# L 8 SB 1457/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 3166/09
Datum
02.03.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1457/10
Datum
29.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2. März 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Die am 1949 geborene Klägerin ist k. Staatsangehörige. Sie ist im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung. Zwei Anträge der Klägerin auf Feststellung des GdB blieben erfolglos, da der GdB unter 20 betrug (Bescheid des Versorgungsamts Karlsruhe vom 12.11.1996 und vom 21.01.1998/Widerspruchsbescheid des Landesversorgungsamts Baden-Württemberg vom 08.06.1998). In einem von der Klägerin außerdem gegen die Edel- und Unedelmetall Berufsgenossenschaft geführten Rechtsstreit (L 1 U 3746/72) erklärte sich die Berufsgenossenschaft durch gerichtlichen Vergleich bereit, bei der Klägerin bis zur Berufsaufgabe anhaltende Hauterscheinungen als Hautkrankheit nach Nr. 5101 der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anzuerkennen sowie die Voraussetzungen des § 3 BKV zu prüfen.

Die Klägerin beantragte am 01.12.2008 (erneut) beim Landratsamt Karlsruhe - Amt für Versorgung und Rehabilitation - (LRA) die Feststellung des GdB. Das LRA holte den Befundschein des Orthopäden Dr. L. vom 19.01.2009 ein und nahm weitere medizinische Befundunterlagen zu den Akten (Berichte Dr. Ha. vom 11.12.2008, Dr. Bu. vom 17.11.2008, Dr. H. vom 15.11.2007, Dr. Be. vom 04.06.2007 und Dr. He. vom 30.11.2006). Mit Bescheid vom 23.03.2009 stellte das LRA bei der Klägerin entsprechend einer gutachtlichen Stellungnahme des ärztlichen Dienstes (Dr. G. vom 19.03.2009) wegen degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Kalksalzminderung des Knochens (Teil-GdB 20) sowie wegen einer Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, einer Depression und einer Allergie/Hauterkrankung (Teil-GdB jeweils 10) den GdB mit 20 seit dem 01.12.2008 fest.

Gegen den Bescheid vom 23.03.2009 legte die Klägerin am 06.04.2009 Widerspruch ein, mit dem sie wegen Funktionsbehinderungen der Hüftgelenke, der Wirbelsäule, einer Osteoporose, Bluthochdrucks, einer schweren Depression und einer Allergie/Hauterkrankung einen GdB von mindestens 50 geltend machte. Das LRA holte den Befundbericht von Dr. Hu. vom 22.01.2009 ein, und ließ diesen durch seinen ärztlichen Dienst auswerten (gutachtliche Stellungnahme Dr. K. vom 24.05.2009, der für die Depression den Teil-GdB mit 20 und den Gesamt-GdB mit 30 vorschlug). Mit Teilabhilfebescheid vom 12.06.2009 stellte das LRA bei der Klägerin den GdB mit 30 sowie das Vorliegen einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des § 33b Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 01.12.2008 fest. Im Übrigen wurde der Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - vom 09.07.2009 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Auswertung der ärztlichen Unterlagen habe ergeben, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen in vollem Umfang erfasst und mit einem GdB von 30 angemessen bewertet seien.

Hiergegen erhob die Klägerin am 20.07.2009 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie machte zur Begründung geltend, aufgrund ihrer Krankheiten und Funktionsbehinderungen (Wirbelsäulenleiden, Kalksalzminderung des Knochens, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Bluthochdruck, schwere Depression, Allergie/Hauterkrankung) sei bei ihr ein GdB von 50 gegeben.

Das SG zog (durch den die Klägerin behandelnden Arzt für Innere Medizin Dr. Ha. ) medizinische Befundunterlagen bei (Berichte Dr. K. vom 03.12.2009, R. Klinik B. vom 25.11.2009, Dr. Hu. vom 03.11.2009 und 20.01.2009 sowie Dr. Bo. vom 20.03.2009).

