

L 3 SB 1263/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 18 SB 1902/10
Datum
14.01.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1263/11
Datum
07.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. Januar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger ein höherer Grad der Behinderung (GdB) als 60 festzustellen ist.

Bei dem am 10.07.1953 geborenen Kläger stellte das Landratsamt Enzkreis zuletzt aufgrund des vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) im Verfahren S 12 SB 3994/05 am 29.06.2006 geschlossenen Vergleichs mit Bescheid vom 04.08.2006 einen Grad der Behinderung (GdB) von 60 seit dem 21.05.2004 fest. Hierbei wurden folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde gelegt: Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, koronarer Bypass, abgelaufener Herzinfarkt (Einzel-GdB 30); Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks, Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks (Einzel-GdB 20); Fettleber, Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar) (Einzel-GdB 30); Polyneuropathie (Einzel-GdB 20); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Adipositas permagna, Bandscheibenschaden (Einzel-GdB 10). Einen am 13.12.2007 gestellten Neufeststellungsantrag lehnte das Landratsamt Enzkreis mit Bescheid vom 04.02.2008 ab.

Am 08.12.2009 stellte der Kläger beim Landratsamt Enzkreis den Antrag auf Erhöhung des GdB und machte als weitere Gesundheitsstörungen Depressionen und Schlafstörungen geltend. Nach Auswertung der vom behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin A. eingeholten Befundberichte in der gutachtliche Stellungnahme durch Dr. B. vom 11.02.2010 lehnte das Landratsamt Enzkreis mit Bescheid vom 22.02.2010 den Antrag auf Neufeststellung ab. Hiergegen erhob der Kläger am 05.03.2010 Widerspruch mit der Begründung, insbesondere die geltend gemachte Gesundheitsstörung "depressive Verstimmung" sei nicht als Funktionsbeeinträchtigung von wenigstens 10 eingestuft worden. Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme durch Dr. C. vom 25.03.2010, der u.a. die depressive Verstimmung mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2010 den Widerspruch zurück.

Am 05.05.2010 hat der Kläger hiergegen Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Das SG hat die behandelnden Ärzte A. und Dr. D., Facharzt für Psychiatrie, als Zeugen gehört. Auf deren schriftliche Zeugenaussagen sowie die von ihnen vorgelegten Unterlagen, u.a. Auszüge eines von Dr. Müller, Arzt für Innere Medizin, für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg erstellten Gutachtens vom 05.02.2010, wird Bezug genommen. Mit Urteil vom 14.01.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen auf internistischem und fachorthopädischem Gebiet seien zutreffend beurteilt. Auch habe der Kläger eine Verschlimmerung auf diesen Fachgebieten nicht geltend gemacht. Eine Erhöhung des GdB komme aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen auf nervenärztlichem Gebiet nicht in Betracht. Dr. D. habe in seiner Auskunft vom 23.07.2010 über ambulante Behandlungen im Zeitraum vom 25.02.2008 bis 09.03.2009 berichtet und eine von ihm als mittelschwer eingeordnete depressive Störung diagnostiziert. Weitere nervenärztliche Behandlungen hätten zu einem späteren Zeitpunkt - insbesondere nach Stellung des Erhöhungsantrags - nicht mehr stattgefunden. Danach seien der Beurteilung allenfalls leichtere psychovegetative oder psychische Störungen zugrunde zu legen, die nicht geeignet seien, den Gesamt-GdB zu erhöhen.

Gegen das am 04.02.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 02.03.2011 Berufung eingelegt und zunächst nur vorgetragen, die depressive Verstimmung habe sich verschlechtert. Nach Vorlage einer Bescheinigung von Dr. D. vom 07.06.2011 über eine Behandlung des Klägers am 03.06.2011 hat der Senat Dr. D. als sachverständigen Zeugen gehört. In der schriftlichen Zeugenaussage vom 30.06.2011 hat

dieser mitgeteilt, der Kläger befinde sich seit dem 03.06.2011 erneut in seiner fachärztlichen Behandlung. Im Zeitraum zwischen dem 09.03.2009 und 03.06.2011 habe keine Behandlung durch ihn stattgefunden. Es bestehe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Es sei eine alle vier bis sechs Wochen stattfindende Weiterbehandlung mit Psychopharmaka sowie lösungsorientierenden Gesprächen erforderlich. Als Nebendiagnosen hat Dr. D. einen Zustand nach aortokoronarer Bypassoperation, Diabetes mellitus Typ II sowie Hypertonie genannt.

