

L 8 SB 2097/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 2 SB 1379/08
Datum
15.02.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2097/11
Datum
19.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Februar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Für den 1947 geborenen Kläger kroatischer Staatsangehörigkeit wurde zuletzt mit Bescheid vom 07.06.2005 ein GdB von 30 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheiben (Teil-GdB 20), einer chronischen Bronchitis und Lungenfunktionseinschränkung (Teil-GdB 10), eines Bluthochdrucks (Teil-GdB 10) und einer Depression, psychovegetativer Störung (Teil-GdB 20) festgestellt. Ein Änderungsantrag im Jahr 2006 hatte keinen Erfolg (Bescheid vom 31.05.2006).

Am 31.01.2007 beantragte der Kläger erneut eine Neufeststellung seiner Behinderung und machte zusätzlich eine Innenohrschwerhörigkeit geltend. Er legte ein Attest der HNO-Ärztin Dr. S. vom 05.10.2006 vor, nach dem er unter einer mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit mit dekompensiertem Tinnitus und deswegen einer Somatisierungsstörung leide. Die Krankheiten seien Nachfolge- und zusammenhängende Erkrankungen des Wirbelsäulenleidens. Es bestehe ein Zahlenverlust von rechts 40 und links 45.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. F. bescheinigte eine Hypertonie, Diabetes mellitus (Behandlung mit Metformin dreimal täglich), eine chronisch-obstruktive Bronchitis, eine mittelschwere Depression, ein Lendenwirbelsäulen (LWS)- Syndrom, eine Cervikobrachialgie, eine Atherosklerose der Carotiden und eine mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit mit dekompensiertem Tinnitus (Bescheinigungen vom 27.07.2006 und 06.10.2006).

Ab 26.04.2007 war der Kläger in stationärer Behandlung im K. S. unter den Diagnosen eines akuten Hinterwandinfarkts des Herzen, einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung, einer essentiellen Hypertonie, eines Nikotinabusus, einer Depression und einer Bronchitis (vorläufiger Entlassungsbericht vom 04.05.2007).

Auf Nachfrage des Beklagte erstattete die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. am 27.06.2007 einen Befundbericht. (sporadische Behandlung, Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, Verdacht auf abhängige Persönlichkeitsstörung).

Nach Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. L., 21.07.2007) lehnte der Beklagte eine Änderung der bisherigen Entscheidung mit Bescheid vom 02.08.2007 ab. Die Behinderung bezeichnete er nun wie folgt: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (Teil-GdB 20), chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung (Teil-GdB 20), abgelaufener Herzinfarkt, Bluthochdruck (Teil-GdB 20), Depression, psychovegetative Störung (Teil-GdB 20), Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (Teil-GdB 20).

Dagegen erhob der Kläger am 03.09.2007 Widerspruch, zu dessen Begründung er ausführte, dass ein GdB von 20 für die Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems zu gering sei. Der Beklagte zog den endgültigen Entlassungsbericht des Klinikums S. vom 17.07.2007 bei (Belastung bis 100 Watt, Abbruch wegen muskulärer Erschöpfung). Er zog weiterhin Arztbriefe des Internisten und Kardiologen Dr. K. vom 18.06.2007, 30.08.2007 und einen Befundbericht vom 08.10.2007 bei (koronare 3-Gefäß-Erkrankung, Zustand nach RCA Stenting 4/07, Zustand nach Hinterwandinfarkt 4/07, arterielle Hypertonie, ausgeprägte Atherosklerose der Carotiden, chronische Bronchitis, Depression, Diabetes mellitus, Belastung bis 125 Watt).