Mit Gerichtsbescheid vom 02.03.2010 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung seiner Entscheidung aus, zur Überzeugung der

Kammer stehe fest, dass die Auswirkungen der Beeinträchtigungen bei der Klägerin keinen höheren GdB, insbesondere keinen GdB von 50, bedingten. Die Berichte von Dr. K. , der R. Klinik B. sowie von Dr. Bo. belegten keine Funktionsbeeinträchtigungen, die über einen Zeitraum von sechs Monaten hinausgingen. Nach dem Bericht von Dr. Hu. lasse sich auf psychiatrischem Gebiet nicht die Feststellung treffen, dass bei der Klägerin bereits stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 vorlägen. Die im Bericht der R. Klinik B. diagnostizierte Neuronitis vestibularis sei nicht weiter beschrieben worden. Zudem sei es bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Ein höherer GdB, insbesondere ein GdB von 50, lasse sich bei der Klägerin nicht feststellen.

Gegen den Gerichtsbescheid vom 02.03.2010 hat die Klägerin am 22.03.2010 beim SG Berufung eingelegt, die dem Landessozialgericht Baden-Württemberg vorgelegt worden ist. Die Klägerin hat zur Begründung vorgetragen, entgegen der Auffassung des SG bestehe bei ihr auf psychiatrischem Fachgebiet ein Teil-GdB von 30 bis 40. Sie leide an einer schweren Depression, weshalb sie sich in ständiger Behandlung bei Dr. Hu. befinde. Hinzu kämen ein Drehschwindel und eine akute Vestibulopathie, d.h. eine Neuronitis vestibularis. Hierzu habe das SG weitere Ermittlungen unterlassen. Unter Berücksichtigung der weiteren Behinderungen Wirbelsäulenleiden, Osteoporose, Funktionsbehinderung der Hüftgelenke, Bluthochdruck und Allergie liege ein GdB von 50 vor.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2. März 2010 aufzuheben und den Bescheid des Beklagten vom 23. März 2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 12. Juni 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Juli 2009 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr den Grad der Behinderung mit 50 seit 1. Dezember 2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Sachargumente, die eine abweichende Beurteilung begründen könnten, seien der Berufungsschrift nicht zu entnehmen.

Der Senat hat den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Hu. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dr. Hu. hat sich in seiner Stellungnahme vom 27.07.2010 zum Behandlungsverlauf, zu den von der Klägerin beklagten Beschwerden, zu den von ihm erhobenen Befunden und festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen sowie zu Veränderungen im Gesundheitszustand der Klägerin geäußert.

Der Beklagte ist der Berufung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Gö. vom 15.12.2010 weiter entgegen getreten.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung am 08.04.2011 erörtert worden. Die Klägerin hat durch ihre Bevollmächtigte ein Attest von Dr. L. vom 28.03.2011 und einen Befundbericht von Dr. Si. vom 01.02.2011 vorgelegt. Sie hat außerdem die Vorlage weiterer aussagekräftiger medizinischer Befundunterlagen angekündigt. Auf die Niederschrift vom 08.04.2011 wird Bezug genommen.

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

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die Berufungsakte L 1 U 3742/02 sowie ein Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG auch insgesamt zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§ 124 Abs. 2 SGG), ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung des GdB von über 30 seit dem 01.12.2008.

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 - im Falle der Klägerin für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage - mit den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2008" (AHP) inhaltsgleichen "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (Anlage zu § 2 VersMedV - VG -) 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).

Hiervon ausgehend sind der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 23.03.2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheids vom 12.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.07.2009 sowie der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 02.03.2010 nicht zu beanstanden.

