

L 3 SB 1013/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 4543/11

Datum
13.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1013/13

Datum
25.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger einen Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - hat.

Der 1973 geborene Kläger, der in 14554 Seddin/Brandenburg mit Nebenwohnung in 76437 Rastatt wohnt, beantragte am 28.12.2009 die Feststellung des GdB nach dem SGB IX. Beigefügt war u.a. ein Arztbrief von Prof. Dr. A., Chefarzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Rastatt, vom 30.05.2006 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 03.04. bis 22.04.2006 mit der Diagnose einer akuten Sarkoidose (Löfgren-Syndrom) mit Erythema nodosum, bililärer Lymphadenopathie, Sprunggelenks- und Handgelenksarthritis beidseits, Fieber bis 40 Grad sowie Reizhusten. Bezüglich des Verlaufs wurde ausgeführt, in Zusammenschau der Befunde sei das Vorliegen einer akuten Sarkoidose hoch wahrscheinlich. Da jedoch keine Biopsie aus den vergrößerten Lymphknoten habe entnommen werden können, habe ein Lymphom nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden können. Deshalb solle in drei bis sechs Monaten nochmals eine Kontrolle des Röntgen-Thorax-Bildes durchgeführt werden. Die Kortison-Therapie solle in abnehmender Dosis fortgesetzt werden.

Nach Beiziehung weiterer medizinischer Unterlagen, auf die Bezug genommen wird, führte die Versorgungsärztin des Beklagten in der gutachtlichen Stellungnahme vom 21.04.2010 aus, die Gesundheitsstörungen Kopfschmerzen, psychische Störung, Bluthochdruck und Funktionsstörung der Wirbelsäule bedingten jeweils einen Einzel-GdB von 10. Eine Adipositas und eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung bedingten keinen GdB von wenigstens 10. Ein Hämorrhoidalleiden sei operiert worden. Eine Sarkoidose werde in den aktuellen Befunden nicht mehr angegeben. Die Gelenksbeschwerden seien nach den vorliegenden Befunden nicht GdB-relevant. Danach sei der Gesamt-GdB mit 10 zu beurteilen.

Mit Bescheid vom 05.05.2010 lehnte das Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg - Außenstelle Potsdam - den Antrag ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 10.05.2010 Widerspruch, zu dessen Begründung er vortrug, er befinde sich in einer Rehabilitationsmaßnahme wegen seines Rückenleidens. Zudem sei der GdB wegen der Sarkoidose unzutreffend. Vom Kläger vorgelegt wurde ein Schreiben des behandelnden Arztes Dr. B. vom 13.05.2010, in welchem dieser ausführte, der Kläger sei im Arbeitsalltag rezidivierend durch die Schmerzen im Bewegungsapparat erheblich eingeschränkt. Bezüglich der psychischen Störungen müsse von rein somatischen Beschwerden ausgegangen werden, denn durch chirotherapeutische Maßnahmen sei eine deutliche Besserung festzustellen gewesen und es hätten keine weiteren Anhaltspunkte für ein Konversionssyndrom vorgelegen. Ebenfalls nicht berücksichtigt sei der Zustand nach Sarkoidose, die über mehrere Wochen eine stationäre Behandlung erforderlich gemacht habe. Auch bestünden rezidivierend Hämorrhoidalbeschwerden. Vorgelegt wurde weiter der Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik Höhenblick N. vom 23.06.2010 über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 17.05.2010 bis 21.06.2010 mit den Diagnosen chronisches lokales BWS-Syndrom, chronisches HWS-Syndrom mit Begleitcephalgien und Brachialgien beidseits, chronisches pseudoradikuläres LWS-Syndrom, Verdacht auf (V.a.) somatoforme Schmerzstörung sowie Zustand nach (Z.n.) akuter Sarkoidose (2006). In Auswertung dieser Unterlagen führte der Versorgungsarzt des Beklagten in der gutachtlichen Stellungnahme vom 25.08.2010 aus, die nunmehr dokumentierten Wirbelsäulenbeschwerden seien mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Bezüglich der weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen bleibe es bei der bisherigen Beurteilung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.11.2010 stellte der Beklagte den GdB des Klägers ab 28.12.2009 mit 20 fest. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 30.11.2010 Klage zum Sozialgericht Potsdam erhoben, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 20.09.2011 an das Sozialgericht Karlsruhe (SG) verwiesen hat.