Nach erneuter Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. G., 25.10.2007) stellte der Beklagte mit Teil-Abhilfebescheid vom 02.11.2007 einen GdB von 40 seit 31.01.2007 wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (20), einer koronaren Herzkrankheit, Stentimplantation, abgelaufener Herzinfarkt, Bluthochdruck (20), Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (20), Depression, funktionelle Organbeschwerden (20), Diabetes mellitus (10), Lungenerkrankung (10) fest.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.01.2008 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 13.02.2008 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG), zu deren Begründung er vortrug, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankung einen GdB von mindestens 30 bedinge unter Berücksichtigung der koronaren Herzkrankheit, des Bluthochdrucks und der Atherosklerose der Carotiden. Er leide an einem chronischen HWS- und LWS-Syndrom mit Spinalkanalstenose, das einen GdB von ebenfalls mindestens 30 begründe. Dazu kämen Beschwerden in der linken Schulter nach partieller Rotatorenmanschettenruptur mit gelegentlicher Ergussbildung und Bewegungseinschränkung. Insofern sei ein GdB von 10 zu berücksichtigen. Psychisch sei er stärker in seiner Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt, so dass ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt sei. Der Diabetes mellitus müsse mit oralen Antidiabetika behandelt werden und müsse deshalb mit 20 in Ansatz gebracht werden. Die Lungenerkrankung führe zu einem GdB von 20 bis 30. Die Schwerhörigkeit sei mit einem GdB von 30 zu berücksichtigen. Insgesamt sei deshalb von einem GdB von mindestens 50 auszugehen.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Die Orthopädin Dr. K.-B. gab unter dem 01.07.2008 an, der Kläger habe sich seit Januar 2007 lediglich zweimal vorgestellt. Es bestehe eine rezidivierende Lumboischialgie beidseits bei Chondrose der LWS, Spinalkanalstenose L2/3 sowie Bandscheibenvorfall L2/3 und L3/4. Es bestehe eine mittel- bis schwergradige Einschränkung in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS.

Die HNO-Ärztin Dr. S. teilte am 03.07.2008 eine Innenohrschwerhörigkeit mit dekompensiertem Tinnitus mit und übersandte ein Audiogramm vom 05.10.2006.

Der Internist und Kardiologe Dr. K. antwortete am 07.07.2008, es liege eine schwere diffuse koronare Drei-Gefäß-Erkrankung, eine schwere arterielle Hypertonie und eine ausgeprägte Plaquesbildung an den hirnversorgenden Gefäßen vor. Er übersandte u.a. seinen Arztbrief vom 08.04.2008 (stufenweise Belastung bis 125 Watt, im Alltagsleben kardiopulmonal beschwerdefrei, echokardiographisch normale systolische LV-Funktion).

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie S. F. gab unter dem 26.06.2008 an, sie behandle den Kläger wegen eines Z.n. Myokardinfarkt und Herzkrankheit, einer therapierefraktären Hypertonie trotz Mehrfachkombination von Antihypertonika, eines schweren depressiven Syndroms mit posttraumatischer Belastungsstörung und ausgeprägten Schlafstörungen, eines Tinnitus, eines Diabetes mellitus Typ 2, einer chronisch obstruktiven Pulmonalerkrankung, einer Atherosklerose der Carotiden, eines LWS-Syndrom und Cervikobrachialgia. Die psychische Erkrankung bedinge eine erhebliche Einschränkung der Gestaltungsfähigkeit und eine mittelgradige sozialen Anpassungsstörung.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie M. F. gab am 10.07.2008 an, der Kläger leide unter einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig mittelschwer bis schwer. Der psychische Befund sei durch Antriebsstörungen, Anhedonie, Lustlosigkeit, Selbstwertminderung, Schlafstörungen, Grübelneigung und Zukunftsängste gekennzeichnet. Auf nervenärztlichem Fachgebiet schätze er den GdB auf 50. Er legte einen Entlassungsbericht der Reha-Klinik B. B. vom 07.10.2002 (chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, chronisches Cervikobrachialsyndrom, partielle Rotatorenmanschettenruptur links, Bursitis subacromialis, aktivierte AC-Gelenksarthrose, v.a. reaktive Depression) sowie einen Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. vom 24.03.2005 (stationäre Behandlung vom 21.01.2005 bis 18.03.2005, depressive Episode (Erschöpfungsdepression), Anpassungsstörung, hypertensive Herzerkrankung, chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, langjähriger Nikotinabusus) vor.

Der Beklagte legte eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 10.10.2008 vor.

