

L 8 SB 3069/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 16 SB 5254/11

Datum

21.06.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 3069/12

Datum

23.05.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 21. Juni 2012 sowie der Bescheid der Beklagten vom 19. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. September 2011 abgeändert. Der Beklagte wird verurteilt, den GdB mit 30 ab 09.09.2013 festzustellen; im Übrigen wird die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

Der Beklagte erstattet dem Kläger ein Viertel der außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Der 1953 geborene Kläger stellte am 27.01.2011 einen Erstantrag beim Landratsamt O. (LRA) auf Feststellung einer Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht. Er gab hierbei als Gesundheitsstörungen eine Herzerkrankung an und fügte seinem Antrag verschiedene Arztberichte des Kardiologen Dr. Schä. , O. , vom 06.09.2010, 30.11.2010 und vom 07.01.2011 bei. Das LRA zog den ärztlichen Entlassungsbericht der R. Klinik Bad K. vom 24.08.2010 bei.

Sämtliche Arztunterlagen wurden mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.04.2011 ausgewertet. Die Funktionsbeeinträchtigung durch die koronare Herzkrankheit einschließlich eines Bluthochdruckes wurde mit einem Teil-GdB von 20 bewertet. Der Kläger sei bei einer Ergometerleistung von 100 Watt beschwerdefrei; es bestehe somit eine geringe Leistungsbeschränkung.

Mit Bescheid vom 19.04.2011 stellte das LRA den GdB mit 20 seit 27.01.2011 fest. Die Prüfung der ärztlichen Unterlagen habe ergeben, dass beim Kläger folgende Funktionsbeeinträchtigungen vorlägen: Koronare Herzkrankheit, abgelaufener Herzinfarkt, Koronardilatation, Stentimplantation, Bluthochdruck.

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und fügte ihm den Bericht des Dr. Schä. vom 18.05.2011 bei. Darin ist ausgeführt, es bestehe beim Kläger eine komplexe schwere Herzerkrankung einerseits und eine beträchtliche psychische Traumatisierung durch die Erkrankung andererseits. In dieser Kombination sei der Patient so schwer beeinträchtigt, dass eine Berentung nicht nur gerechtfertigt, sondern auch therapeutisch notwendig sei, um den Patienten nicht zu gefährden.

Nach Auswertung dieses Arztberichtes mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.07.2011 (Abhilfe nicht möglich, auch nach ergänzender Aktenlage werde weiterhin eine gute Herzpumpenfunktion beschrieben) wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.09.2011 zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Freiburg am 28.09.2011, begehrte die Feststellung eines GdB von mindestens 50 und trug zur Begründung vor, Dr. Schä. habe das Vorliegen einer schweren Herzerkrankung beschrieben, woraus sich ein GdB von mindestens 50 ergebe.

Das SG zog den Bericht des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. He. , L. , vom 15.12.2011 (Fistel Großzehe rechts, Herzinfarkt, Ex-Nikotinabusus) sowie das vom SG Freiburg im Rechtsstreit des Klägers gegen die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg eingeholte internistisch-arbeitsmedizinische Sachverständigengutachten des Dr. Su. , H. , vom 02.12.2011 bei. Dr. Su. kam zu dem Ergebnis, beim Kläger lägen auf internistischem Fachgebiet folgende Erkrankungen vor: 1. Koronare Herzerkrankung, Zustand nach Vorderwandinfarkt, Zustand nach Bypassoperation 06/2010; 2. Hypertonie; 3. Chronische Raucherbronchitis bei fortgesetztem inhalativem

