

L 8 SB 2154/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2154/11
Datum
04.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Nachdem die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 22.03.2013 einen Vergleich geschlossen haben, beantragen sie die Entscheidung des Senats über die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens durch Beschluss.

Für den 1965 geborenen Kläger wurde erstmals mit Bescheid vom 04.02.1999 ein GdB von 50 wegen einer Harnblasenerkrankung im Stadium der Heilungsbewährung, einer Gastroduodenitis und einer depressiven Verstimmung festgestellt. Im Jahr 2000 leitete der Beklagte eine Nachuntersuchung ein und stellte dann mit Bescheid vom 22.08.2001 und Widerspruchsbescheid vom 22.07.2002 fest, dass ein GdB von mindestens 20 nicht mehr vorliege.

Am 13.02.2008 beantragte der Kläger eine Neufeststellung seiner Behinderung. Dazu gab er an, am 06.01.2008 einen akuten Hinterwandinfarkt bei koronarer Ein-Gefäß-Erkrankung erlitten zu haben. Er habe eine Hypertonie. Der Beklagte zog Unterlagen des behandelnden Hausarztes Dr. S. bei. Der Kläger war vom 06.01.2008 bis 14.01.2008 in stationärer Behandlung im M. in S. (Entlassungsbericht vom 22.01.2008) wegen des Hinterwandinfarkts. Eine 100%ige Stenose wurde mit einem Stent versorgt. Bei der Abdomensonografie fiel ein Leberhämangiom und eine Steatosis hepatis auf. Bei Entlassung war der Kläger unter mittlerer Belastung beschwerdefrei. Vom 21.01.2008 bis 22.12.2007 (gemeint wohl 22.01.2008) war der Kläger wegen eines aufgetretenen Schwindels mit Schwäche stationär im B. in S. (Entlassungsbericht vom 22.01.2008). Der Kläger habe vermehrt Angst vor einem neuen Infarkt und fühle einen Ganzkörperschmerz mit Schwindelgefühl. Es wurde ein psychiatrisches Konzil veranlasst.

Nach Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. H., 15.03.2008) stellte der Beklagte mit Bescheid vom 07.04.2008 einen GdB von 20 fest.

Am 29.04.2008 ging beim Beklagten ein erneuter Änderungsantrag des Klägers ein, mit dem er zusätzlich eine Lumboischialgie geltend machte. Dazu legte er Laborwerte vom 06. bis 11.01.2008 und vom 22.01.2008 vor.

Nach erneuter Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. M., 28.05.2008) wies der Beklagte den als Widerspruch gewerteten Änderungsantrag mit Widerspruchsbescheid vom 05.06.2008 zurück.

Am 30.06.2008 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG), zu deren Begründung er ausführte, dass seine Herzleistungsminderung ungeklärt sei, seine Herzprobleme jedoch zu erheblichen Leistungsbeeinträchtigungen führten. Eine behandlungsbedürftige Depression sei gar nicht berücksichtigt worden.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Orthopäde Dr. Z. gab unter dem 26.08.2008 an, der Kläger sei bei ihm wegen Kreuzschmerzen in Behandlung. Es seien Anzeichen für eine Blockierung L5 mit zeitweiligen Parästhesien im Dermatom L5 zu sehen gewesen. Wegen des Verdachts auf einen Bandscheibenvorfall habe er ein MRT veranlasst, das eine Bandscheibenprotrusion L4/L5 sowie L5/S1 und eine epidurale Lipomatose ohne Nervenwurzelkompression ergeben habe. Weitere neurologische Defizite hätten nicht bestanden. Zeitweilig habe eine Entfaltungsstörung in der LWS bestanden.

Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie M. H. teilte am 23.09.2008 mit, der Kläger sei im Jahr 1998 erstmals bei ihr wegen Kopfschmerzen in Behandlung gewesen. Nach der Diagnose eines Karzinoma in situ in der Harnblase habe er eine schwere Angstsymptomatik entwickelt, die 2002 medikamentös behandelt worden sei. Seit der Herz-OP im Januar 2008 klage er immer wieder über pectangiöse Beschwerden mit Angst und Panik, die aber organisch nicht zu erklären seien. Er werde mit Cipramil behandelt und sei psychisch so weit wieder hergestellt, dass er zwischen psychischen und organischen Ursachen differenzieren könne. Auf ihrem Fachgebiet betrage der GdB 50 wegen der Angst- und Panikattacken mit Kardio- und Karzinophobie.

Der Hausarzt und Internist Dr. S. gab am 29.10.2008 an, er behandle den Kläger wegen der koronaren Herzerkrankung, der Depression, Wirbelsäulenbeschwerden sowie Hypertonie und Hyperlipidämie. Der GdB betrage mehr als 70 allein wegen der Herzerkrankung und des Herzinfarkts. Bei leichter bis mittlerer körperlicher Belastung trete häufiger eine Angina pectoris Symptomatik auf.

