

L 8 SB 65/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 14 SB 1430/08

Datum
17.11.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 65/12

Datum
02.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 17. November 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Neufeststellung seines Grades der Behinderung (GdB) mit mindestens 50.

Der 1959 geborene Kläger ist deutscher Staatsangehöriger. Für ihn wurde zuletzt mit Bescheid vom 12.02.2003 (Widerspruchsbescheid vom 28.07.2003) ein GdB von 30 wegen einer koronaren Herzkrankheit, eines abgelaufenen Herzinfarkts, Stentimplantation, einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen und eines chronischen Schmerzsyndroms festgestellt. Im Rahmen des dagegen geführten Rechtsstreits vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) (S 8 SB 2245/03) einigten sich die Beteiligten auf einen GdB von 40, den der Beklagte mit Bescheid vom 09.11.2004 feststellte.

Im Laufe des Jahres 2007 (nach Feststellungen des Beklagten und des SG am 05.11.2007) legte der Kläger verschiedene ärztliche Unterlagen beim Beklagten vor. In einem Entlassungsbericht des Klinikums a. P., Orthopädie, vom 26.09.2007 wurde über eine stationäre Behandlung vom 21. bis 26.09.2007 wegen fortbestehender Schmerzen bei Status nach operiertem Bandscheibenvorfall L4/L5 sowie L5/S1 im September 2007, arteriellen Bluthochdrucks, erhöhter Cholesterinwerte und Status nach Herzinfarkt im Jahr 2001 berichtet. Das Lasègue Zeichen sei links bei 30° positiv, es bestehe eine Missempfindung im Bereich des Dermatoms L5/S1, die weitere grob neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Unter wirksamen Schmerzmitteln habe sich die Symptomatik gebessert. Es bestehe ein Schwindel mit Kollapsneigung.

Der Kläger legte auch den Entlassungsbericht der V.-Klinik über eine stationäre Behandlung vom 02. bis 14.09.2007 vor, in deren Rahmen die Bandscheibenoperation erfolgte. Nach der Operation bestanden noch eine Großzehenheberschwäche links und eine verminderte Sensibilität im Dermatom L5/S1 links.

Der Beklagte verstand die Vorlage der Unterlagen an Neufeststellungsantrag und legte sie dem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme vor. Dr. H. beurteilte den GdB am 15.11.2007 weiterhin mit 40. Dabei berücksichtigte sie einen GdB von 20 für eine koronare Herzerkrankung, abgelaufenen Herzinfarkt und Stentimplantation und einen GdB von 30 für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, chronisches Schmerzsyndrom, Bandscheibenschaden.

Mit Bescheid vom 19.11.2007 lehnte der Beklagte eine Änderung der bisherigen Entscheidung ab. Dagegen erhob der Kläger am 04.12.2007 und 23.02.2008 Widerspruch, zu dessen Begründung er vortrug, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Operation gravierend verschlechtert. Er sei seitdem nicht mehr in der Lage seiner Arbeit nachzugehen. Dazu legte er eine Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin E. G. mit Datum 08.01.2007 vor, der zusätzlich eine Hypercholesterinämie, einen Bluthochdruck, eine Periarthritis Humero-Skapularis rechts, eine chronische Gastritis, einen Analprolaps mit konservativer Behandlung und ein Karpaltunnelsyndrom der rechten Hand mitteilte.

Der Beklagte zog weitere ärztliche Unterlagen bei. Der Neurologe Dr. D. teilte in einem Brief vom 25.01.2006 ein beginnendes rechtsseitiges

Karpaltunnelsyndrom bei noch rückbildungsfähiger Symptomatik mit. Der Chirurg Dr. M. diagnostizierte in einem Brief vom 30.06.2007 Hämorrhoiden mit Analprolaps.

In der Zeit vom 11. bis 18.01.2007 war der Kläger in stationärer Behandlung in der Klinik a. G., Kardiologie (Entlassungsbericht vom 18.01.2007). Dabei wurden hämodynamisch relevante Stenosen der Herzkranzgefäße ausgeschlossen. Vom Kläger mitgeteilte Beschwerden durch ein Brennen im Magen und im Bereich der Brust seien auf flächige Erosionen im Antrum und degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule (BWS) und geringgradig auch der Halswirbelsäule (HWS) zurückzuführen.