Das SG holte von Amts wegen ein Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr. S. vom 16.02.2009 mit neurologisch-psychiatrischem Zusatzgutachten des Dr. S. vom 10.02.2009 ein. Bei Dr. S. gab der Kläger an, dass ihm das Atmen Probleme mache. Auch habe er sich schon häufiger verlaufen und habe Angst, dass er nicht mehr zu seiner Wohnung zurückkomme. Er schaue deshalb, dass er nicht allein spazieren gehe. Auto fahre er nicht mehr, weil er Angst habe. Dr. S. stellte ein normales Hörvermögen bei normaler Gesprächslautstärke im Rahmen der Exploration ohne Hörhilfen fest. Die Herzaktion sei regelmäßig ohne Arrhythmiehinweise. Der Blutdruck sei im Liegen bei 210/90 mmHg zu messen, vor der Fahrradergometrie mit 160/80 mmHg. Ein Anhalt für eine respiratorische Insuffizienz ergab sich nicht. In der Spirometrie zeigte sich bei etwas zweifelhafter Kooperation eine mittelgradige Obstruktion. Dr. S. kam zu dem Ergebnis, dass die durchgeführte Ergometrie nicht zu verwerten sei, weil sie im Gegensatz zu den Befunden des behandelnden Kardiologen stehe. Für die Herzerkrankung sei ein GdB von 20 völlig ausreichend. Bei der Lungenfunktionsprüfung habe der Kläger nicht ausreichend mitgewirkt. Der einzige objektive Wert sei der Atemwiderstand, der auf eine dauerhafte Obstruktion hinweise. Insofern sei für diese Erkrankung ebenfalls ein GdB von 20 anzunehmen. Der GdB von 10 sei bei weiter fortgeführter Therapie mit einem Biguanid für den Diabetes mellitus zutreffend. Die Wirbelsäulenbeschwerden seien ebenfalls mit 20 zu berücksichtigen, nachdem sich bei der Untersuchung keine Hinweise auf höhergradige Einschränkungen in diesem Bereich ergeben hätten. Für die Schwerhörigkeit sei ein GdB von 10 ausreichend. Unter Berücksichtigung des GdB von 20 auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehe ein Gesamt-GdB von 40.

Dr. S. befragte den Kläger zu seinem Werdegang, zu seinen Beschwerden, insbesondere zu den Erinnerungen und Auslösemechanismen, die zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt hätten, sowie zu seinem Tagesablauf. Dr. S. stellte einen leichten Strabismus convergens rechts und ein beidseits erhaltenes Hörvermögen fest. Eine Wurzelreizsymptomatik von Seiten der Wirbelsäule sei nicht zu bestätigen. Der Kläger wirke ängstlich, leicht bis mäßig depressiv, berichte über Selbstwertstörungen und zeige leichte zwanghafte Persönlichkeitskomponenten. Eine posttraumatische Belastungsstörung lasse sich nach dem aktuellen Eindruck nicht bestätigen. Insgesamt sei von einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen, die mit funktionellen Störungen wie der Angst, das Herz könne stehen bleiben, einhergingen. Es bestünden psychosomatische überlagerte Beschwerden, die sich in einer akzentuierten Ermüdbarkeit und Kraftlosigkeit

zeigten. Auch die Wirbelsäulenbeschwerden seien psychosomatisch überlagert. Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehe ein GdB von 20.

Der Kläger machte Einwendungen gegen die Gutachten geltend. Insbesondere sei das Ausmaß der Herz-Kreislauf-Erkrankung nach dem Gutachten nicht geklärt. Von Seiten der Lunge sei von einem COPD auszugehen. Dr. S. habe zu Unrecht Nervenwurzelreizerscheinungen verneint. Er leide sehr wohl an schmerzhaften Beschwerden. Außerdem habe er zu Unrecht die Depression bagatellisiert.

Das SG legte die Einwendungen Dr. S. und Dr. S. zur Stellungnahme vor. Dr. S. teilte mit, dass richtig sei, dass die Obergrenze der Belastbarkeit nicht habe ausgelotet werden können, weil der Kläger die Ergometrie wegen schwerer Beine abgebrochen habe. Er habe deshalb die Messwerte von Dr. K. zugrunde gelegt. Die atherosklerotischen Veränderungen an den Carotisarterien hätten keine funktionellen Auswirkungen. Die Lungenfunktion habe aufgrund mangelnder Mitarbeit des Klägers nicht hinreichend aufgeklärt werden können (Stellungnahme vom 14.09.2009).

Dr. S. (Stellungnahme vom 09.09.2009) wies darauf hin, dass bildgebende Verfahren nicht ohne weiteres in Korrelation mit subjektiven Beschwerden zu setzen seien. Die Bezeichnung depressiver Verstimmungszustand stelle keine Bagatellisierung dar.

Der Kläger machte weitere Einwendungen geltend. Das SG erörterte den Rechtsstreit mit den Beteiligten am 08.07.2010.

