

L 3 SB 3583/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

3

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 13 SB 5549/10

Datum

25.07.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 3 SB 3583/12

Datum

16.01.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juli 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) von 50 festzustellen ist, er also schwerbehindert ist.

Der am 13.06.1948 geborene Kläger stellte am 26.04.2007 den Erstantrag nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Nach Beiziehung medizinischer Unterlagen der behandelnden Ärzte, auf die Bezug genommen wird, benannte der Prüfungsarzt Dr. C. in der Gutachtlichen Stellungnahme vom 27.08.2007 unter Auswertung der beigezogenen medizinischen Unterlagen folgende Funktionsbeeinträchtigungen:

Herzrhythmusstörungen GdB 20 Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Fingerpolyarthrose GdB 20 Sehinderung links GdB 10

Keinen Einzel-GdB von mindestens 10 bedingten ein operierter Nabelbruch, Übergewicht sowie eine Fettstoffwechselstörung. Der Gesamt-GdB sei mit 30 zu bewerten.

Mit Bescheid vom 28.08.2007 stellte das Landratsamt Karlsruhe - Amt für Versorgung und Rehabilitation - den GdB des Klägers mit 30 seit 01.03.2007 fest.

Am 11.04.2008 stellte der Kläger einen Erhöhungsantrag mit der Begründung, die Herzrhythmusstörung habe sich seit der letzten Antragstellung erheblich verschlechtert. Darüber hinaus bestünden Gelenkprobleme und ein Hernienbruch. Mit Bescheid vom 29.05.2008 lehnte das Landratsamt Karlsruhe, gestützt auf die Gutachtliche Stellungnahme von Dr. B. vom 08.05.2008, den Antrag ab. Den hiergegen am 30.06.2008 mit der Begründung erhobenen Widerspruch, die Herzrhythmusstörung sei von intermittierend auf kontinuierlich umgeschlagen, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.07.2008 zurück.

Am 28.07.2010 stellte der Kläger einen erneuten Erhöhungsantrag und machte folgende Gesundheitsstörungen geltend: Psychische Störungen, Angstzustände wegen chronischer Herzrhythmusstörungen, Herzrhythmusstörungen bei kontinuierlichem Vorhofflimmern, Bandscheibenschaden C5 bis C7 mit HWS-Syndrom und BWS-Syndrom, Verkalkung der rechten Schulter mit starken Schmerzen, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Prostataadenom, Markumar-Patient, Skoliose und Spondylarthrose L4/S1, Polyarthrose der Hände, deutliche Aortensklerose sowie Schmerzen beider Fersen und der Schulter. Beigefügt waren zahlreiche medizinische Unterlagen, auf die Bezug genommen wird. In Auswertung dieser Unterlagen führte Dr. C. in der Gutachtlichen Stellungnahme vom 06.08.2010 aus, es lägen folgende Funktionsbeeinträchtigungen vor:

Herzrhythmusstörungen GdB 20 Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, Fingerpolyarthrose, Bandscheibenschaden der Halswirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom GdB 30 Sehinderung links GdB 10 Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, Fettleber, Fettstoffwechselstörung. GdB 10

Insgesamt sei der GdB mit 40 festzustellen.

Mit Bescheid vom 09.08.2010 hob das Landratsamt Karlsruhe den Bescheid vom 28.08.2007 gemäß § 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) auf und stellte den GdB des Klägers mit 40 seit 28.07.2010 fest. Den hiergegen erhobenen Widerspruch vom 17.08.2010 wies der Beklagte, gestützt auf die Stellungnahme des Dr. B. vom 04.11.2010, mit Widerspruchsbescheid vom 26.11.2010 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 30.12.2010 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben.