Vom 30.04.2008 bis 01.05.2008 wurde der Kläger stationär im Krankenhaus vom R. K. wegen retrosternaler Schmerzen behandelt. Hinweise auf einen Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen fanden sich bei der Untersuchung nicht. Es bestand der Verdacht auf eine Refluxsymptomatik und eine gewisse Angstsymptomatik.

Der Beklagte legte eine Stellungnahme des Dr. W. vom 19.01.2009 vor.

Der Kläger legte einen Entlassungsbericht des B. S. vom 18.03.2009 (Behandlung 12. bis 19.03.2009 wegen linksthorakalen Druckgefühls bei hypertensiver Entgleisung und Ausschluss Koronarsyndrom, Vitamin-B12-Mangel) vor.

Das SG holte ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Dr. P. vom 20.04.2009 ein. Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit ängstlich-hypochondrischem Modus und eine Krankheitsverarbeitungsstörung, die er mit einem Teil-GdB von 30 einschließlich des Zustands nach Herzinfarkt, Stentimplantation ohne kardiologische Folgeerscheinungen bewertete. Die chronische Magenschleimhautentzündung, die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule und die symptomfreie Harnblasenerkrankung seien mit einem GdB von je 10 zu berücksichtigen, so dass insgesamt ein GdB von 30 angemessen sei.

Mit Schreiben vom 30.07.2009 bot der Beklagte einen Vergleich mit einem GdB von 30 und Feststellung der dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit an und stützte sich auf eine ärztliche Stellungnahme des Arztes D. vom 22.07.2009. Das Angebot lehnte der Kläger ab.

Das SG holte nunmehr ein internistisches Gutachten von Prof. Dr. S. unter Mitwirkung von Dr. V. und Dr. E. vom 01.02.2010 ein, die zu dem Ergebnis kommen, die Herzkrankheit mit Anpassungsstörung bei ängstlich-hypochondrischem Modus und Krankheitsverarbeitungsstörung sei mit einem GdB von 30, der Bluthochdruck ohne Organkomplikationen mit 10, die chronische Gastritis mit 10, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne funktionelle neurologische Ausfälle mit einem GdB von 10 und der Zustand nach Harnblasenerkrankung, symptomfrei mit ebenfalls 10 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 30.

Das SG holte auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. A. vom 02.07.2010 ein. Dr. A. diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung bei zweimalig erlebter Bedrohung durch Krankheiten, eine rezidivierende depressive Störung, leichte Episode und eine somatoforme Schmerzstörung. Die psychischen Einzelstörungen seien in der Gesamtschau als schwer zu bezeichnen. Der Kläger könne zwar seiner beruflichen Tätigkeit noch nachgehen, aber kaum mehr soziale Aktivitäten verfolgen. Er erlebe den Kontakt zu Menschen als belastend. Der GdB für die psychischen Störungen sei mit 40 einzuschätzen. Insgesamt bestehe ein GdB von 50.

Der Beklagte hat dazu eine Stellungnahme von Dr. R. vom 04.11.2010 vorgelegt und an seinem Vergleichsangebot festgehalten.

Die Beteiligten einigten sich am 11.01.2011 in einem widerruflichen Vergleich auf die Feststellung eines GdB von 30 ab 13.02.2008. Der Kläger widerrief den Vergleich.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.05.2011 verurteilte das SG den Beklagten zur Feststellung eines GdB von 30 seit 13.02.2008. Im Übrigen wies es die Klage ab. Den Gerichtsbescheid hat der Beklagte mit Bescheid vom 27.05.2011 ausgeführt.

Gegen den seiner Prozessbevollmächtigten am 18.05.2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 26.05.2011 eingelegte Berufung des Klägers.

Der Berichterstatter hat den Beteiligten einen Vergleich über die Feststellung eines GdB von 40 unter Berücksichtigung eines GdB von 30 für die psychische Erkrankung und von 20 für die Herzerkrankung vorgeschlagen. Diesen Vorschlag hat der Kläger abgelehnt. Der Beklagte hat ihm unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 15.08.2011 zugestimmt.

Der Kläger hat einen vorläufigen Entlassungsbericht des Klinikums S. vom 12.08.2011 über eine stationäre Behandlung vom 11. bis 13.08.2011 vorgelegt. Der Senat hat die Neurologin und Psychiaterin H. erneut als sachverständige Zeugin schriftlich befragt.

Der Berichterstatter hat seinen Vergleichsvorschlag wiederholt. Der Kläger hat den Vorschlag erneut abgelehnt. Der Beklagte hat darauf hingewiesen, dass der Kläger nunmehr sogar bis 150 Watt belastbar gewesen sei. Ein Teil-GdB von 20 für das Herzleiden sei insofern relativiert.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) ein internistisch-kardiologisches Gutachten des Dr. M. vom 30.03.2012 eingeholt. Der GdB betrage 30, insgesamt maximal 40.