Der Kläger legte ein Schreiben des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie M. F. vom 14.02.2011 vor (endoreaktive Depression, Zustand nach Herzinfarkt, hypertensive Herzerkrankung, Lumboischialgie, Wirbelsäulensyndrom). Nach dem Herzinfarkt sei es zu einer massiven Verstärkung der depressiven Ängste gekommen. Es seien erhebliche soziale Anpassungsschwierigkeiten, Angst und Vermeidungsverhalten sowie zwanghafte Symptome aufgetreten. Zusätzlich bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund von Erlebnissen im Krieg.

Mit Urteil vom 15.02.2011 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, beim Kläger stünden Beschwerden auf internistisch-kardiologischem und nervenärztlichem Fachgebiet im Vordergrund. Wegen der Folgen des Herzinfarkts und der koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung sei im Hinblick auf die geringe Leistungseinschränkung ein GdB von 10 zu berücksichtigen. Auch die Hypertonie bedinge im Hinblick auf die von Dr. K. mitgeteilten Befunde einen GdB von 10. Die psychische Beeinträchtigung rechtfertige einen GdB von 20. Dazu stütze sich die Kammer auf das Gutachten von Dr. S. ... Für die Wirbelsäulenbeschwerden sei ein GdB von 20 zutreffend. Es bestünden mittelgradige funktionelle Auswirkungen in der LWS. Der Diabetes mellitus, die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und die Innenohrschwerhörigkeit mit dekompensiertem Tinnitus bedingten jeweils einen GdB von 10. Insgesamt sei ein GdB von 40 zutreffend.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 30.04.2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 20.05.2011 eingelegte Berufung des Klägers, zu deren Begründung er weiterhin geltend macht, dass sowohl Hypertonie als auch koronare Herzerkrankung mit einem GdB von 10 zu gering eingeschätzt seien. Zu Unrecht habe das SG auch auf das mangelhafte Gutachten des Dr. S. zur Bewertung des GdB von 20 auf nervenärztlichem Fachgebiet Bezug genommen. Dr. F. habe von einer schweren endoreaktiven Depression geschrieben. Ein GdB von 30 sei dafür gegebenenfalls sogar zu niedrig angesetzt. Für die Lungenerkrankung (COPD) sei ein GdB von 20 zugrunde zu legen. Von Seiten der Wirbelsäule liege nicht nur ein LWS-, sondern auch ein Halswirbelsäulen (HWS)- Syndrom vor.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15.02.2011 aufzuheben und den Bescheid des Beklagten vom 02.08.2007 in Gestalt des Teilabhilfebescheids vom 02.11.2007 und des Widerspruchsbescheids vom 15.01.2008 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 ab 31.01.2007 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung schließt er sich dem angefochtenen Urteil an.

Der Kläger hat einen Entlassungsbericht des Klinikums S. vom 08.08.2011 (stationärer Aufenthalt ab 06.08.2011 wegen akuten Koronarsyndroms: Nicht-ST-Hebungsinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, 3-Gefäßerkrankung, 99%ige RCA Stenose, gutes Langzeitergebnis nach BMS Implantation proximale RCA 04/2007, 80%ige proximale RCX-Stenose, 50-60%ige periphere RCX- und RIVA-Stenose, 70%ige RD I-Stenose, persistierende AVK III, aktuell: BMS Implantation RCA Segment 2/3 und proximale RCX, Angio-Seal-Verschluss, arterielle Hypertonie, chronischer Nikotinabusus, persistierender AV-Block III°, stabiler Kammerersatzrhythmus mit Herzfrequenz zwischen 40 und 55/min, SM Implantation am 12.08.2011, gute LV Funktion, AoK Sklerose, MK-Sklerose, leicht Mitralklappeninsuffizienz, leichte Trikuspidalklappeninsuffizienz, Depression). Auf Nachfrage hat der Kläger ein Attest von S. F. vom 13.12.2011 vorgelegt, dass nach dem 16.08.2011 keine neuen Befunde eingegangen seien und keine Anschlussheilbehandlung stattgefunden habe.

Der Beklagte hat eine Stellungnahme von Dr. W. vom 03.02.2011 vorgelegt.