Da SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen gehört.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. hat unter dem 18.03.2011 folgende Diagnosen mitgeteilt: Mittelgradige Angststörung, mittelgradige depressive Verstimmung, mittelgradiger Erschöpfungszustand, mittel- bis hochgradige phobische Störung, schwere chronische kardiale Arrhythmie, mittelgradiges Impingementsyndrom rechte Schulter mit Tendinitis, leichtgradiges Impingementsyndrom linke Schulter, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Diabetes mellitus Typ II, mittelgradige Zwangsneurose, mittelgradige Adipositas, mittelgradige Polyarthrose insbesondere fingerbetont, aber auch Schulter und WS; Skoliose; Spondylarthrose, degeneratives HWS- und BWS-Syndrom mit Diskopathie C5/C7, mittelgradiges benignes Prostataadenom mit erektiler Dysfunktion, Herzangstneurose bei chronischem Vorhofflimmern unter Marcumartherapie. Die allgemein schlechte gesundheitliche Situation resultiere aus dem depressiv und von Angst bestimmten Krankheitsbild des Erschöpfungssyndroms. Der Kläger lebe in ständiger Todesangst aufgrund seiner kardialen Arrhythmie mit rezidivierenden Palpitationen und versichere sich bei fast jedem Arztkontakt der doch stabilen kardialen Situation. Geplant sei noch eine Abklärung des Schlafapnoe-Syndroms, das seit Mitte 2010 aufgenommen habe.

Der Orthopäde Dr. N. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 17.03.2011 die Diagnosen eines Impingementsyndroms der rechten Schulter bei Tendinitis calcarea mit Rotatorenmanschettenausdünnung sowie ein degeneratives LWS-Syndrom bei Skoliose und Spondylarthrose L4/S1, eine Polyarthrose der Hände sowie ein degeneratives HWS- und BWS-Syndrom mit Bandscheibenschaden C5 - C7 genannt. Er halte einen GdB von 40 auf orthopädischem Fachgebiet für angemessen.

Der Facharzt für Urologie Dr. O. hat in der schriftlichen Zeugenaussage vom 30.03.2011 die Diagnosen eines Prostataadenoms mit unklarer PSA-Erhöhung sowie einer erektilen Dysfunktion genannt. Auf urologischem Fachgebiet sei der GdB mit Null zu bewerten, wobei eine weitere Abklärung der Prostata dringend notwendig sei.

Dr. H., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Akupunktur, Klinische Geriatrie, hat unter dem 08.04.2011 die Diagnosen einer anhaltenden Angststörung, eines Erschöpfungszustandes mit phobischen Anteilen und Vermeidungsverhalten sowie einer absoluten Arrhythmie mit Vorhofflimmern genannt. Er habe den Kläger einmalig am 11.03.2011 behandelt.

Die Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie Dr. T. und PD Dr. S. haben unter dem 19.04.2011 mitgeteilt, als kardiale Hauptdiagnose bestehe bei dem Kläger ein permanentes Vorhofflimmern. Die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten werde geteilt.

Nachdem Dr. E. in der Versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 06.09.2011 die Auffassung vertreten hatte, anhand der vorliegenden Befunde sei ein GdB von 40 bereits als zu weitreichend anzusehen, hat das SG den Orthopäden Dr. I. mit der Erstattung eines fachorthopädischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 29.12.2011 hat Dr. I. ausgeführt, die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen, nämlich ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom (geringgradig), ein Schulter-Arm-Syndrom beidseits (geringgradig), eine zweitgradige Coxarthrose beidseits sowie eine zweitgradige Rhizarthrose beidseits bei Heberdenarthrosen beidseits seien jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten, der GdB für die Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet insgesamt betrage 30.

Der Kläger hat daraufhin eine weitere Bescheinigung von Dr. N. vom 15.02.2012 vorgelegt, in welcher dieser die bei der letzten Behandlung am 17.01.2012 festgestellten Diagnosen sowie Befunde und Röntgenbefunde vom 16.03.2007 bis 06.12.2011 mitgeteilt hat. Hierauf wird Bezug genommen.

Mit Urteil vom 25.07.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Zu den einzelnen Gesundheitsstörungen des Klägers und deren GdB-Bewertung hat es ausgeführt:

- Im Bereich der Schultern sei gegenüber dem Zustand, welcher dem Bescheid vom 28.08.2007 zugrunde gelegen habe, eine Besserung eingetreten. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. I. sei das Bewegungsmaß beider Schultern nicht eingeschränkt gewesen, der Röntgenbefund habe einem altersentsprechenden Normbefund entsprochen, Kalkablagerungen hätten nicht nachgewiesen werden können. Hierfür sei ein Einzel-GdB von allenfalls 10 anzusetzen. - Eine Rhizarthrose zweiten Grades (Daumensattelgelenkarthrose) und Heberdenarthrosen (deutliche Arthrosen der Fingerendgelenke) seien funktionell nicht relevant, deshalb sei hierfür kein höherer Einzel-GdB als 10 festzustellen. - Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe eine leichte bis deutliche Bewegungseinschränkung mit mäßigen degenerativen Veränderungen. Die übrige Wirbelsäule sei altersentsprechend ohne funktionelle Einschränkungen. Hierfür sei ein Einzel-GdB von 10 angemessen. - Eine beidseitige zweitgradige Coxarthrose, welche allerdings nur eine Einschränkung der Innendrehung beider Hüftgelenke bei sonst altersentsprechenden Bewegungsmaßnahmen bedinge, sei gleichfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Insgesamt seien die Funktionsbeeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet mit einem GdB von 20 ausreichend bewertet. - Die Herzrhythmusstörungen seien - entsprechend der Einschätzung von PD Dr. S. in der Auskunft vom 19.04.2011 - mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. - Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehe kein messbarer GdB. Eine fachärztliche Behandlung im streitigen Zeitraum sei nur einmalig durch Dr. H. am 11.03.2011 erfolgt. Ausweislich des von Dr. R. zur Akte gereichten Medikamentenplans nehme der Kläger keine Medikamente gegen die von ihm geklagten psychischen Beeinträchtigungen. - Der Diabetes mellitus Typ II werde zwischenzeitlich mit Metformin behandelt, dieses erhöhe nicht die Hypoglykämieeignung, weshalb kein Einzel-GdB hierfür festzustellen sei. Auch die Sehinderung sei zutreffend mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet.

Gegen das am 06.08.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20.08.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, es könne nicht sein, dass sich das SG ausschließlich von dem Gutachten des Dr. I. vom 29.12.2011 leiten lasse, die umfangreichen sonstigen ärztlichen Unterlagen und sachverständigen Zeugenaussagen jedoch nicht adäquat bewerte. Herr Dr. I. könne als Orthopäde auch keine Aussagen zu sonstigen Facharztgebieten treffen. Der Kläger hat sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juli 2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 09. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. November 2010 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 ab dem 28. Juli 2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Auch der Beklagte hat sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage mit dem angefochtenen Urteil zurecht abgewiesen, da der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB hat.

Gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer Behinderung fest. Behindert sind Menschen gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) dann, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Liegen dabei mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Als schwerbehinderter Mensch ist anzuerkennen, wer die Voraussetzungen für die Zuerkennung eines GdB von wenigstens 50 erfüllt und seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder seine Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 73 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX hat.

Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung - hier: Bescheid vom 29.05.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.07.2008 - vorgelegen haben, eine wesentlichen Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse liegt vor, wenn sich durch das Hinzutreten neuer Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung der anerkannten Gesundheitsstörungen der Gesundheitszustand des Behinderten verschlechtert oder er sich durch den Wegfall von Gesundheitsstörungen oder eine Besserung bereits anerkannter Gesundheitsstörungen gebessert hat. Ob dies der Fall ist, ist durch einen Vergleich der für die letzte, bindend gewordene Feststellung maßgebend gewesenen Befunde und Krankheitsäußerungen mit den jetzt vorliegenden Befunden zu ermitteln (vgl. BSG - SozR 3-1500, § 54 Nr. 18 und [SozR 3-3870 § 4 Nr. 13](#)).

Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) wird zusätzlich auf die aufgrund des § 30 Abs. 17 Bundesversorgungsgesetz (BVG) erlassene Rechtsverordnung Bezug genommen. Durch diesen Verweis stellt [§ 69 SGB IX](#) auf das versorgungsrechtliche Bewertungssystem ab, dessen Ausgangspunkt die "Mindest-vom-Hundert-Sätze" für eine größere Zahl erheblicher äußerer Körperschäden im Sinne der Nr. 5 Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG sind. Von diesen Mindest-vom-Hundert-Sätzen leiten sich bis zum 31.12.2008 die aus den Erfahrungen der Versorgungsverwaltung und den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft gewonnenen Tabellenwerte der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" - AHP - ab. An deren Stelle ist mit Wirkung ab 01.01.2009 die als Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 erlassenen Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) getreten. Diese stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar, die den Behinderungsbegriff der "Internationalen Qualifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung" als Grundlage des Bewertungssystems berücksichtigen (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#) - juris). In Anwendung dieser Grundsätze ist die angefochtene Entscheidung nicht zu beanstanden.

