

L 3 SB 4467/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 SB 1116/08

Datum
28.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 4467/09

Datum
16.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. August 2009 wird zurückgewiesen.

Die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 30. September 2009 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung der Eigenschaft als Schwerbehinderter.

Der 1947 geborene Kläger stellte am 24.09.2007 beim Beklagten den Erstantrag nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Nach Beiziehung des ärztlichen Entlassungsberichts der Fachklinik S., W., vom September 2007 und gestützt auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Pf. stellte der Beklagte mit Bescheid vom 13.11.2007 einen Grad der Behinderung (GdB) von 30 ab dem 22.07.2007 fest und anerkannte eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit. Als Funktionsbeeinträchtigungen wurden ein abgelaufener Herzinfarkt, eine coronare Herzkrankheit, ein coronarer Bypass sowie eine Fettstoffwechselstörung festgestellt. Die geltend gemachten Gesundheitsstörungen "Meniskusoperation, Nierenstein, Wirbelsäulenleiden" bedingten keine Funktionsbeeinträchtigung bzw. keinen Einzel-GdB von wenigstens 10 und stellten deshalb keine Behinderung im Sinne des SGB IX dar.

Den hiergegen unter Vorlage zahlreicher weiterer Arztunterlagen erhobenen Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2008, gestützt auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z.-C., zurück. Zwar lägen als weitere Funktionsstörungen eine Kniearthrose links und eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks vor, die jedoch jeweils nur einen Einzel-GdB von jeweils 10 bedingten und deshalb zu keiner wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führten.

Hiergegen hat der Kläger am 12.03.2008 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers Dr. H., Dr. R., Dr. K. und M. als sachverständige Zeugen gehört. Auf deren Aussagen wird Bezug genommen. Es hat sodann auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei dem Neurologen und Psychiater Dr. Dr. B. ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt. Im Gutachten vom 10.01.2009 hat dieser ausgeführt, seit einer Bypass-Operation am 26.07.2007 sei der Kläger antriebsarm. Die Ausfallserscheinungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bewertete er wie folgt:

Trapeziusatrophie rechts, Teil-GdB 10 Sensibilitätsstörungen des zweiten Astes des rechten Nervus trigeminus Teil-GdB 10 Radikuläre Reizerscheinungen der hinteren Wurzeln S 2 bis S 5 beidseits Teil-GdB 20 Motorische Ausfallserscheinungen (Abduktionsschwäche des Fingers I und V links, Extensionsschwäche der Zehen I-V links) Teil-GdB 20 Cerebellare Koordinationsstörungen Teil-GdB 30 Seelisch-geistige Veränderungen Teil-GdB 10 Den Gesamt-GdB schätze er aus neurologisch-psychiatrischer Sicht mit 50 ein.

Der Beklagte hat daraufhin unter Bezugnahme auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Medizinaldirektorin Dr. von der B. vom 07.05.2009 ein Vergleichsangebot (GdB 40 ab 01.01.2009) unterbreitet, das der Kläger nicht angenommen hat.

Mit Urteil vom 28.08.2009 hat das SG den Bescheid vom 13.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2008 abgeändert und den Grad der Behinderung ab dem 22.07.2007 mit 40 festgestellt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, im Vordergrund der Funktionsstörungen des Klägers stehe dessen coronare Herzerkrankung nach abgelaufenem Herzinfarkt mit Anlage eines coronaren Bypass. Der Kläger sei vorübergehend lediglich bis zu 50 Watt belastbar gewesen. Zwischenzeitlich

sei er jedoch wieder bis zu 150 Watt belastbar ohne Hinweise auf Angina pectoris-Beschwerden, eine Kreislaufdysregulation oder eine Belastungsischämie, wie den Aussagen der behandelnden Ärzte Dr. K. und Dr. W. entnommen werden könne. Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) bedinge dies einen Teil-GdB von 20. Hiervon seien auch eventuelle Einschränkungen des Klägers im gesellschaftlichen Leben wie z.B. bei der Sportausübung oder dem Tanzen mit berücksichtigt.

Ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, das sich in einer vorzeitigen Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit äußere und als leicht bis mittelgradig ausgeprägt einzustufen sei, sei mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Gleichfalls einen Teil-GdB von 20 bedingten die vom Sachverständigen Dr. Dr. B. beschriebenen Gleichgewichtsstörungen, die in ihrem Ausmaß einer stärkeren Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen bzw. Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe gleichzustellen seien.

Mit einem Teil-GdB von jeweils 10 zu bewerten seien die Kniegelenksarthrose links sowie die Trapeziusschwäche rechts.