Der Beklagte hat eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 10.07.2012 vorgelegt, in der dieser darauf hinweist, dass der bisher angesetzte Einzel-GdB von 20 für das Herz-Kreislauf-System gerade noch vertretbar sei. Ebenso sei die Bildung eines Gesamt-GdB von 40 auf der Grundlage der vorliegenden Befunde als weitreichend, maximal vertretbar anzusehen.

Der Senat hat den Neurologen und Psychiater Dr. P. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Er hat mitgeteilt, aus nervenärztlicher Sicht betrage der Gesamt-GdB 40.

Der Kläger hat weiterhin eine Bescheinigung des werksärztlichen Dienstes der D. AG vom 08.01.2013 vorgelegt. In einem Bericht des Krankenhauses B. C. vom 11.02.2013 werden angio-pectoris ähnliche Beschwerden, der Ausschluss einer ACS, ein Zustand nach NSTEMI, Stentimplantation Januar 2008, koronare Eingefäß-Erkrankung, instabile Angina pectoris, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes Mellitus (eine Tablette Metformin täglich), bekannte Depression, bekannte Panikattacken mitgeteilt. Im Rahmen des stationären Aufenthalts hat die Ärztin C. F. F. ein akutes Koronarsyndrom bei einer Belastbarkeit bis 175 Watt und unauffälligem Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck sowie Herzecho ausschließen können.

Die Beteiligten haben sich in der mündlichen Verhandlung vom 22.03.2013 vergleichsweise auf einen GdB von 40 geeinigt. Der Beklagte hat erklärt, keine außergerichtlichen Kosten des Klägers für das Berufungsverfahren übernehmen zu wollen. Die Beteiligten haben im Vergleich die Entscheidung des Senats über die Kosten beantragt.

II.

Durch den Prozessvergleich vom 22.03.2013 ist der Rechtsstreit in der Sache, nicht aber im Kostenpunkt erledigt, weil die Beteiligten die Entscheidung des Senats über die außergerichtlichen Kosten des Klägers beantragt haben.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren nicht zu tragen. Für das erstinstanzliche Verfahren bleibt es bei der Kostenentscheidung im Gerichtsbescheid vom 19.05.2011.

Nach [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheidet das Gericht auf Antrag durch Beschluss darüber, ob und in welchem Umfang die Beteiligten einander Kosten zu erstatten haben, wenn das Verfahren anders als durch Urteil beendet worden ist. Kosten sind gemäß [§ 193 Abs. 2 SGG](#) die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen der Beteiligten. In entsprechender Anwendung des in [§ 91a](#) Zivilprozessordnung (ZPO) geregelten Rechtsgedankens ist über die Kosten unter Berücksichtigung des bisherigen Sach- und Streitstandes nach billigem Ermessen zu entscheiden. Dabei sind insbesondere die Erfolgsaussichten der Klage sowie die Gründe für die Klageerhebung und die Erledigung zu berücksichtigen, wobei es sich bei der Überprüfung des vermutlichen Verfahrensausgangs nur um eine summarische Prüfung handeln kann.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist der Beklagte hier nicht mit den außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren zu belasten. Im erstinstanzlichen Verfahren hat er ein Drittel der außergerichtlichen Kosten des Klägers entsprechend dem Gerichtsbescheid des SG zu tragen.

Die Berufung war im Zeitpunkt der Erledigung durch Vergleich zulässig und aber wohl unbegründet. Die Klage war zulässig, insbesondere fehlt es nicht an einem Vorverfahren. Der Beklagte hat den Änderungsantrag vom 29.04.2008 zu Recht als Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.04.2008 ausgelegt. Über diesen Widerspruch entschied der Beklagte zu Recht mit Widerspruchsbescheid vom 05.06.2008.

Die Klage war aber unbegründet soweit sie über den Gerichtsbescheid des SG vom 16.05.2011 hinausging. Das SG hat die Grundsätze der GdB-Bildung und die EinzelGdB für die beim Kläger vorliegenden Erkrankungen zutreffend dargelegt. Der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf diese Ausführungen Bezug und schließt sich ihnen nach eigener Überprüfung an, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Die psychischen Beeinträchtigungen des Klägers waren mit einem GdB von 30, die Herzbeschwerden einschließlich des erhöhten Blutdrucks mit einem GdB von maximal 20, die Wirbelsäulenbeeinträchtigung, die Magenschleimhautentzündung, die Folgen des Harnblasenkarzinoms mit einem GdB von je 10 und die übrigen Erkrankungen (Leberparenchymschaden und Steatosis hepatis, Hämorrhoiden, Diabetes) mit einem GdB von 0 zu berücksichtigen. Dies rechtfertigt keinen Gesamt-GdB von 50 und ein Teilerfolg der Berufung im Sinne eines GdB 40 dürfte wenig wahrscheinlich gewesen sein.