Entgegen der Ansicht der Klägerin sind die auf psychiatrischem Gebiet liegenden Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 20 angemessen bewertet. Nach den VG Teil B Nr. 3.7 sind bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20 und erst bei stärker behindernden Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Dass bei der Klägerin schwere Störungen (z.B. eine schwere Zwangskrankheit) vorliegen, die nach den VG einen GdB von mindestens 50 rechtfertigen, ist nicht ersichtlich und wird von der Klägerin im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Bei der Klägerin liegen zur Überzeugung des Senats auch keine stärker behindernden Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vor. Nach dem Befundbericht von Dr. Hu. vom 22.01.2009 an das LRA, den Dr. Ha. auf Anforderung des SG auch im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegt hat, ist die Klägerin wach. Ihre Orientierung ist zeitlich, örtlich, situativ und zur Person sicher. Die Konzentrationsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis sind nicht beeinträchtigt. Es besteht eine sichere Auffassungsgabe. Im Kontaktverhalten ist die Klägerin zugewandt. Der formale Gedankengang ist geordnet, jedoch grübelnd. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Suizidalität bestehen bei der Klägerin nicht. Der Antrieb, Psychomotorik sowie die Schwingungsfähigkeit sind leicht reduziert. Vitalgefühlstörungen sind mäßig ausgeprägt. Die Stimmungslage ist gedrückt. Es bestehen eine leichte Affektlabilität und ein leichter sozialer Rückzug, zirkadiane Schwankungen sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Nach dem weiteren vorgelegten Befundbericht von Dr. Hu. vom 03.11.2009 ist der psychische Verlauf bei der Klägerin schwankend. Im Querschnitt besteht eine verminderte Belastbarkeit. Nach dem von Dr. Ha. vorgelegten Bericht der R. Klinik B. vom 25.11.2009 ist die Klägerin wach und allseits orientiert. Danach kann bei der Klägerin nicht von einer stärker behindernden seelischen Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgegangen werden. Vielmehr bestehen bei der Klägerin - im Durchschnitt - lediglich leichtere psychovegetative oder psychische Störungen, die nach den VG mit einem GdB mit 0 bis 20 zu bewerten sind. Diesen Bewertungsrahmen hat der Beklagte mit einem Teil-GdB von 20 voll ausgeschöpft. Dass bei der Klägerin eine relevante Änderung im Sinne einer Verschlimmerung eingetreten ist, lässt sich der vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Hu. vom 27.07.2010 nicht entnehmen. Dr. Hu. teilt in seiner Stellungnahme vom 27.07.2010 vielmehr lediglich Einbußen im dynamischen Bereich, Vitalgefühlstörungen und kognitive Einschränkungen ohne Angabe einer Verschlimmerung seit Januar 2009 mit, die den Rückschluss auf eine stärker behindernde seelische Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht plausibel machen, worauf Dr. Gö. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.12.2010 überzeugend hingewiesen hat, dem sich der Senat anschließt. Dass die von Dr. Hu. diagnostizierte episodenhaft auftretende mittelschwere bis schwere Depression bei der Klägerin in der Gesamtbetrachtung mit gravierenderen Einschränkungen einhergeht, ist nicht ersichtlich. Vielmehr sind die durch die seelische Erkrankung der Klägerin hervorgerufenen Störungen nach dem oben Ausgeführten als leicht zu bewerten.