Der Kläger hat einen Arztbrief des HNO-Arzt Dr. R. vom 03.04.2012 vorgelegt, nach dem das Tonaudiogramm beidseits eine panchochleäre Innenohrschwerhörigkeit von 30 dB zeige. Auf Nachfrage des Senats hat er ein Tonaudiogramm vom 03.04.2012 übersandt und mitgeteilt, dass ein Sprachaudiogramm nicht angefertigt worden sei.

Der Beklagte hat eine Stellungnahme vom Dr. B. vom 29.11.2012 vorgelegt.

Der Kläger hat auf Nachfrage des Senats mitgeteilt, dass keine kardiologischen Kontrollen durchgeführt worden seien.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten, einen Band Akten des Sozialgerichts Stuttgart sowie die beim Senat angefallene Akte.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig (§ 151 SGG), aber nicht begründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten kein Anspruch auf Neufeststellung eines GdB von über 40 zu. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen – welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören – zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 – 9 RVs 15/96 – BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 – 9/9a RVs 1/91 – BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 – 9 RVs 4/95 – SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 – B 9 SB 3/02 R – BSGE 190, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 – 9a/9 RVs 7/89 – BSG SozR 3 3870 § 4 Nr. 1).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 16 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen – insbesondere § 69 SGB IX – zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 – B 9 SB 3/08 R – Rn. 27, 30 mwN). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX auszulegen und – bei Verstößen dagegen – nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009, SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 Rn. 19 und vom 23.4.2009, aaO, Rn. 30).

Nach diesen Kriterien steht dem Kläger ein Gesamt-GdB von 40 zu. Die beim Kläger vorliegenden Beschwerden in der Wirbelsäule sind mit einem GdB von 20, diejenigen in der linken Schultern mit keinem GdB, durch die chronische Bronchitis und Lungenfunktionsstörung mit 20, durch die psychischen Beeinträchtigungen mit 20, die Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus mit 20 und für die Herz-Kreislauf-Erkrankung mit 20 zu bewerten. Der Diabetes mellitus bedingt keinen GdB mehr.

Nach Nr. 18.9 Teil B VG, der im Wesentlichen Nr. 26.18 AHP entspricht, werden Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität mit einem GdB von 0 bewertet, bei geringen funktionellen Auswirkungen besteht ein GdB von 10, bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt wird ein GdB von 20 angenommen, bei schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelgradigen bis schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ist ein höherer GdB gerechtfertigt. Mittelgradige Auswirkungen sind dabei Verformung, häufig wiederkehrende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage anhaltende Wirbelsäulensyndrome. Nach diesen Kriterien kann die Beeinträchtigung des Klägers von Seiten der Wirbelsäule mit einem GdB von allenfalls 20 berücksichtigt werden, wie das SG zutreffend ausgeführt hat. Zur weiteren Begründung wird insofern auf die Ausführungen des SG verwiesen, die sich der Senat nach erneuter Überprüfung zu eigen macht, § 153 Abs. 2 SGG. Soweit der Kläger insofern geltend macht, dass er nicht nur Beschwerden in der LWS sondern auch in der HWS habe, führt das nicht zu einem anderen Ergebnis. Die Beschwerden in der HWS haben schon seit Jahren nicht mehr zu einer Behandlungsbedürftigkeit geführt. Eine wesentliche Bewegungseinschränkung ließ sich auch nicht darstellen. Eine höhergradige Beeinträchtigung ergibt sich daraus nicht, es kann insofern allenfalls von leichtgradigen Beeinträchtigungen in einem weiteren Wirbelsäulenabschnitt gesprochen werden, die einen GdB von 30 für die Wirbelsäulenbeschwerden insgesamt nicht rechtfertigen.

Die Beeinträchtigungen im Bereich der Schultern sind nicht mit einem eigenen GdB zu berücksichtigen. Nach Nr. 18.13 Teil B VG (26.18 AHP) bedingt eine einseitige Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich des Schultergürtels), die die Armhebung mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit bis zu 120° beschränkt einen GdB von 10, bei einer Einschränkung auf bis zu 90° wird ein GdB von 20 angenommen. Bei beidseitiger Einschränkung ergibt sich ein entsprechend höherer GdB. Nach dem Reha-Entlassungsbericht aus B. B. aus dem Jahr 2002 ergab sich keine Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk. Aufgrund einer akut aktivierten AC-Gelenksarthrose war damals eine Behandlung und Schonung kurzfristig notwendig. Seitdem haben die behandelnden Ärzte des Klägers über keine Behandlung der linken Schulter mehr berichtet, der Kläger selbst hat bei den Begutachtungen durch Dr. S. und Dr. S. Beschwerden in der Schulter nicht erwähnt, Bewegungseinschränkungen sind insofern nicht aufgefallen. Weiterhin besteht eine Partialruptur der Rotatorenmanschette, die aber nicht zu einer Instabilität im Schultergelenk geführt hat. Eine Bewegungseinschränkung ist auch insofern nicht erkennbar. Ein GdB von wenigstens 10 ergibt sich aus diesen Befunden nicht.