Der Kardiologe Dr. J. teilte in einem Brief vom 13.12.2007 die Diagnose einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung mit. Es bestehe eine stabile kardiale Situation. Das Belastungs-EKG sei bis 175 Watt möglich gewesen.

In der Zeit vom 27.09.2007 bis 25.10.2007 war der Kläger in medizinischer Rehabilitation in der R.-Klinik (Orthopädie). Dort wurde bei der Untersuchung ein Blutdruck von 130/80 mmHg später bei 120/90 mmHg festgestellt. Der Kläger war wegen Schmerzen nicht im Stande zu stehen oder zu sitzen. Es wurde eine Opiatschmerztherapie eingeleitet. Zum Abschluss der Rehabilitation hatte der Kläger noch Schmerzen an der oberen LWS beim Laufen aufgrund muskulärer Verspannungen und mäßige Anlaufschmerzen im OP-Bereich. Die Gehstrecke betrug 500 m, Sitzen war bis 30 min möglich. Der Schober wurde mit 10/11 cm, der Finger-Boden-Abstand mit 50 cm festgestellt. Es bestand unverändert eine verringerte Empfindlichkeit am linken Unterschenkel, die Motorik war ungestört, Zehen- und Hackengang sicher.

In der Folge war der Kläger in einem ambulanten Stabilisierungs-Programm im Therapiezentrum B. R. (Bericht vom 20.01.2008). Dort wurde ein sicheres, flüssiges Gangbild festgestellt. Die Sensibilitätsstörungen an der Außenseite des linken Unterschenkels bestanden weiterhin. Der Kläger gab noch ein Instabilitätsgefühl in der LWS an.

Nach erneuter Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. R., 20.03.2008) wies der Beklagte den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 07.04.2008).

Dagegen erhob der Kläger am 07.05.2008 Klage zum SG, zu deren Begründung er geltend machte, dass sich die Wirbelsäulenbeschwerden erheblich verschlechtert hätten. Es liege eine Zehenheberparese links sowie ständige Minderempfindungen im Bereich der Wurzel L5 und S1 vor. Die Beschwerden infolge der koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung seien ebenfalls nicht ausreichend berücksichtigt. In der Folge trug er vor, es träten immer wieder Schwindel- und Taubheitsgefühle der Hände beidseits infolge einer Verspannung der Schulter-Nackengebiete auf. Dazu legte er ein Attest von Dr. J. vom 16.04.2008, von E. G. vom 02.11.2009 und Arztbriefe des Neurologen Dr. D. vom 20.05.2008 und 07.10.2009 vor. Letzterer ging von einem Postnukleotomie-Syndrom aus, das therapeutisch schwer behandelbar sei. Er riet zu einer intensiven schmerztherapeutischen Behandlung. Im Oktober 2009 diagnostizierte er zusätzlich ein Cervikalsyndrom.

Das SG zog weitere ärztliche Unterlagen bei. Der Neurochirurg Dr. K., Universitätsklinikum W., stellte bei einer ambulanten Vorstellung am 04.04.2008 einen ausgesprochenen Muskelhartspann der LWS fest. Es bestehe eine Pelzigkeit im Dermatom L5 beidseits. Der Achillessehnenreflex sei beidseits negativ, grobe Paresen seien nicht aufgetreten.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. J. teilte am 28.01.2009 mit, die letzte Untersuchung am 12.12.2008 habe keine Veränderung der kardiologischen Situation ergeben, die Belastbarkeit sei mit 150 Watt relativ gut. Anzeichen für eine Minderdurchblutung der Herzkranzarterien bestünden nicht. Der GdB von 20 sei zutreffend.

Der Orthopäde Dr. K. gab am 02.06.2009 an, er behandle den Kläger wegen eines Postnukleotomiesyndroms, das zu einer dauerhaften schmerzhaften Bewegungseinschränkung geführt habe. Der GdB von 30 sei zutreffend.

In der Zeit vom 20.09.2009 bis 26.09.2009 war der Kläger in stationärer Behandlung im Universitätsklinikum G., Innere Medizin (Entlassungsbericht vom 26.09.2009). Dort wurde als Diagnose ein Präkollaps genannt. Ein akutes Koronarsyndrom habe ausgeschlossen werden können. Eine Belastung sei im Sitzen bis maximal 150 Watt möglich gewesen. Es ergaben sich keine Hinweise auf ein Fortschreiten der koronaren Herzerkrankung.