Im Erörterungstermin am 14.09.2011 hat der Kläger angegeben, er habe sich in diesem Jahr lediglich einmalig am 03.06.2011 bei Dr. D. in Behandlung befunden und habe diesen seither nicht mehr konsultiert. Er habe jedoch im Januar 2011 einen Schlaganfall erlitten und sei deshalb dreimal im Krankenhaus Mühlacker operiert worden. Zudem sei er in den St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe stationär behandelt worden. Wegen der Folgen des Schlaganfalls stehe er in Behandlung bei dem Arzt A ...

In den Entlassberichten vom 24.02.2011 bzw. 07.02.2012 des Krankenhauses Mühlacker wird mitgeteilt, der Kläger sei vom 12.01.2011 bis 13.01.2011 und 20.01.2011 bis 28.01.2011 stationär behandelt worden. Die Aufnahme sei zunächst wegen anhaltender epigastrischer Beschwerden mit Brechreiz und Übelkeit erfolgt. Als Ursache habe sich zunächst eine akute nekrotisierende Appendizitis mit generalisierter Peritonitis herausgestellt. Am 14.01.2011 sei in der chirurgischen Abteilung eine Appendektomie erfolgt. Nach Absetzen von Teerstuhl post operationem und deutlichem Hb-Abfall sei zur Lokalisation der Blutungsquelle eine Notfall-ÖGD (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) in Narkose mit anschließender Überwachung auf der Intensivstation erfolgt. Es habe sich ein blutendes Duodenalulcus gezeigt, das erfolgreich habe unterspritzt werden können. Während des stationären Aufenthaltes sei der Blutzucker hyperglykämisch entgleist, so dass zusätzlich Insulin in die Therapie habe aufgenommen werden müssen. Der Kläger sei in gebessertem Allgemeinbefinden entlassen worden.

Im Arztbrief der St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe vom 05.09.2011 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 22.08.2011 bis 24.08.2011 wird ausgeführt, bei nachgewiesener schwerer Schlafapnoe mit Tagessymptomatik sei mit einer CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) begonnen worden, die der Kläger derzeit jedoch nicht toleriere. Sollte er sich dazu entscheiden, doch eine CPAP-Therapie durchführen zu lassen, könne er sich jederzeit wieder vorstellen. Die Blutdruckwerte hätten während des stationären Aufenthalts im normotensiven Bereich mit einem maximalen Wert von 140/80 mm Hg gelegen.

Der Arzt A. hat unter dem 14.12.2011 mitgeteilt, beim Kläger bestünden ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ein schweres Schlafapnoe-Syndrom, eine schwere koronare Herzerkrankung sowie eine leichte Hypertonie. Auch die Adipositas sei als schwer einzustufen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. Januar 2011 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 22. Februar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2010 zu verurteilen, den bei ihm vorliegenden Grad der Behinderung mit mehr als 60 seit dem 08. Dezember 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung unter Bezugnahme auf die von Dr. Wolf am 26.01.2012 erstellte versorgungsärztliche Stellungnahme für zutreffend. Dr. Wolf hat darin ausgeführt, das Schlafapnoe-Syndrom sei ab 08/11 gem. Teil B Nr. 8.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Der Diabetes mellitus werde ausweislich der von Herrn A. vorgelegten Unterlagen oral mit dem Medikament Janumet behandelt. Hierfür sei kein GdB mehr anzusetzen. Die von Dr. D. attestierte schwere depressive Episode sei mit den vorliegenden Unterlagen nicht ausreichend nachzuvollziehen. Über einen im Januar 2011 erlittenen Schlaganfall lägen keinerlei Befunde vor.