Keinen Teil-GdB von wenigstens 10 bedingten die Fettstoffwechselstörung, die geringgradigen Wasseransammlungen im Bereich des rechten Fußes bzw. des rechten Beines, das vom Kläger geltend gemachte Wirbelsäulenleiden und die leichten Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich in Form einer Hyperästhesie und Hypalgesie im Versorgungsbereich des zweiten Astes des rechten Nervus Trigemini. Eine Funktionsstörung im Bereich des rechten Ellenbogens liege nicht vor. Insgesamt sei deshalb ein Gesamt-GdB von 40 ab dem 22.07.2007, dem Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose der coronaren Herzerkrankung, festzustellen.

Gegen das am 03.09.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 30.09.2009 Berufung eingelegt.

Mit Ausführungsbescheid gleichfalls vom 30.09.2009 hat der Beklagte den GdB mit 40 seit 22.07.2007 festgestellt.

Der Kläger trägt vor, der Sachverständige Dr. Dr. B. habe die Funktionsbehinderungen nachvollziehbar festgestellt und bewertet. Zudem habe sich sein Gesundheitszustand mittlerweile verschlechtert. Hierzu hat er Arztbriefe des Orthopäden Prof. Dr. Sch.-W. vom 23.11.2009 und des Internisten und Sportmediziners Dr. S. vom 03.12.2009 vorgelegt. Prof. Dr. Sch.-W. hat ausgeführt, am rechten Knie seien die Beschwerden rückläufig. Am linken Knie bestehe eine lateral betonte Gonarthrose, hinsichtlich der Therapie sei zunächst zuzuwarten. Mittelfristig werde ein Oberflächenersatz für das linke Knie angeraten. Die Bewegungsmaße hat er mit 120-0-0 angegeben. Dr. S. hat ausgeführt, der Kläger schildere seit drei Wochen Kraftlosigkeit in den Beinen und seit zwei Wochen Krämpfe in den Unterschenkeln beidseits. Es bestünden eine deutliche Arteriosklerose, jedoch keine Hinweise auf Stenosen und somit eine arterielle Verschlusskrankheit im Stadium 1. Diese sei jedoch nicht Ursache der vom Kläger geklagten Wadenkrämpfe, dem ein Gehtraining empfohlen werde.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. August 2009 sowie den Bescheid des Beklagten vom 13. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2008 und den Bescheid vom 30. September 2009 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von mindestens 50 ab dem 22. Juli 2007 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 30. September 2009 abzuweisen.

Er trägt vor, aus dem orthopädischen Befundbericht vom 23.11.2009 von Prof. Dr. Sch.-W. lasse sich von Seiten des linken Kniegelenks keine den Gesamt-GdB beeinflussende Funktionseinschränkung ableiten. Dies gelte auch für die im Befundbericht vom 03.12.2009 von Dr. S. erwähnte arterielle Verschlusskrankheit im Stadium I.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Gegenstand des Verfahrens ist auch der Bescheid des Beklagten vom 30.09.2009 geworden, über den der Senat auf Klage entscheidet.

Die Berufung und die Klage des Klägers sind jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Der Senat folgt nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage in vollem Umfang den Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil und schließt sich ausdrücklich dessen Bewertung der Sach- und Rechtslage an. Gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) kann der Senat von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absehen, soweit er den Gründen der angefochtenen Entscheidung folgt und die Berufung als unbegründet zurückweist. Hiervon macht der Senat zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen Gebrauch.

Ergänzend ist Folgendes auszuführen: Auch die vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten medizinischen Unterlagen rechtfertigen keine Erhöhung des GdB. Dies gilt zum einen für die von Dr. S. genannte arterielle Verschlusskrankheit Stadium I. Nach Ziffer 9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im

Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Nach Ziffer 9.1.3 VMG ist nach einem Herzinfarkt der GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.

Messdaten über eine Minderbelastbarkeit hat Dr. S. nicht mitgeteilt, so dass sich ein höherer Teil-GdB als 20 mit den vorgelegten Unterlagen nicht begründen lässt. Dr. S. hat zwar in der Anamnese Krämpfe in den Unterschenkeln angegeben, jedoch ausgeführt, die arterielle Verschlusskrankheit sei nicht die Ursache der Wadenkrämpfe. Eine sonstige Diagnose hat er auch nicht gestellt und ein Gehtraining empfohlen. Eine Erhöhung des GdB lässt sich hierdurch nicht rechtfertigen.

Gleiches gilt für die von Prof. Dr. Sch.-W. mitgeteilte Diagnose einer Gonarthrose links. Maßgeblich für die Feststellung des GdB ist die Bewegungseinschränkung. Unter Zugrundelegung der von Prof. Dr. Sch.-W. erhobenen Bewegungsmaße (Streckung-Beugung 120-0-0 Grad) kommt kein höherer als der bereits zugrunde gelegte Teil-GdB von 10 in Betracht.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-24