1. Auf orthopädischem Gebiet bestehen beim Kläger ein degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom sowie ein beidseitiges Schulter-Arm-Syndrom jeweils in geringgradiger Ausprägung. Darüber hinaus liegt eine zweitgradige Coxarthrose beidseits sowie eine zweitgradige Rhizarthrose beidseits bei Heberden-Arthrosen vor. Diese Erkrankungen sind jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Der Senat stützt sich hierbei auf die Beurteilung des Orthopäden Dr. I. im Gutachten vom 29.12.2011. Etwas anderes ergibt sich nicht aus der Bescheinigung des behandelnden Orthopäden Dr. N. vom 15.02.2012. Denn darin werden lediglich auch die von Dr. I. genannten Diagnosen mitgeteilt, ohne dass jedoch konkrete Bewegungsmaße genannt werden. Nach Teil B Nr. 18.9 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. Soweit Dr. N. darüber hinaus qualitative Einschränkungen hinsichtlich körperlicher Tätigkeiten wie Erschwernisse bei Arbeiten in gebückter und Wirbelsäulenzwangshaltung, bei Überkopparbeiten, Heben und Tragen von Lasten über 10 - 15 kg genannt hat, sind diese Kriterien für die Beurteilung des GdB nicht maßgeblich.

Das SG hat weiter zutreffend ausgeführt, dass für die Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet als höchster GdB ein solcher von allenfalls 20 festzustellen ist. Nach Teil A Nr. 2 e) VG sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen die folgenden Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz; Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel;

Arme; Beine; Rumpf. Dahingestellt bleiben kann, ob das Schulter-Arm-Syndrom dem Funktionssystem Arme oder Rumpf zuzuordnen ist, da es sowohl bei einer zusammenfassenden Bewertung entweder mit den Wirbelsäulenbeschwerden oder den Rhizarthrosen und Heberdenarthrosen keinen höheren GdB als 20 bedingt.

Soweit Dr. N. in der Bescheinigung vom 15.02.2012 auch die Diagnosen eines schmerzhaften Spreizfußes rechts mehr als links mit Metatarsalgie 2 bei relativer Überlänge und Großzehengrundgelenksarthrose genannt hat, ist dieser Befund auch von Dr. I. festgestellt worden, der hierzu ausgeführt hat, im Bereich der Füße lasse sich ein mäßiger Spreizfuß beidseits mit einer diskreten Arthrose des Großzehengrundgelenks rechts nachweisen. Hier bestehe keine klinische Relevanz für die körperliche Leistungsfähigkeit. Eine solche hat auch Dr. N. nicht angegeben.

Nach Teil B Nr. 18.14 VG bedingen andere Fußdeformitäten als Klumpfuß bzw. Bewegungseinschränkungen oder Versteifungen im oberen oder unteren Sprunggelenk ohne wesentliche statische Auswirkungen (z.B. Senk-Spreiz-Fuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch post-traumatisch) keinen GdB, Fußdeformitäten mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung bei geringem Grad einen GdB von 10, bei stärkerem Grad einen GdB von 20. Statische Auswirkungen der Funktionsstörung liegen jedoch nicht vor, so dass hierfür kein GdB festzustellen ist.

2. Auf internistischem Gebiet besteht beim Kläger ein permanentes Vorhofflimmern mittleren Grades. Dieses ist mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Der Senat stützt sich hierbei auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte Dr. T. und PD Dr. S. in der sachverständigen Zeugenaussage vom 19.04.2011.

Die darüber hinaus bestehenden Erkrankungen an einem Diabetes mellitus Typ II und einer Hypercholesterinämie sind, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, nicht mit einem Einzel-GdB zu bewerten.