Der von der Klägerin zur Begründung ihrer Berufung außerdem geltend gemachte Drehschwindel (psychogener Schwindel) und die (akute) Vestibulopathie (Neuronitis vestibularis) rechtfertigen einen Gesamt-GdB von über 30 nicht. Nach den VG Teil B Nr. 5.3 bedingen Gleichgewichtsstörungen (erst) bei leichter Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen, stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen oder leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe einen GdB von 20. Dass bei der Klägerin dauerhaft solche Gleichgewichtsstörungen bestehen, trifft zur Überzeugung des Senats nicht zu. Nach dem von Dr. Hu. dem SG vorgelegten Befundbericht des HNO-Arztes Dr. K. vom 03.12.2009 besteht bei der Klägerin ein unauffälliger HNO-Befund. Nach dem Bericht der R. Klinik B. vom 25.11.2009 erfolgte bei der Klägerin eine stationäre Behandlung vom 21.11.2009 bis 25.11.2009 wegen (akuten) heftigen Drehschwindel-Attacken zusätzlich mit Übelkeit. Nach diesem Bericht bestehen bei der Klägerin wegen der Drehschwindel-Attacken jedoch keine bedeutsamen Funktionseinschränkungen. So waren insbesondere der Stand und der Gang sicher. Ein Nystagmus (spontan bzw. nach Lagerungsprobe) trat nicht auf. Das neurologische Konzil ergab eine Neuronitis vestibularis, wobei die damit verbundenen Beschwerden nach Gabe von "Decortin 100" sistierten. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Gö. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 15.12.2010 ist eine Neuronitis vestibularis üblicherweise eine nur vorübergehende Gesundheitsstörung mit teils heftigen Schwindelbeschwerden, die sich nach dem Bericht der R. Klinik unter symptomatischer Therapie bei der Klägerin auch tatsächlich besserten. So erfolgte die Entlassung der Klägerin aus der stationären Behandlung mit deutlicher Beschwerdeminderung. Auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen lassen sich keine Befunde entnehmen, die wegen des von der Klägerin geltend gemachten Drehschwindels einem Teil-GdB von 20 rechtfertigen. Vielmehr hat die Klägerin nach den Angaben von Dr. Hu. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 27.06.2010 über Schwindelerscheinungen nicht (mehr) geklagt. Danach kann bei der Klägerin (allenfalls) vom Vorliegen von Gleichgewichtsstörungen ohne wesentliche Folgen ausgegangen werden, die nach den VG Teil B Nr. 5.3 einen Teil-GdB von bis zu 10 rechtfertigen, der bei der Bildung des Gesamt-GdB nach den oben dargestellten Grundsätzen nicht erhöhend zu berücksichtigen ist.

Das Wirbelsäulenleiden der Klägerin ist mit einem Teil-GdB von 20 angemessen bewertet. Nach den VG Teil B Nr. 18.9 bedingen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40. Dass bei der Klägerin schweren funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen, lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen, insbesondere dem vom LRA eingeholten Befundschein von Dr. L. vom 19.01.2009 und dem Bericht der R. Klinik B. vom 25.11.2009 nicht entnehmen. Nach dem Befundbericht von Dr. L. bedingen die bei der Klägerin bestehenden Veränderungen der Wirbelsäule thorakal wiederkehrende Blockierungszustände sowie ein Rotationsdefizit der Halswirbelsäule.

Aufgrund dieser Befundbeschreibung lassen sich schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bzw. mittelgradigen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, die einen Teil-GdB von über 20 rechtfertigen, nicht ableiten. Auch in dem Bericht der R. Klinik B. sind keine Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule beschrieben, die eine solche Annahme rechtfertigen. Im Übrigen hat die Klägerin gegen die Bewertung ihrer Wirbelsäulenleiden mit einem Teil-GdB von 20 keine substantiierten Einwendungen erhoben.

Bei der Klägerin besteht zur Überzeugung des Senats auch keine Funktionsbehinderungen der Hüftgelenke, die einen Gesamt-GdB von mehr als 30 rechtfertigen. Zwar hat Dr. L. in seinem Befundbericht an das LRA eine Gehbehinderung der Klägerin wegen einer Coxarthrose auf dem Boden einer beidseitigen Coxa valge genannt. Diesen Angaben steht jedoch der im Bericht der R. Klinik B. mitgeteilte Befund einer freien Beweglichkeit der Extremitäten der Klägerin gegenüber. Auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen lässt sich eine für die Bildung des Gesamt-GdB relevante Funktionseinschränkung der Hüftgelenke der Klägerin nicht entnehmen, weshalb bei der Klägerin nicht davon ausgegangen werden kann, dass bei ihr eine - dauerhafte bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigende - Funktionseinschränkung der Hüftgelenke mit einem GdB von 20 besteht. Im Übrigen hat die Klägerin auch insoweit keine substantiierten Einwendungen gegen die Bewertung des Beklagten hinsichtlich der Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke mit einem Teil-GdB von 10 erhoben.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt bei ihr ein Bluthochdruck nicht vor. Nach dem von Dr. Hu. dem SG vorgelegten Befundbericht von Dr. Bo. vom 20.03.2009 bestehen bei der Klägerin vielmehr normotone Kreislaufverhältnisse bei Ausschluss einer Herzerkrankung.

