

L 3 SB 619/12

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

3

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 15 SB 3456/08

Datum
30.01.2012

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 619/12

Datum
11.10.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Januar 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob beim Kläger ein Grad der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) von mindestens 20 festzustellen ist.

Der am 17.12.1948 geborene serbische Kläger, der im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung für die Bundesrepublik Deutschland ist, stellte am 22.05.2007 beim Beklagten den Erstantrag nach [§ 69 SGB IX](#).

In Auswertung der beigezogenen medizinischen Unterlagen gelangte Dr. F. in ihrer gutachtlichen Stellungnahme vom 15.11.2007 zu der Beurteilung, eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, eine Schuppenflechte und eine depressive Verstimmung seien jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Ein Unfallschaden am rechten Bein sei nicht nachgewiesen. Gestützt hierauf lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 21.11.2007 den Antrag ab mit der Begründung, eine Feststellung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) sei nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliege. Dies sei nicht der Fall.

Hiergegen erhob der Kläger am 29.11.2007 Widerspruch. Im Widerspruchsverfahren wurde der Entlassungsbericht der R.klinik B. vom 14.01.2008 über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 05.12.2007 bis 03.01.2008 vorgelegt mit folgenden Diagnosen: Muskulär statische Rückenbeschwerden, Psoriasis vulgaris, V.a. psoriatische Enthesiopathie, depressive Episode., arterielle Hypertonie, Übergewicht. Bei der Aufnahme hätten erythematosquamöse Herde im Bereich des behaarten Kopfes, des Os sacrum, der LWS, der Ellenbogen beidseitig sowie eine Hyperpigmentierung im Bereich der Unterschenkel beidseits bestanden. Es sei eine Sole-Photo-Therapie mit Stark-Sole-Bädern und anschließender UVB-Ganzkörperbestrahlung sowie eine Lichtkammbehandlung der behaarten Kopfhaut und zusätzlich eine Salbenbehandlung durchgeführt worden. Bei Abschluss der Maßnahme habe ein nahezu erscheinungsfreier Hautbefund vorgelegen mit beginnender Pigmentierung im Sinne der Abheilung und noch diskreter Rötung im Bereich der Psoriasiseffloreszenzen, jedoch nicht schuppig bestanden.

In der gutachtlichen Stellungnahme vom 22.04.2008 führte Dr. H. aus, auch unter Einbeziehung der neu vorgelegten Befundberichte ergebe sich keine Änderung der bisherigen Beurteilung.

Gestützt hierauf wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 07.05.2008, auf den Bezug genommen wird, den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 09.05.2008 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen gehört. Facharzt für Innere Medizin Dr. D. hat unter dem 13.06.2008 mitgeteilt, er habe beim Kläger lediglich am 19.03.2002 und 15.02.2006 eine Koloskopie durchgeführt. Von Seiten des Darms habe der Kläger keinerlei Beschwerden, es sei eine Kolondivertikulose bekannt, die ihm jedoch keine Schmerzen oder sonstigen Beschwerden bereite.

Dr. B. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 22.06.2008 die Diagnosen Depression, leichte allgemeine Hirnatrophie, Psoriasis mit

Verdacht auf Psoriasis-Arthropathie an Schulter- und Kniegelenken, rezidivierende Lymphangitis bei postthrombotischen Veränderungen der Unterschenkel beidseits sowie eine rezidivierende Lumboischialgie bei ausgeprägter Spondylarthrose der LWS (fraglich Psoriasis-Arthritis) genannt. Die Psoriasis an Extremitäten, Abdomen, Rücken und Kopfhaut werde dauerhaft mit Psorcutan und Kortison behandelt. Der GdB sei mit 50 festzustellen.

Eine erste Anfrage des SG hat die Nervenärztin Dr. N. am 10.11.2008 dahingehend beantwortet, der Kläger sei bei ihr nicht bekannt. Nachdem mitgeteilt worden war, dass der Kläger bei Dr. N. unter einem anderen Namen geführt worden war, hat sie unter dem 12.03.2009 mitgeteilt, der Kläger habe vom 13.07. bis 31.08.2007 in ihrer Behandlung gestanden. Sie habe damals eine somatisierte Depression und Verdacht auf eine kognitive Störung mittleren Schweregrades diagnostiziert. Seit August 2007 habe sie den Kläger nicht mehr gesehen. Beigefügt war der vorläufige Entlassungsbericht der Neurologischen Klinik am ZFP Winnenden vom 21.09.2007 mit den Diagnosen einer depressiven Episode., einem Infekt ungeklärter Genese sowie V.a. Leberzyste. Weiter wurde ausgeführt, angegebene Gedächtnisstörungen seien nach Betrachtung der mitgeteilten Belastungsfaktoren als zusätzliches Symptom einer depressiven Episode. zu verstehen.

