in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ausdrücklich nicht aufrecht erhalten.

Zudem ist der von Dr. S. gestellten Verdachtsdiagnose eines Bluthochdrucks mit Organbeteiligung angesichts des von ihm insoweit irrtümlich berücksichtigten, aber einen anderen Patienten betreffenden Befundberichts vom 14.10.2004 die Grundlage entzogen, so dass eine entsprechende Abklärung nicht nur nicht erforderlich, sondern schlichtweg unangebracht ist. Die Beurteilung des Bluthochdrucks, das der Senat für ausreichend abgeklärt hält, ist internistisch aufgeklärt und nicht zwingend Sache eines Kardiologen.

Insgesamt ergibt sich kein höherer GdB als 40. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist von der schwerwiegendsten Funktionsbeeinträchtigung auszugehen. Dementsprechend hält es der Senat für angemessen, dem GdB von 20 für das metabolische Syndrom und den Darmteilverlust jeweils zehn Punkte für das Wirbelsäulenleiden und die Lungenfunktionsstörung hinzuzufügen, um den Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers insgesamt gerecht zu werden. Daraus folgt ein Gesamt-GdB von 40. Ein höherer Gesamt-GdB ergibt sich auch dann nicht, wenn man mit Dr. S. für die Atemwegserkrankung einen Teil-GdB von 30 annimmt. Aufgrund des wechselhaften Verlaufs mit Phasen einer gebesserten Lungenfunktion, wie er durch die voneinander abweichenden Untersuchungsergebnisse dokumentiert ist, wird ein Teil-GdB von 30 nur knapp erreicht. Zudem sind die beiden Teil-GdB-Werte von 20 für den Teilverlust des Dickdarms und die Wirbelsäulenerkrankung ebenfalls zu Gunsten des Klägers gerade zu rechtfertigen, sodass ihnen aber bei der Gesamt-GdB-Bildung keine erhöhende Wirkung zukommt. Die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen (Schultergelenks- und Fussleiden, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Nephropathie) bedingen jeweils keinen höheren GdB als 10, sodass eine weitere Erhöhung im Hinblick auf

die Grundsätze zur Bildung des Gesamt-GdB (vgl. Teil A Nr. 3 d) ee) der VG) nicht gerechtfertigt ist. Diese Beurteilungsregel ist vom Bundessozialgericht ausdrücklich bestätigt worden (vgl. BSG [SozR 3-3870 § 4 Nr. 28](#)). Ein Ausnahmefall, der mit der in Teil A Nr. 3 d) ee) der VG genannten Art vergleichbar wäre, liegt hier nicht vor.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-09-04