Dass hinsichtlich der (entsprechend dem im Verfahren L 1 U 3746/02 geschlossenen Vergleich als Berufskrankheit anerkannten) Hauterkrankung/Allergie der Klägerin bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigende Beeinträchtigungen vorliegen, ist ebenfalls nicht ersichtlich. In dem im Verfahren L 1 U 3746/02 geschlossenen Vergleich wurde von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von unter 20 v.H. ausgegangen. Nach dem Befundbericht der R. Klinik bestanden bei der Klägerin im Bereich von Brust, Gesäß sowie der beharrten Kopfhaut zwar Bläschen, die sich jedoch in Abheilung befunden haben. Von einer Hauterkrankung, die es rechtfertigt, einen Gesamt-GdB von über 30 festzustellen, kann danach bei der Klägerin nicht ausgegangen werden. Eine solche dauerhafte Hauterkrankung lässt sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. Im Übrigen hat sich die Klägerin auch hinsichtlich der Hauterkrankung/Allergie nicht substantiiert gegen die Bewertung des Teil-GdB mit 10 durch den Beklagten gewandt.

Sonstige zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen sind nicht ersichtlich und werden von der Klägerin auch nicht geltend gemacht.

Ausgehend von einem Teil-GdB von 20 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und der seelischen Erkrankung (Depression) ergibt sich nach den oben dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt-GdB ein GdB von 30 seit 01.12.2008. Ein höherer GdB insbesondere von 50, wie die Klägerin begehrt, ist nicht gegeben.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Senat sieht sich insbesondere aufgrund der in der nichtöffentlichen Sitzung am 08.04.2011 von der Klägerin vorgelegten Unterlagen (ärztliches Attest Dr. L. vom 28.03.2011 und Befundbericht Dr. Si. vom 01.02.2011) nicht zu weiteren Ermittlungen gedrängt. Nach dem Bericht von Dr. Si. hat sich die Klägerin am 01.02.2011 zu einer pneumologischen Untersuchung vorgestellt. Dabei ergab sich nach dem Befundbericht keine relevante Lungenfunktionseinschränkung. Hinsichtlich der Diagnose des Verdachts auf ein nichtallergisches Asthma bronchiale wurde nach dem Befundbericht eine medikamentöse Behandlung der Klägerin eingeleitet. Damit kann derzeit noch nicht von einer dauerhaften Behinderung der Klägerin durch eine Asthmaerkrankung ausgegangen werden, die verlässliche Grundlage der GdB-Bewertung sein kann. Vielmehr ist der Behandlungsverlauf abzuwarten. Insoweit ist die Klägerin auf einen Neufeststellungsantrag wegen Verschlimmerung beim LRA zu verweisen, falls trotz Behandlung dauerhafte Funktionseinschränkungen verbleiben. Entsprechendes gilt für das vorgelegte ärztliche Attest von Dr. L. , das zudem keine bewertbaren Angaben zu Funktionseinschränkungen enthält, die eine zu Gunsten der Klägerin höhere Bewertung des GdB zuließen. Soweit Dr. L. in diesem Attest den Gesamt-GdB auf 50 eingeschätzt hat, ist diese Einschätzung nach den von ihm gemachten Angaben nicht nachvollziehbar, weshalb der Senat dieser Einschätzung nicht folgt. Entgegen der Ankündigung in der nichtöffentlichen Sitzung vom 08.04.2011 hat die Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigte auch keine weiteren aussagekräftige medizinische Befundunterlagen nachgereicht, die für den Senat Anlass hätten sein können, weitere Ermittlungen durchzuführen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2011-08-03