Das SG hat daraufhin den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Im Nervenärztlichen Gutachten vom 28.12.2009 hat Dr. P. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet die Diagnosen einer depressiven Anpassungsstörung im Sinne von Verstimmungen bei beruflicher Belastungssituation ohne wesentlichen Krankheitswert, eine Meralgia parästhetika links (Irritation des Ramus superficialis Nervus cutaneus femoris links ohne funktionelle Ausfälle), ein chronisches Wirbelsäulensyndrom mit rezidivierenden Lumboischialgien sowie ein Schulter-Arm-Syndrom rechts ohne neurologische Beteiligung und ohne wesentliche funktionelle Ausfälle gestellt. Die feststellbaren Gesundheitsstörungen führten zu keinen wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, insbesondere nicht über das nachvollziehbare, allgemein menschliche Reaktionsverhalten hinaus. Ein Befund von Krankheitswert liege nicht vor. Auch unter Berücksichtigung der fachfremden Befunde betrage der Gesamt-GdB 10.

Der behandelnde Orthopäde Dr. O. hat in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 22.02.2010 mitgeteilt, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule sei vom Versorgungsärztlichen Dienst zutreffend mit einem GdB von 10 eingestuft. Zu berücksichtigen sei jedoch darüber hinaus eine beginnende Schulterarthrose rechts, die auch einen GdB von 10 bedinge, so dass der GdB für die Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet mit 20 festzustellen sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 30.01.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, beim Kläger bestünden eine depressive Anpassungsstörung, eine Meralgia parästhetika links, ein chronisches Wirbelsäulensyndrom mit rezidivierenden Lumboischialgien, ein Schulter-Arm-Syndrom rechts ohne neurologische Beteiligung und ohne wesentliche funktionelle Ausfälle sowie eine Psoriasis. Alle genannten Gesundheitsstörungen bedingten lediglich einen Teil-GdB von 10, so dass die Feststellung eines GdB von 20 nicht in Betracht komme.

Gegen den am 01.02.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 13.02.2012 Berufung eingelegt. Er trägt vor, das von Dr. P. erstattete Gutachten sei in wesentlichen Teilen nicht schlüssig. Der Gutachter habe sich nicht mit der Beurteilung durch Frau Dr. N. auseinandergesetzt, wonach eine somatisierte Depression mit Verdacht auf mittelgradige kognitive Störung vorgelegen habe. Im Hinblick auf die von Dr. B. festgestellte leichte allgemeine Hirnatrophie hätten Tests zur Erfassung einer möglichen Hirnschädigung vorgenommen werden müssen, diese seien jedoch nicht erfolgt. Ebenso hätte das kognitive Leistungsvermögen durch entsprechende Tests hinterfragt werden müssen. Darüber hinaus sei die Psoriasis, die grundsätzlich nicht heilbar sei, mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Schließlich bedinge auch die Lumboischialgie einen Einzel-GdB von 20.

Der Kläger hat ein ärztliches Attest des Dr. B. vom 29.03.2012 vorgelegt, in welchem bescheinigt wird, dass er seit Februar 2012 beim Orthopäden Dr. O. und bei der Hautärztin Dr. G. in Behandlung stehe, eine weitere Behandlung bei Frau Dr. S. (Psychiatrie) sei geplant. Die Anfrage des Senats vom 10.05.2012, ob sich der Kläger nunmehr bei Dr. S. in psychiatrischer Behandlung befinde, hat der Kläger nicht beantwortet.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört. Dr. B. hat am 04.05.2012 die ihm vorliegenden Befundberichte sowie die Behandlungsdaten mit jeweiligen Diagnosen vorgelegt, auf die Bezug genommen wird.

Dr. G. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 09.05.2012 mitgeteilt, am 06.03.2012 sei eine einmalige Vorstellung des Klägers in ihrer Praxis erfolgt. Sie habe eine Plaque Psoriasis diagnostiziert und eine Salbenbehandlung verordnet. Zu der geplanten PUVA-Bestrahlung sei der Kläger nicht erschienen. Weitere medizinische Unterlagen seien nicht vorhanden. Im beigefügten Arztbrief hat sie ausgeführt, der Kläger habe sich mit einer typischen Psoriasis vorgestellt, die erythemosquamöse Plaques an den Ellenbogen und an den Knien entwickelt habe.

Dr. O. hat Arztbriefe vom 06.02.2009, 16.04.2009 und 16.05.2012 vorgelegt und in letzterem die Diagnosen einer Spondylarthrose der LWS und ein sensibles Wurzelreizsyndrom L5 mit Facettensyndrom genannt; der Befundverlauf sei unverändert/wechselnd.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. Januar 2012 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 21. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07. Mai 2008 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von mindestens 20 ab Antragstellung festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

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

einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Nach Satz 6 der genannten Vorschrift ist eine Feststellung jedoch nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Der Beklagte hat deshalb mit den angefochtenen Bescheiden zu Recht die Feststellung einer Behinderung abgelehnt. Maßgeblich für die Beurteilung des GdB ist die zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Anlage ?Versorgungsmedizinische Grundsätze? (VG) zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), welche die im Wesentlichen gleichlautenden Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) ersetzt haben.