Die Einschränkung durch die Hörminderung einschließlich des von Dr. S. angegebenen Tinnitus ist mit einem GdB 20 ausreichend berücksichtigt. Nach Nr. 5 Teil B VG, der im Wesentlichen Nr. 26.5 AHP entspricht, ist für die Bewertung des GdB bei Hörstörungen in erster Linie die Herabsetzung des Sprachgehörs ohne Hörhilfen maßgeblich. Anhand der in Nr. 5.2.1 Teil B VG (26.5 AHP) niedergelegten Tabelle

ist der prozentuale Hörverlust zu bemessen. Fehlt es an einem Sprachaudiogramm kann ein Tonaudiogramm mithilfe der Tabelle unter 5.2.2 Teil B VG (26.5 AHP) ausgewertet werden. Dem prozentualen Hörverlust werden in Nr. 5.2.4 Teil B VG GdB Werte zugeordnet. Nach dem Tonaudiogramm des Dr. R. besteht bei 500 Hertz ein Hörverlust von 25 dB rechts und 35 dB links, bei 1000 Hertz ein solcher von 25 dB rechts, 35 dB links, bei 2000 Hertz von 30 dB rechts, 35 dB links und bei 4000 Hertz von 35 dB rechts und 40 dB links. Daraus errechnet sich ein Hörverlust von 27 % rechts und 38 % links. Daraus ergibt sich ein GdB von 15, worauf Dr. B. zutreffend hinweist (Stellungnahme vom 29.11.2012). Selbst unter Berücksichtigung des von Dr. S. behaupteten, weder von Dr. R. noch von Dr. S. bestätigten oder vom Kläger selbst angegebenen Tinnitus ergibt sich kein höherer GdB als 20, denn jedenfalls ist der Tinnitus entgegen den Angaben von Dr. S. nicht dekompensiert und belastet den Kläger - auch nach Angaben des Arztes F., der diesen Befund gar nicht erwähnt hat - im Alltag nicht in ungewöhnlichem Maße.

Die chronische Bronchitis des Klägers mit obstruktiver Lungenerkrankung bedingt einen GdB von 20. Nach Nr. 8.2 Teil B VG (Nr. 26.8 AHP) bedingt eine chronische Bronchitis als eigenständige Erkrankung ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion in leichter Form (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) einen GdB von 0 bis 10. Eine schwere Form mit fast kontinuierlich ausgiebigem Husten und Auswurf, häufigen akuten Schüben führt zur Feststellung eines GdB von 20 bis 30. Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades bedingen einen GdB von 20 bis 40. Dabei ist als geringer Grad eine das gewöhnliche Maß überschreitende Atemnot bei mittelschwerer Belastung wie z.B. forschem Gehen und statischen und dynamischen Messwerten der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normbereich mit 20 bis 40 anzunehmen. Der Kläger erlitt in den 1990er Jahren eine Lungentuberkulose, die seit 1994 als ausgeheilt gilt und seitdem nicht mehr reaktiviert ist. Hinweise auf eine aktuelle Reaktivierung ergeben sich nicht. Er hat gegenüber Dr. S. angegeben, nach einigen Etagen Treppensteigen und längerem Laufen Atemnot zu bekommen. Bei Dr. K. konnte er in der Ergometrie bis 125 Watt belasten. In Ruhe stellte Dr. S. 99% des Sollwerts in der Sauerstoffsättigung fest. Die Spiroergometrie war im Wesentlichen im Hinblick auf Unsicherheiten bei der Mitarbeit nicht verwertbar. Bei der behandelnden Lungenfachärztin R. waren die Werte mit 88% noch im Normbereich, also nicht um 1/3 vermindert. Dr. S. hat aus einem erhöhten Atemwiderstand auf eine obstruktive Erkrankung geschlossen, die aber das geringe Maß nicht überschreitet. Die vom Kläger geschilderte Atemnot konnte durch Beeinträchtigungen von Seiten der Lunge nicht erklärt werden wie Dr. S. in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme überzeugend ausgeführt hat. Die Einschätzung dieser Erkrankung mit einem GdB von 20 ist insofern ausreichend.