Zigarettenrauchen; 4. Geringe Niereninsuffizienz; 5. Aktuell: Entzündete Großzehe rechts, geplante Großzehenamputation bei Verdacht auf Cholesterinemboisation. Trotz der Angabe des Klägers (auch nach gezieltem Nachfragen) zum Nikotinkonsum habe dieser mitgeteilt, dass er seit der Operation 06/2010 nicht geraucht habe. Auffällig sei jedoch ein deutlicher Nikotingeruch im Rahmen des Untersuchungsvorganges gewesen. Aus diesem Grunde sei eine Bestimmung von Cotinin im Blutserum vorgenommen worden. Dieser sehr zuverlässige Indikator im Sinne eines Nachweises von inhalativem Zigarettenrauchen sei stark erhöht gewesen. Hierdurch sei auch die deutliche Erhöhung der Leukozyten im Blutbild erklärbar (chronische Raucherbronchitis). Dem Kläger seien leichte körperliche Arbeiten möglich, in Belastungsspitzen auch mittelschwere körperliche Arbeiten, im Gehen oder im Stehen oder im Sitzen, in geschlossenen Räumen, bei Anwendung entsprechender Kleidung auch im Freien mindestens sechs Stunden arbeitstäglich.

Der Beklagte trat der Kläger mit dem Antrag auf Klageabweisung entgegen und legte hierzu die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 21.03.2012 vor. Nach Auswertung des fachinternistischen Gutachtens von Dr. Su. ergebe sich in Zusammenschau mit dem Befund von Dr. von Bo. (Ergospirometrie) kein Abweichen von der bisherigen Beurteilung. Der Kläger habe 125 Watt erreicht, wobei der Abbruch wegen muskulärer Erschöpfung erfolgt sei und nicht wegen durchblutungsbedingter Endstreckenveränderungen im Sinne einer kardialen Minderperfusion. Unter Berücksichtigung des positiven und negativen Leistungsbildes habe sich ein vollschichtiges Leistungsvermögen ergeben. Die chronische Bronchitis könne unter Erweiterung des Tenors mit einem Teil-GdB 10 festgestellt werden. Für die Funktionsbeeinträchtigungen "koronare Herzkrankheit, abgelaufener Herzinfarkt, Koronardilatation, Stentimplantation, Bluthochdruck" sei ein Teil-GdB von 20 zugrunde zu legen; die chronische Bronchitis sei mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Mit Gerichtsbescheid vom 21.06.2012 wies das SG die Klage ab. Auf die Entscheidungsgründe des dem Bevollmächtigten des Klägers am 26.06.2012 zugestellten - Gerichtsbescheid wird Bezug genommen.

Dagegen hat der Kläger am 18.07.2012 Berufung eingelegt. Er verfolgt sein Begehren weiter und trägt ergänzend vor, Dr. Schä. habe eine beträchtliche psychische Traumatisierung ermittelt, weshalb hierfür ein Teil-GdB von 50 anzusetzen sei. Die Herzerkrankung sei mit einem Teil-GdB von mindestens 50 zu bewerten, so dass der Gesamt-GdB bei 50 bis 60 liege. In Behandlung sei er u.a. bei der Fachärztin für Allgemeinmedizin E. Ri. , M. ...

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Juni 2012 sowie den Bescheid des Beklagten vom 19. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. September 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 27. Januar 2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hatte die Fachärztin für Allgemeinmedizin E. Ri. , M. , als sachverständige Zeugin am 04.12.2012 schriftlich gehört. Diese hat mitgeteilt, sie habe den Kläger vom 15.09.2011 bis 17.09.2012 behandelt. Der Blutdruck sei jeweils gemessen worden.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Dr. W. Ha. , U. , das internistisch/kardiologische Gutachten vom 15.10.2013 erstattet. Darin gelangte er zu dem Ergebnis, beim Kläger liege eine koronare 1-Gefäßerkrankung mit Zustand nach Vorderwandinfarkt 06/2010 vor. Außerdem liege eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung und deutlicher linksventrikulärer Hypertrophie, diastolische Ventrikelfunktionsstörung sowie eine leichtgradige chronische obstruktive Lungenerkrankung mit arterieller Sauerstoffuntersättigung und ein Zustand nach Großzehenamputation rechts bei Zustand nach Cholesterinemboisation vor. Die koronare Herzerkrankung sei durch die Herzkathederuntersuchung gesichert, die notfallmäßige Operation sei eine seltene Komplikation bei großen Herzinfarkten. Die Belastbarkeit mit 75 Watt sei etwas eingeschränkt, jedoch fänden sich bis zu dieser Stufe keine objektiven Zeichen einer Belastungscoronarinsuffizienz. Die arterielle Hypertonie sei medikamentös nicht optimal eingestellt, es zeige sich eine deutliche linksventrikuläre Hypertrophie und eine diastolische Ventrikelfunktionsstörung zweiten Grades als Folge der Hypertonie. Weiterhin sei durch die Großzehenamputation die Gehfähigkeit eingeschränkt. Die koronare Herzerkrankung mit Zustand nach Vorderwandinfarkt bewerte er mit einem Teil-GdB von 30, da echokardiographisch die Funktion beeinträchtigt sei und 75 Watt erreicht werden könnten. Arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit, diastolische Ventrikelfunktionsstörung seien mit einem Teil- GdB von ebenfalls 30 zu bewerten. Der Verlust der Großzehe bedinge einen Teil-GdB von 10 und die leichtgradig cronische obstruktive Lungenerkrankung verursache einen Teil-GdB von 20. Den Gesamt-GdB bewerte er im vorliegenden Fall mit 50.