Die Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers sind zutreffend mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet. Nach Teil B Nr. 18.9 der VG ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und - Instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte.

Beim Kläger besteht eine deutliche Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule mit einem Wurzelreizsyndrom L5. Diese sind als Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Dies steht auch in Übereinstimmung mit der Bewertung durch den Orthopäden Dr. O., die dieser in der im Klageverfahren erstatteten sachverständigen Zeugenaussage vom 22.02.2010 getroffen hat. Hierfür spricht auch, dass eine fachorthopädische Behandlung nur in unregelmäßigen und großen Abständen in Anspruch genommen wird. So hat Dr. O. in der angegebenen Stellungnahme ausgeführt, die letzte Untersuchung sei im April 2009 erfolgt. Die nächste Untersuchung durch Dr. O. erfolgte sodann erst wieder am 16.05.2012. Im Arztbrief vom 16.05.2012 hat Dr. O. auch lediglich über eine Untersuchung, nicht jedoch über therapeutische Maßnahmen berichtet.

Das Schulter-Arm-Syndrom ist gleichfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Nach Teil B Nr. 18.14 VG sind Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit einer Armhebung nur bis zu 120 Grad mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit mit einem GdB von 10, mit einer Armhebung nur bis 90 Grad mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Ausweislich der Auskunft von Dr. A. hatte Kläger bei den Untersuchungen am 04.07.2011 und 15.07.2011 Schmerzen im linken Arm und der Schulterregion beim Heben des Arms über 90 Grad. Damit war der Kläger jedoch noch in der Lage, den Arm über 90 Grad zu heben, so dass ein Einzel-GdB von 20 nicht in Betracht kommt.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet besteht beim Kläger eine depressive Anpassungsstörung im Sinne von Verstimmungen. Dieser kommt jedoch kein wesentlicher Krankheitswert zu. Der Senat stützt sich hierbei auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. P. im Gutachten vom 28.12.2009. Soweit dieser darüber hinaus eine Meralgia parästhetika links ohne funktionelle Ausfälle festgestellt hatte, konnte diese bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. Ö. am 27.04.2012 nicht mehr festgestellt werden. Eine Gefühlsstörung am lateralen Oberschenkel links wertete dieser mit dem Hinweis im EEG als chronische Denervierung im Segment L5 links ohne frische Denervierung und ohne signifikante Denervierung in den anderen Segmenten. Auch Dr. Böttger konnte jedoch keine signifikante Parese an den Beinen. oder den Armen feststellen.

Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass der Kläger einmalig vom 12.09.bis 21.09.2007 wegen einer depressiven Episode. im ZFP Winnenden stationär behandelt worden ist und sich zuvor vom 13.07. bis 31.08.2007 bei Frau Dr. N. wegen einer somatisierten Depression in Behandlung befunden hatte. Denn eine diesbezügliche fachärztliche Behandlung hat in der Folgezeit nicht mehr stattgefunden, so dass Dr. P. zutreffend davon ausgegangen ist, es habe sich lediglich um eine - inzwischen abgeklungene - depressive Episode. gehandelt.

Eine weitere nervenärztliche Behandlung hat zwischenzeitlich auch nicht stattgefunden. Nach Auskunft des Bevollmächtigten des Klägers ist zwar eine Überweisung an Dr. S. zur Behandlung der Depressionen erfolgt. Eine diesbezügliche Behandlung hat der Kläger bisher jedoch nicht wahrgenommen.

Auch die Psoriasis ist mit einem Einzel-GdB von 10 zutreffend bewertet. Nach Teil B Nr. 17.7 VG ist eine Psoriasis vulgaris, die auf die Prädispositionsstellen beschränkt ist, mit einem Einzel-GdB von 0-10 zu bewerten. Erst eine ausgedehntere Psoriasis vulgaris, die aber erscheinungsfreie Intervalle von Monaten aufweist, ist mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Eine kontinuierliche Behandlung des Klägers wegen der Psoriasis vulgaris findet nicht statt. Während der Rehabilitationsmaßnahme in B. im Jahr 2008 konnte eine weitgehende Abheilung erzielt werden. Ausweislich der Auskunft durch Dr. B. ist danach erst wieder am 06.03.2012 eine Überweisung an den Dermatologen erfolgt. Die von der Hautärztin Dr. G. nach der einmaligen Vorstellung des Klägers am 06.03.2012 angeordnete Therapie einer PUVA-Bestrahlung hat der Kläger jedoch nicht wahrgenommen, so dass keine Anhaltspunkte für eine kontinuierliche Behandlungsbedürftigkeit vorliegen. Zur Überzeugung des Senats ist damit auch hierfür ein Einzel-GdB von 10 angemessen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2012-12-14