Die Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems ist weiterhin mit einem GdB von 20 zu bewerten. Nach Nr. 9 Teil B VG, der im Wesentlichen Nr. 26.9 AHP entspricht, ist für die Bemessung des GdB bei Herz- und Kreislaufkrankungen weniger die Art der Krankheit als die Leistungseinbuße maßgeblich. Bei der Beurteilung des GdB ist vom klinischen Bild und von den Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten ergänzen das klinische Bild. Nach Nr. 9.1.1 Teil B VG (Nr. 26.9 AHP) bedingt eine Einschränkung der Herzleistung ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, wie z.B. ohne Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen, selbst bei gewohnter stärkerer Belastung, ohne Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung einen GdB von 0 bis 10. Eine Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei einer Ergometerbelastung mit 75 Watt über wenigstens zwei Minuten führt zu einem GdB von 20 bis 40. Die Implantation eines Herzschrittmachers führt nach Nr. 9.1.6 Teil B VG zu einem GdB von 10. Eine Hypertonie (Bluthochdruck) führt nach Nr. 9.3 Teil B VG (26.9 AHP) in leichter Form zu einem GdB von 0 bis 10. Eine leichte Form ist anzunehmen, wenn keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen aufgetreten sind. Bei einer mittelschweren Form und Organbeteiligung (fundus hypertonus I-II, Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) leichten bis mittleren Grades, diastolischem Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung ist ein GdB von 20 bis 40 gerechtfertigt.

Beim Kläger liegt eine koronare Drei-Gefäß-Erkrankung vor, die 2007 und 2011 zu einem Herzinfarkt und anschließender Implantation von Stents in verschiedenen Gefäßen geführt hat. Die Funktion des im Jahr 2007 implantierten Stents wird als sehr gut beschrieben. Bei den Kontrolluntersuchungen bei Dr. K. konnte der Kläger bis 125 Watt belastet werden. Seit August 2011 bedurfte der Kläger keiner Behandlung seiner Herzerkrankung mehr, bei Entlassung aus dem Klinikum S. im August 2011 gab er ein subjektives Wohlbefinden an. Es ist insofern nach der akuten Intervention von einem guten Ergebnis auszugehen. Hinweise auf eine dauerhafte höhergradige Einschränkung durch den zweiten Herzinfarkt mit Stentimplantation als durch den ersten ergeben sich nicht. Dem Kläger wurde außerdem im August 2011 ein Herzschrittmacher implantiert, nachdem er über mehrere Tage Herzrhythmusstörungen hatte. Die Funktion des Herzschrittmachers bei Entlassung war gut, seitdem ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Fehlfunktion oder weiterhin bestehende Herzrhythmusstörungen. Der Kläger hat insofern auch keine kardiologischen Kontrollen in Anspruch genommen. Darüber hinaus besteht beim Kläger ein Bluthochdruck, der schwer einstellbar ist. Diastolische Blutdrucke über 100 mmHg trotz Medikation hat keiner der behandelnden oder begutachtenden Ärzte feststellen können. Allerdings ist es aufgrund des Bluthochdrucks zu einer hypertensiven Veränderung des Herzens gekommen. Diese Befunde rechtfertigen einen GdB von 20. Eine höhergradige Einschränkung der Herzleistung ergibt sich aus den vorliegenden Befunden nicht, nach den Angaben der Ärztin F. ist der Blutdruck seit Beendigung der regelmäßigen Nachtschicht nunmehr behandelbar.