Der Kläger stellte sich am 15.04.2010 bei dem Neurologen Dr. D. vor, der einen Zustand nach Nukleotomie mit postoperativer Vernarbung der Wurzel L5/S1 (Postnukleotomie-Syndrom) und ein Cervikalsyndrom feststellte.

In der Zeit vom 02. bis 05.11.2010 war der Kläger erneut in stationärer Behandlung im Klinikum a. G. wegen einer neu aufgetretenen Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern. Weiterhin konnten hämodynamisch relevante Stenosen ausgeschlossen werden. Die Stenosen seien seit 2007 unverändert. Es habe sich spontan eine Konversion in einen Sinusrhythmus eingestellt.

Das SG holte auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein schmerztherapeutisch-fachorthopädisches Gutachten von Dr. W. aufgrund einer Untersuchung am 02.09.2010 ein (Eingang beim SG: 03.01.2011). Dort gab der Kläger seit 2010 verstärkte Beschwerden im Bereich der Arme und der Halswirbelsäule an. Er sei am 17.06.2008 wegen eines Karpaltunnel-Syndroms an der rechten Hand operiert worden. Er habe an der großen Zehe ein Schwächegefühl; wenn er länger auf den Beinen sei, sei das Bein vom Knöchel aufwärts geschwollen. Dr. W. stellte einen chronifizierten Schmerz Grad III nach Gerbershagen fest. Es ergebe sich ein Korff Stadium IV im Sinne einer maximalen schmerzbedingten Beeinträchtigung. Es bestehe eine Varikosis an beiden Unterschenkeln, links mehr als rechts. Es bestehe ein Hinweis auf eine Funktionsstörung C 4/5 rechts mit lokaler Druckschmerzhaftigkeit der Gelenkfacetten. Der Finger-Boden-Abstand betrug 30 cm, das Zeichen nach Schober 10/13, nach Ott 30/32. Es bestehe ein Anhalt für ein facettenbedingtes Lumbalsyndrom L5/S1. Eine Abrollbehinderung der Füße bestehe nicht. Es falle eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogens auf (130/15/0°). Im Röntgenbild sei hier eine deutliche Arthrose zu erkennen. Das Reflexverhalten der oberen Extremitäten lasse auslösbare Reflexe erkennen. Dermatombezogene Sensibilitätsstörungen oder motorische Ausfallerscheinungen fänden sich in den oberen Extremitäten nicht. Patella- und Achillessehnenreflex seien beidseits auslösbar. Es bestehe ein Postnukleotomie-Syndrom der LWS und ein chronisches Schmerzsyndrom. Die verminderte Bemuskulatur am linken Bein spreche für ein Residuum einer Schonhaltung. Die Beschwerden in der Wirbelsäule mit Nervenwurzelreizerscheinungen und chronischem Schmerzsyndrom seien mit einem GdB von 30, die Funktionseinschränkung im Ellenbogen mit wiederkehrenden Reizerscheinungen und Bewegungseinschränkung seien mit 10 zutreffend

bewertet. Unter Berücksichtigung des GdB von 20 für die Herzbeschwerden sei ein GdB von 50 angemessen.

Die Neurologin Dr. S. erstattete am 18.10.2010 auf Antrag des Klägers ein neurologisches Zusatzgutachten. Sie stellte ein überwiegend sensibles residuales radikuläres L5/S1 Syndrom mit persistierendem Schmerzsyndrom fest, das einen neurologischen GdB von 20 rechtfertige. Zusätzlich bestünden Kribbelmissempfindungen des kleinen Fingers beidseits. Hier lasse sich keine Nervenstörung objektivieren.

Die Psychologin T. M. erstattete auf Antrag des Klägers einen psychologischen Befundbericht aufgrund einer Untersuchung am 02.09.2010. Sie konnte keine Hinweise auf eine klinisch relevante psychische Störung finden.

Am 02.02.2011 nahm Dr. W. ergänzend Stellung.