3. Gleiches gilt für die Erkrankungen auf urologischem Fachgebiet, nämlich einem Prostataadenom mit unklarer PSA-Erhöhung sowie einer erektilen Dysfunktion. Der Senat stützt sich hierbei auf die Beurteilung des Facharztes für Urologie Dr. O. vom 30.03.2011. Bei einem Prostataadenom richtet sich der GdB nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion (Teil B Nr. 13.5 VG). Entsprechende Einschränkungen liegen beim Kläger nicht vor.

4. Auf nervenärztlichem Fachgebiet besteht beim Kläger eine ängstlich-depressive Störung sowie eine phobische Störung, bedingt durch die kardiale Arrhythmie. Der Senat stützt sich hierbei auf die sachverständige Auskunft von Dr. H. vom 08.04.2011, wobei hierbei jedoch zu berücksichtigen ist, dass durch Dr. H. lediglich eine einmalige Behandlung bzw. Untersuchung am 11.03.2011 erfolgt ist. Auch soweit Dr. R. vorgetragen hat, die gesundheitliche Situation des Klägers sei durch das von Depression und Angst bestimmte Krankheitsbild bestimmt, der Kläger lebe in ständiger Todesangst aufgrund seiner kardialen Arrhythmie mit rezidivierenden Palpitationen und müsse bei fast jedem Arztkontakt der doch stabilen kardialen Situation versichert werden, ist hierfür allenfalls ein GdB von 20 festzustellen. Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 - 20 zu bewerten. Erst stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) sind mit einem GdB von 30 - 40 zu bewerten. Eine stärker behindernde Störung in diesem Ausmaß liegt jedoch nicht vor. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, kann dem von Dr. R. vorgelegten Medikamentenplan entnommen werden, dass eine antidepressive oder antiphobische Medikamentierung nicht stattfindet. Auch fand im streitigen Zeitraum lediglich eine fachärztliche Konsultation statt. Eine höhere Bewertung kann auch nicht auf die Auskunft von Dr. R. vom 18.03.2011 gestützt werden. Zutreffend ist zwar, dass der Kläger demzufolge bei den Arztkonsultationen jeweils über Ängste bezüglich einer Verschlechterung der kardialen Situation berichtet hat. Jedoch war zum einen die kardiale Situation bis auf vom Kläger berichtete Palpationen jeweils stabil. Zum anderen erfolgte lediglich eine einmalige Überweisung zum Neurologen aufgrund der psychischen Situation. Schließlich hat auch Dr. R. für die von ihm als Herzangstneurose bezeichnete psychische Erkrankung zusammen mit dem chronisch permanenten Vorhofflimmern einen GdB von 25 - 30 für angemessen erachtet (sekundäre psychische Erkrankung aufgrund einer primären internistisch-kardiologischen Erkrankung).

5. Gemäß Teil A Nr. 3 a) VG sind dann, wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, zwar Einzel-GdB-Werte anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch 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. Nach Teil A Nr. 3 c) VG ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdB 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. Dabei führen - von Ausnahmefällen (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit eines Ohres bei schwerer beidseitiger Einschränkung der Sehfähigkeit) abgesehen - zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamt-Beeinträchtigung, 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. Unter Zugrundelegung dieser Beurteilungsmaßstäbe hat das SG zutreffend entschieden, dass der Bewertung des GdB auf orthopädischem Gebiet durch Dr. I. nicht gefolgt werden kann. Gegen dessen Bewertung spricht zum einen - wie ausgeführt -, dass die Funktionsbeeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet die drei Funktionssysteme Arme, Beine und Rumpf betreffen und schon deshalb nicht aufsummiert werden dürfen. Gegen dessen Bewertung spricht zudem die in den VG vorgegebene Berechnung des Gesamt-GdB.

Ausgehend von dem höchsten Einzel-GdB von 20 für ein permanentes Vorhofflimmern mittleren Grades ist dieser aufgrund eines GdB von jeweils 20 für das Schulter-Arm-Syndrom und die Rhizarthrosen/Heberden-Arthrosen sowie für eine ängstlich-depressive und phobische Störung auf allenfalls 40 zu erhöhen. Eine weitere Erhöhung durch die weiteren, jeweils nur mit einem GdB von 10 zu bewertenden Funktionsstörungen ist nicht vorzunehmen.

Die Berufung des Klägers war deshalb zurückzuweisen.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-05