Nach Auswertung dieses Gutachtens des Dr. Ha. mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 24.02.2014 unterbreitete der Beklagte das Vergleichsangebot vom 27.02.2014:

I. Der Grad der Behinderung (GdB) beträgt 30 (i.W. dreißig) ab 27.01.2011. Zusätzlich wird ab dem vorgenannten Zeitpunkt eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit festgestellt (für steuerliche Zwecke).

II. Die außergerichtlichen Kosten des Vorverfahrens sowie der I. und II. Instanz werden dem Grunde nach zu 1/2 erstattet.

III. Die Beteiligten erklären den Rechtsstreit für erledigt.

Der Kläger hat mit Schriftsatz seines Bevollmächtigten vom 19.03.2014 das Vergleichsangebot des Beklagten vom 27.02.2014 abgelehnt. Er bezieht sich auf die Ausführungen des Gutachters Dr. Ha. , der von einem GdB von 50 ausgehe, was für ihn schlüssig und nachvollziehbar sei.

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

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Beklagten, die Akten des SG Freiburg und auf die Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und in der Sache teilweise begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Feststellung eines GdB von 30 ab 09.09.2013. Soweit der Kläger die Feststellung eines über 30 hinausgehenden Grades der Behinderung ab Antragstellung (27.01.2011) geltend macht, ist die Berufung unbegründet.

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) 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. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung, nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen und am 01.01.2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 gelten entsprechend ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)), so dass die mit den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2008" (AHP) soweit vorliegend relevant inhaltsgleichen "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (Anlage zu § 2 VersMedV - VG -) nun heranzuziehen sind.

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. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet (vgl. Teil A 3 der VG). 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, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (VG a.a.O.). 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 (Teil A 3 der VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung dieser Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden (vgl. [BSGE 62, 209, 213](#); [BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3-3879 § 4 Nr. 5](#), jeweils zu den AHP).

Hiervon ausgehend steht dem Kläger ab Untersuchung durch Dr. Ha. (09.09.2013) ein Anspruch auf Feststellung eines GdB von 30 zu. Ein höherer GdB lässt sich aus den im vorliegenden Verfahren bekannt gewordenen Befunden nicht ableiten.

Beim Kläger liegen Funktionsbeeinträchtigungen nach abgelaufenem Herzinfarkt vor in Form einer Herzleistungsminderung, einer koronaren Herzkrankheit, einer Koronardilatation, einer Stentimplantation und eines Bluthochdruckes. Die Höhe des Grades der Behinderung ergibt sich bei dieser Erkrankung des Herzens in erster Linie aus der Einschränkung der Herzleistung (vgl. versorgungsmedizinische Grundsätze - VG - B 9.1.1.). Danach ist der GdB mit 0 bis 10 zu beurteilen, wenn keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung und keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung gegeben ist. Der GdB ist mit 20 bis 40 zu bewerten bei einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [fünf bis sechs km/H], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens zwei Minuten). Der GdB ist mit 50 bis 70 zu bewerten bei einer Leistungsbeeinträchtigung, die bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen [drei bis vier km/H], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit) auftreten sowie bei Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung bis 50 Watt (wenigstens zwei Minuten).