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.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 60.

Wegen der für die GdB-Feststellung erforderlichen Voraussetzungen und der hierfür maßgebenden Rechtsvorschriften nimmt der Senat auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung des SG Bezug und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Beim Kläger besteht eine koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Vorderwandinfarkt am 07.04.2004 und Versorgung mit koronarem Bypass. Bei einem im April 2005 von Dr. Miemitz durchgeführten Belastungs-EKG war der Kläger ergometrisch bis zur 100-Watt-Grenze belastbar bei unauffälligen Herz-Kreislauf Parametern und ohne signifikante Endstreckenveränderungen bei lediglich vereinzelt ventrikulären und supraventrikulären Rhythmusstörungen. Bei dem am 25.01.2008 von Dr. Schulz durchgeführten Belastungs-EKG konnte der Kläger bis 75 Watt, beim Belastungs-EKG am 29.04.2008 wieder bis 125 Watt belastet werden, ohne dass Angina pectoris-Beschwerden aufgetreten sind. Im für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg am 05.02.2010 erstellten Gutachten hat der Internist Dr. Müller ausgeführt, der Kläger habe bei der Fahrradergometrie bis 75 Watt belastet werden können, der Abbruch sei wegen müder Beine erfolgt. Es bestehe eine regelrechte Blutdruck- und Herzfrequenzreaktion, wobei die submaximale Ausbelastungsfrequenz bei weitem nicht erreicht worden sei, Hinweise auf eine myokardiale Ischämie lägen nicht vor. Nach Teil B Nr. 9.1.1 Abs. 2 VG ist bei einer Einschränkung der Herzleistung bei einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5 - 6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) ein GdB von 20

bis 40 gerechtfertigt. Zur Überzeugung des Senats ist die Herzerkrankung des Klägers in Verbindung mit dem Bluthochdruck danach mit einem Einzel-GdB von 30 ausreichend berücksichtigt.

Auf orthopädischem Fachgebiet besteht eine Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks und des linken Schultergelenks nach Unfällen in den Jahren 1994 und 2003. Diese sind insgesamt mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Der Senat stützt sich hierbei auf das im Verwaltungsverfahren beigezogene Gutachten von Dr. Hepp vom 08.03.2007. Eine fachärztliche Behandlung ist in der Folgezeit offensichtlich nicht mehr erfolgt, obwohl ausweislich der Unterlagen des Arztes A. am 29.08.2007, 25.10.2007, 21.02.2008, 10.04.2008 Überweisungen an den Orthopäden erfolgten, die jedoch vom Kläger nicht wahrgenommen worden sind. Hierbei ist weiter zu berücksichtigen, dass der Arzt A. in der letzten Stellungnahme vom 14.12.2011 Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet nicht mehr genannt hat und eine diesbezügliche Behandlung ausweislich des Konsultationsplanes auch nicht erfolgt ist. Ein höherer Einzel-GdB als 10 für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, bedingt durch eine Adipositas permagna, ist deshalb nicht zu rechtfertigen.

Eine Polyneuropathie ist zuletzt genannt worden im Arztbrief der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Straub vom 30.01.2006. Eine spätere Behandlung wegen dieser Erkrankung ist weder durch den Arzt A. erfolgt noch hat Dr. D. eine entsprechende Diagnose genannt. Der vom Beklagten für die Polyneuropathie zugrunde gelegte Einzel-GdB von 20 ist deshalb als äußerst großzügig anzusehen.

Ein im August 2011 festgestelltes Schlafapnoe-Syndrom ist mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Laut dem Befundbericht vom 05.09.2011 der St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe wurde die dort eingeleitete nächtliche nasale Maskenbeatmung (CPAP-Therapie) vom Kläger zwar nicht toleriert. Dadurch steht jedoch nicht fest, dass eine nächtliche nasale Maskenbeatmung prinzipiell nicht durchführbar ist. Gemäß Teil B Nr. 8.7 der VG ist hierfür ein Einzel-GdB von 20 ausreichend.