Die Beeinträchtigung des Klägers von Seiten des Herzen und des Bluthochdrucks sind mit einem GdB von 20 ausreichend bewertet, wie zuletzt Dr. G. und auch Dr. W. zutreffend angedeutet haben. Beim Kläger lagen bei der Begutachtung durch Prof. Dr. S. u.a. keine Funktionsbeeinträchtigungen des Herzens vor. Er war bei der Ergometerprüfung mit 75 Watt über zwei Minuten belastbar, ohne dass pathologische Messdaten auftraten. Bei der Begutachtung durch Dr. M. und auch im Krankenhaus S. im August 2011 hat der Kläger sich über 125 bzw. 150 Watt, zuletzt im Februar 2013 sogar bis 175 Watt belasten können. Dr. M. bezeichnet seine kardiale Belastbarkeit insofern auch als altersentsprechend nicht eingeschränkt. Allein aufgrund der Herzleistungsminderung ist deshalb ein GdB von 0 bis 10 festzustellen. Darauf hat der Beklagte nach Kenntnis des Berichts des Klinikums S. vom 12.08.2011 zutreffend hingewiesen. Der Einschätzung von Dr. S. mit einem GdB von 70 allein für die Herzleistungsminderung ist im Hinblick auf diese Messdaten und auch das geschilderte klinische Beschwerdebild nicht zu folgen. Daneben liegt beim Kläger ein erhöhter Blutdruck vor, der nach den vorliegenden Unterlagen im diastolischen Bereich immer wieder bei 100 mmHg und darüber lag. Prof. Dr. S. u. Koll. haben den Blutdruck in ihrem Gutachten als massiv erhöht und wiederholt symptomatisch entgleist bezeichnet. Eine Organbeteiligung hat keiner der behandelnden und begutachtenden Ärzte mitgeteilt. Unter Berücksichtigung der inzwischen zweimal notwendigen Koronarangiographie und der Blutdruckentgleisungen ist ein GdB von 20 gerade noch vertretbar.

Die Beschwerden in der Lendenwirbelsäule sind mit einem GdB von 10 ausreichend berücksichtigt. Nach den Angaben von Dr. Z. hat der Kläger in der Vergangenheit Schmerzen in der Lendenwirbelsäule gehabt, die auch zu vorübergehenden Missempfindungen in den Beinen geführt haben. Darüber hinaus litt er vorübergehend an einer Entfaltungsstörung der LWS. Diese Befunde rechtfertigen allenfalls eine Einstufung als geringe funktionelle Auswirkungen im untersten Wirbelsäulenabschnitt. Ein GdB von 10 ist ausreichend.

Die chronische Magenschleimhautentzündung, chronische Gastritis bedingt einen GdB von 0 bis 10, Nr. 10.2.1 Teil B VG. Die Folgen der Harnblasenoperation zur Entfernung des Tumors im Jahr 1998 bedingen nach Nr. 12.2 Teil B VG (26.12 AHP) im Hinblick auf die fehlende Einschränkung der Funktion der Harnblase keinen höheren GdB als 10. Der sonographisch erkennbare Leberparenchymschaden und Steatosis hepatis, die keinerlei Funktionsbeeinträchtigungen mit sich bringen, bedingen nach Nr. 10.3 Teil B VG keinen GdB. Die bei Dr. A.

berichteten Hämorrhoiden ziehen nach den dortigen Angaben des Klägers über Schmerzen beim Stuhlgang hinaus keine erheblichen Beschwerden und keine Blutungsneigung nach sich, so dass ein GdB von 0 nach Nr. 10.2.4 Teil B VG (Nr. 26.10 AHP) besteht. Der mit je einer Tablette Metformin morgens und abends behandelte Diabetes bedingt ebenfalls keinen GdB von wenigstens 10, VG Teil B 15.1.

Nur unter Zurückstellung von Bedenken, insbesondere im Hinblick auf den nach den aktuellen Erkenntnissen nur schwach ausgeprägten GdB von 20 für die Herz-Kreislauf-Erkrankung hat der Beklagte aus den GdB von 30 und 20 einen GdB von 40 gebildet. Ein Anspruch auf einen GdB von 40 ergab sich aus den vorliegenden Befunden nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) nicht zwingend, denn die von Prof. Dr. S. angenommenen Blutdruckentgleisungen sind bereits als Folge der mit dem GdB von 30 bewerteten Angstsymptomatik des Klägers berücksichtigt. Die Berufung hatte im Zeitpunkt ihrer Erledigung durch Vergleich wohl keine Aussicht auf Erfolg.

Es war nach alledem nicht gerechtfertigt, dem Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren aufzuerlegen.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-14