Mit Urteil vom 17.11.2011 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, dass Dr. W. die Gesundheitsstörung von Seiten der Wirbelsäule im Wesentlichen bestätigt habe. Insofern sei ein GdB von 30 anzusetzen. Mit ihm sei für die Einschränkung am Ellenbogen ein GdB von 10 anzusetzen. Hinzu kämen die Beschwerden von Seiten des Herzens, die mit einem GdB von 20 mehr als angemessen berücksichtigt seien. Eine Verschlechterung der Herzleistung ergebe sich weder aus den im Laufe des Rechtsstreits vorgelegten Unterlagen noch aus der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vorgetragenen kontinuierlichen Behandlung durch einen Kardiologen. Der Gesamt-GdB sei entgegen Dr. W. mit 40 anzusetzen. Der GdB von 10 für die Einschränkung am Ellenbogen bewirke keine Erhöhung des Gesamt-GdB. Der GdB von 20 für die Herzleistung sei nicht geeignet, den GdB um mehr als 10 zu erhöhen.

Gegen das ihm am 05.12.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04.01.2012 Berufung eingelegt und zur Begründung auf sein erstinstanzliches Vorbringen und das Gutachten von Dr. W. Bezug genommen.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 17.11.2011 und den Bescheid des Beklagten vom 19.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.04.2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung bezieht er sich auf die angefochtenen Bescheide und sein Vorbringen vor dem SG mit Bezugnahme auf die dort vorgelegte ärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 22.06.2011.

Die Beteiligten sind mit Schreiben der Berichtserstatlerin vom 07.08.2012 auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter hingewiesen worden. Sie hatten Gelegenheit zur Stellungnahme bis 06.09.2012.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird verwiesen auf einen Band Schwerbehindertenakten des Beklagten, zwei Bände Akten des SG (S 14 SB 1430/08, S 8 SB 2245/03 und die beim Senat angefallenen Akten).

II.

Gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann der Senat – nach vorheriger Anhörung der Beteiligten – die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind mit richterlicher Verfügung vom 07.08.2012 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren Stellung zu nehmen.

Der Senat hat den Berufungsantrag des Klägers nach seinem erkennbaren Begehren sachdienlich gefasst.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet. Der Bescheid des Beklagten vom 19.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.04.2008 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil vom 17.11.2011 Bezug, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Der Kläger hat im Berufungsverfahren nichts Neues vorgetragen. Auch aus dem Gutachten von Dr. W. ergibt sich nicht, dass im vorliegenden Fall ein Gesamt-GdB von 50 zutreffend ist. Wie bereits das SG rechtlich zutreffend dargelegt hat, ist bei den vorliegenden Teil-GdB-Werten von 30, 20 und 10 ein Gesamt-GdB 50 nicht mit den Grundsätzen der GdB-Bewertung nach den VG vereinbar, weil ein Teil-GdB 10 nicht und ein Teil-GdB 20 nicht zwingend sich erhöhend auswirkt. Vorliegend ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass Dr. W. in seiner Bewertung des Gesamt-GdB mit 50 von einem voll ausgefüllten GdB von 20 für die Herzleistungsminderung ausgeht. Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass der GdB von 20 nicht voll ausgefüllt ist. Nach Nr. 9.1.1 Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, der im Wesentlichen der Einschätzung in den bis 31.12.2008 geltenden Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit (Nr. 26.9) entspricht, wird erst bei einer Verminderung der Sollleistung des Herzens mit Auftreten von pathologischen Messdaten bei einer Ergometerbelastung bis 75 Watt ein GdB von 20 angenommen. Der Kläger war durchgehend bis 150 Watt oder mehr belastbar und brach dann die Belastung nicht wegen pathologischer Messdaten sondern wegen peripherer Erschöpfung ab. Die bei ihm vorliegende Einschränkung durch die Teilstenosen mehrerer Herzkranzgefäße beschränkt sich auf schwere körperliche Arbeit. Das rechtfertigt es jedenfalls nicht, eine Erhöhung des GdB von 30 für die Wirbelsäulen um mehr als 10 anzunehmen. Auch die Ellenbogenbeschwerden, die Dr. W. mit einem GdB von 10 ansetzt, sind nicht geeignet, den GdB auf 50 zu erhöhen, denn eine besondere gegenseitige Beeinflussung der Bewegungseinschränkung im Ellenbogen mit den (geringen) Bewegungseinschränkungen in der Wirbelsäule und dem chronischen Schmerzsyndrom ist nicht erkennbar.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-10