Für den Diabetes mellitus ist kein Einzel-GdB mehr festzustellen. Nach der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14.07.2010, in Kraft ab dem 22.07.2010, bedingt ein Diabetes mellitus, der mit Medikamenten einstellbar ist, welche die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen, keinen GdB. Zwar wird im Entlassbericht der Kliniken Mühlacker angegeben, wegen einer hyperglykämischen Entgleisung des Blutzuckers habe zusätzlich Insulin in die Therapie aufgenommen werden müssen. Gem. Teil A Nr. 2 f) VG setzt der GdB jedoch eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dementsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen - oder voraussichtlich verbleibenden - Schaden entspricht. Den Aufzeichnungen des Arztes A. kann entnommen werden, dass insoweit eine Änderung eingetreten ist, als der Kläger wegen des Diabetes mellitus oral mit dem Medikament Janumet behandelt wird und eine Insulinbehandlung nicht (mehr) stattfindet. Durch dieses Medikament wird die Hypoglykämieeigung nicht erhöht, so dass hierfür kein Einzel-GdB mehr zugrunde zu legen ist. Es verbleibt danach lediglich bei einem Einzel-GdB von 10 für die Fettleber.

Beim Kläger besteht weiter eine depressive Verstimmung, die mit einem Einzel-GdB von 10 angemessen bewertet ist. Soweit Dr. D. in der sachverständigen Zeugenaussage vom 30.06.2011 mitgeteilt hat, diagnostisch sei vom Vorliegen einer schweren depressiven Episode auszugehen, steht dem entgegen, dass eine diesbezügliche Behandlung seit dem 09.03.2009 nicht mehr stattgefunden hat. Der Kläger hat zwar am 03.06.2011 Dr. D. wieder konsultiert, die von diesem angeregte Therapie in Form lösungsorientierter Gespräche jedoch nicht wahrgenommen, wie seiner Aussage im Erörterungstermin am 14.09.2011 entnommen werden kann. Eine durchgehende Behandlungsbedürftigkeit ist damit nicht nachgewiesen. Dies spricht zur Überzeugung des Senats gegen die von Dr. D. angenommene Schwere der Erkrankung.

Beim Kläger besteht schließlich auch kein Zustand nach Schlaganfall. Die stationäre Behandlung im Januar 2011 in den Kliniken Mühlacker fand nicht wegen eines Schlaganfalls, sondern wegen einer Appendektomie (Entfernung des Blinddarms) bzw. wegen eines Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwürs) statt. Bei der Entlassung war der Abdomen ausweislich des Entlassungsberichts weich und die Wunde reizlos. Rezidive sind zwischenzeitlich nicht aufgetreten. So hat weder Dr. D. in der sachverständigen Zeugenaussage vom 30.06.2011 eine entsprechende Erkrankung als Nebendiagnose aufgeführt noch ist eine solche vom Arzt A. in der Auskunft vom 14.12.2011 genannt worden. Gemäß Teil B Nr. 10.2.1 VG bedingt ein Zwölffingerdarmgeschwürsleiden lediglich einen GdB von 0-10.

Nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) ist bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Nach Teil A Nr. 3 a) der VG dürfen bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdB-Werte angegeben sind. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Von Ausnahmefällen abgesehen führen dabei zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. 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 der mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewertenden Funktionsbehinderung durch die koronare Herzkrankheit in Verbindung mit dem Bluthochdruck führen die jeweils mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertenden Funktionsbeeinträchtigungen des linken Knie- und Schultergelenks, die Polyneuropathie und das Schlafapnoe-Syndrom allenfalls zu einer Erhöhung um jeweils 10, so dass ein Gesamt-GdB von 60 erreicht wird. Die mit einem Einzel-GdB von jeweils 10 zu bewertenden Funktionsstörungen Fettleber, depressive Verstimmung sowie die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen führen zu keiner weiteren Erhöhung des Gesamt-GdB. Da lediglich streitig ist, ob dem Kläger ein höherer GdB als 60 zuzuerkennen ist, hat der Senat nicht darüber zu entscheiden, ob die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen die Zuerkennung eines GdB von 60 (noch) rechtfertigen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-12