Die reaktive Depression mit ängstlichen Zügen und einer leichten Zwangsstörung des Klägers ist mit einem GdB von 20 ausreichend bewertet. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata bedingen nach Nr. 3.7 Teil B VG, der im Wesentlichen Nr. 26.3 AHP entspricht, einen GdB von 0 bis 20 bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen. Ein GdB von 30 bis 40 wird bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit z.B. bei ausgeprägteren depressiven, hypochondrischen, asthenischen oder phobischen Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoformen Störungen angenommen. Ein GdB von 50 und mehr wird bei schweren Störungen wie z.B. schweren Zwangskrankheiten mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten angenommen. Das SG hat insofern zutreffend unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. S. dargestellt, dass aufgrund der angegebenen Befunde nicht von einer dauerhaften wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Der Senat nimmt auf diese zutreffenden Ausführungen zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug. Im Hinblick auf das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren, dass der Arzt F. und auch die Ärztin F. eine reaktive Depression diagnostiziert haben und ersterer einen GdB von 50 angenommen habe, ist darauf hinzuweisen, dass die von ihnen mitgeteilten Befunde im Einklang mit den Befunden von Dr. S. stehen, der ebenfalls eine vermehrte Ängstlichkeit, zwanghafte Züge mit Kontrollbedürfnis und eine psychosomatische Überlagerung sowohl der Wirbelsäulenbeschwerden als auch der Herzerkrankung angenommen hat. Soweit M. F. von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgeht, hat Dr. S. diese Diagnose überzeugend widerlegt, aber mit den Erlebnissen im Rahmen des humanitären Einsatzes während des Bosnienkriegs verbundene Ängste durchaus in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme

gewürdigt. Die damit verbundenen vom Kläger selbst bei Dr. S. geschilderten Einschränkungen im Alltag sind mit einem GdB von 20 ausreichend berücksichtigt. Der Senat verkennt dabei nicht, dass der Kläger im Jahr 2005 zur Behandlung einer reaktiven Depression in Folge des Todes seiner Mutter einmalig in stationärer psychiatrischer Behandlung in der R. war und in der Folge auch eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen hat. Seitdem findet aber eine ambulante Psychotherapie auch nach dem eigenen Vorbringen des Klägers nicht mehr statt.

Der mit Metformin behandelte Diabetes bedingt keinen GdB von wenigstens 10 mehr. Für die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) sind die GdB-Bewertungsgrundsätze durch die Zweite Verordnung zur Änderung der VersMedV ([BGBl. 2010, 928](#)) mit Wirkung vom 22.07.2010 geändert worden. Mit dieser Änderung wurde die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nachvollzogen, die sowohl zu den bis 31.12.2008 anzuwendenden Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) als auch zu den versorgungsmedizinischen Grundsätzen in der VersMedV seit 01.01.2009 (VG) ergangen ist (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B [9/9a SB 10/06 R](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 9](#), v. 23.04.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#), Juris). Auf die VG in der Fassung der Änderungsverordnung kann auch für die Zeit vor deren Inkrafttreten zurückgegriffen werden (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 12](#)). Danach gilt nach den VG Teil B 15.1 für die GdB-Bewertung eines Diabetes mellitus: Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Der GdB beträgt 0. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 20. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 30 bis 40. Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und die durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdB beträgt 50. Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdB-Werte bedingen.

Nach diesen Kriterien bedingt der Diabetes des Klägers seit 2010 keinen eigenen GdB mehr, weil er allein mit Tabletten (Metformin) eingestellt ist, die regelhaft keine Hypoglykämien auslösen können. Bis dahin bedingte er einen GdB von 10 wie das SG zutreffend ausgeführt hat und vom Kläger im Ergebnis auch nicht beanstandet wird.

Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Die AHP und die VG führen zur Umsetzung dieser Vorschriften aus, dass eine Addition von Einzel GdB Werten grundsätzlich unzulässig ist und auch andere Rechenmethoden für die Gesamt GdB Bildung ungeeignet sind. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird; ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. AHP Nr. 19 Abs. 3; VG Teil A Nr. 3). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung dieser Bewertungsgrundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG, [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#)).

Nach diesen Kriterien besteht auch unter Berücksichtigung des weiteren GdB von 20 für die Lungenerkrankung kein GdB von 50. Beim Kläger besteht keine schwerwiegende Behinderung, die mit einem Teil-GdB von 30 oder mehr zu bewerten ist. Nach den dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 jedoch vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der Rechtsprechung des Senats (z.B. Urteile vom 25.03.2011 - [L 8 SB 4762/08](#) - und 05.03.2010 - [L 8 SB 5038/08](#) -, m.w.N., unveröffentlicht) ist es daher grundsätzlich nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies beim Kläger zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen beim Kläger nicht vor. Solche Umstände sind in den Gutachten von Dr. S. und Dr. S., aber auch in den Angaben der Ärzte F. nicht beschrieben und sind auch sonst nicht erkennbar.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-25