Der Kläger ist nach dem Bericht seines behandelnden Kardiologen Dr. Schä. vom 30.11.2010 beschwerdefrei gewesen bei einer Ergometerleistung von 100 Watt. Nach dem Gutachten des Dr. Su. vom 02.12.2011 konnte der Kläger bis 125 Watt belastet werden, der Abbruch erfolgte unter Hinweis auf Schmerzen in den Muskeln beider Beine (vgl. S. 16 des Gutachtens des Dr. Su. vom 02.12.2011). Nach dem Gutachten des Dr. Ha. war bei der Untersuchung des Klägers eine Belastbarkeit bis 75 Watt gegeben und bis zu dieser Stufe fanden sich keine objektiven Zeichen einer Belastungskoronarinsuffizienz. Unter Berücksichtigung dieser Befunde erscheint es gerechtfertigt, die mit der Herzkrankheit einhergehenden Funktionsstörungen bis zur Untersuchung des Dr. Ha. mit einem GdB von 20 zu bewerten, da eine Belastbarkeit bis 100 bzw. 125 Watt gegeben war und für die Zeit ab Untersuchung durch Dr. Ha. (09.09.2013) diese Funktionsbeeinträchtigungen von Seiten des Herzens mit einem GdB von 30 zu bewerten, da sich die Belastbarkeit auf 75 Watt reduziert hatte. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass bis zum Belastungsabbruch bei 75 Watt keine objektiven Zeichen einer Belastungskoronarinsuffizienz vorhanden waren, erscheint es gerechtfertigt, den Rahmen hierfür von 20 bis 40 nicht voll auszuschöpfen, sondern vom Mittelwert (Teil-GdB 30) auszugehen. Die chronische Bronchitis ist mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Die leicht reduzierten Lungenvolumina sind kaum GdB-relevant, zumal auch Dr. Ha. keine relevante COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) bestätigt hat. Ein Teil-GdB von 10 erscheint daher weiterhin angemessen.

Soweit der gerichtliche Sachverständige Dr. Ha. in seinem Gutachten außer dem Einzel-GdB-Wert von 30 für die koronare Herzkrankheit zusätzlich einen Teil-GdB von 30 für eine hypertensive Herzkrankheit mit linksventrikulärer Hypertrophie vorgeschlagen hat, konnte der Senat dem nicht folgen. Zu berücksichtigen ist, dass bei mehreren Belastungsuntersuchungen nicht nachgewiesen werden konnte, dass von Seiten der koronaren Herzkrankheit eine Belastungskoronarinsuffizienz und insoweit auch eine kardiale Leistungsbeeinträchtigung zusätzlich verursacht wird. Die durch die Herzkrankheit insgesamt verursachte Funktionsbeeinträchtigung wird daher mit einem Teil-GdB von 30 angemessen bewertet. Die Annahme eines weiteren Teil-GdB von 30 für eine hypertensive Herzkrankheit neben dem Teil-GdB von 30 für die koronare Herzkrankheit käme einer Doppelbewertung der Funktionsstörungen von Seiten des Herzens gleich.

Unter Berücksichtigung der Teil-GdB-Werte von 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen von Seiten des Herzens einschließlich des Bluthochdruckes und eines Teil-GdB-Wertes von 10 für die chronische Bronchitis beträgt der Gesamt-GdB 30. Hierbei hat der Senat

berücksichtigt, dass Teil-GdB-Werte von 10 in der Regel nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB führen.

Nach alledem hatte die Berufung des Klägers insoweit Erfolg, als der von der Beklagten mit dem angefochtenen Bescheid festgestellte GdB von 20 ab Untersuchung durch Dr. Ha. mit 30 festzustellen war; im Übrigen konnte die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-06-02