Das SG hat vom behandelnden Arzt Dr. B. medizinische Unterlagen beigezogen. Auf diese wird Bezug genommen, insbesondere: - Dr. L., Oberarzt am M.-Rheumazentrum N. vom 21.06.2010: z.N. Sarkoidose, derzeit kein Hinweis für Rezidiv, jetzt im Vordergrund stehendes myofasciales Schmerzsyndrom DD im Rahmen einer sog. somatoformen Schmerzstörung. - Arztbrief Dr. C. v. 14.09.2010 mit den Diagnosen Hautekzem, Sarkoidose, Erythema nodosum. - Arztbrief Dr. D., Helios Klinikum Berlin-Buch vom 18.03.2011 mit den Diagnosen arterieller Bluthochdruck und Sarkoidose, seit 2006 bekannt. - Dr. E., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arztbrief vom 06.05.2011: Bandscheibenprotrusionen L 1/2, L 4/5, L 5/S1, kleiner Bandscheibenvorfall L4/4 und L5/S1, V.a. beginnendes Carpal-tunnelsyndrom, V.a. somatoforme Störung. spezielle therapeutische Maßnahmen seien in seinem Fachgebiet nicht erforderlich. - Arztbrief Dr. F., Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, vom 19.10.2011: Derzeit keine Hinweise auf eine Skelettsarkoidose, insbesondere keine Sarkoidose-Hautveränderungen, keine entzündlichen Veränderungen im Bereich der Gelenke, keine Auftreibungen der Fingerknochen. - Dr. G. Allergologie/Dermatologie, Arztbrief vom 04.05.2011: Klinisch diskrete Exkoriationen im Bereich der Unterarme, keine pathognomonischen Effloreszenzen, Hinweise für eine Hautbeteiligung bei Sarkoidose derzeit dermatologisch nicht fassbar. - Arztbrief Dr. H., Pneumologie/Allergologie, vom 15.04.2011: Zustand nach M. Boeck; gesichert Adipositas, Ausschluss einer pulmonalen Erkrankung.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Priv.-Doz. Dr. K., geschäftsführender Oberarzt der Neurologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum, mit der Erstellung eines neurologischen Gutachtens beauftragt worden. Im Gutachten vom 01.12.2012 hat dieser ausgeführt, auf neurologischem Fachgebiet lägen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der klinischen, elektrophysiologischen und laborchemischen Untersuchungen keine relevanten Funktionsstörungen vor. Insbesondere habe eine manifeste Schädigung des Nervensystems, die mit den vom Kläger vorgetragene Beschwerden in Einklang zu bringen wäre, nicht objektiviert werden können. Zwar lägen einzelne Messwerte im oberen Grenzbereich des normalen, die Ergebnisse dieser Untersuchungen seien jedoch mit den vom Kläger angegebenen Gesundheitsstörungen nicht in Einklang zu bringen. Die vom Kläger vorgetragene Beschwerden wie beispielsweise Steifigkeitsgefühle der Finger, Schwellungsgefühle im Bereich der Nasennebenhöhlen oder plötzlicher Kraftverlust der unteren Extremitäten seien in der Untersuchung nicht zu objektivieren gewesen. Unter Berücksichtigung der Anamnese handle es sich hierbei am ehesten um ein schmerzreflektorisches Geschehen in der Folge intermittierend auftretender Rückenschmerzen. Hieraus lasse sich jedoch keine dauerhafte Funktionsstörung ableiten. Auch hätten keine Hinweise für kognitive Einschränkungen vorgelegen. Zusammenfassend sei deshalb festzustellen, dass nicht von einer Beteiligung des peripheren oder zentralen Nervensystems im Rahmen der Sarkoidose ausgegangen werden könne. Da bei der Sarkoidose aktive Krankheitsphasen mit stabilen Phasen ohne Entzündungsaktivität wechselten, gelte die hier getroffene Feststellung nur für den Zeitpunkt der Untersuchung, erlaube jedoch keine Aussagen über die Zukunft. Aus den erhobenen Befunden ergebe sich keine relevante Funktionsbeeinträchtigung auf neurologischem Gebiet. Auf neurologischem Gebiet lägen vielmehr als leichtgradig einzustufende Kopfschmerzen sowie intermittierend auftretende leichtgradige psychische Störungen, bedingt durch Schmerzexazerbationen, vor, die jeweils mit einem GdB von 10 zu beurteilen seien. Unter Berücksichtigung eines GdB von 10 für die Herz-Kreislauf-Erkrankung und eines GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen durch das Wirbelsäulen-Syndrom resultiere ein GdB von 20 ab Dezember 2009.

Mit Gerichtsbescheid vom 13.02.2013, auf den Bezug genommen wird, hat das SG die Klage abgewiesen.

Gegen den am 15.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 06.03.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Sarkoidose seien nicht hinreichend berücksichtigt. Die mit der Sarkoidose zusammenhängenden Symptome wie z. B. Hauterscheinungen, Fieberschübe und Schüttelfrost träten bei ihm regelmäßig auf. Nicht nachvollziehbar seien die Schlussfolgerungen des Sachverständigen, eine manifeste Schädigung des Nervensystems sei nicht objektivierbar. Denn die bei ihm auftretenden Symptomatik wie psychische Störung, Wegsacken der Beine, Magenleiden, Kribbeln in den Händen und Beinen, Taubheitsgefühl in den Händen, Wirbelsäulenleiden, Fieberschübe und Schüttelfrost, Schleier vor den Augen, Hämorrhoiden, Nierenleiden, Nasennebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen, Gewichtszunahme, Blutdruck und Hautausschläge seien typische Krankheitszeichen der Sarkoidose. Gleiches gelte für den plötzlichen Kraftverlust der unteren Extremitäten.

Der Kläger hat erneut den Arztbrief von Prof. Dr. A. vom 30.05.2006 und Arztberichte vom April 2006 vorgelegt und vorgetragen, im Jahr 2006 sei eine akute Sarkoidose diagnostiziert worden. Diese sei auch ursächlich für die bei ihm aktuell auftretenden Krankheitssymptome.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. Februar 2013 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 05. August 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. November 2010 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 ab Antragstellung festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat den Arztbrief des Neurologen Dr. Beck vom 14.12.2011 über eine Untersuchung des Klägers am 13.12.2011 beigezogen. Dr. Beck hat darin ausgeführt, nach den bisherigen Befunden ergebe sich kein hinreichender Verdacht auf das Vorliegen einer Neurosarkoidose, zumal auch ein kraniales MRT im Sommer des Jahres offensichtlich einen unauffälligen Befund erbracht habe. Grenzwertig sei lediglich der VEP-Befund, weshalb eine Kontrolle beim Augenarzt empfohlen werde.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Offen bleiben kann, ob die Verweisung des Rechtsstreits durch das SG Potsdam an das SG Karlsruhe rechtmäßig war. Denn der Kläger hatte bei Klageerhebung noch einen Wohnsitz im Bezirk des SG Potsdam und war dort mit Hauptwohnsitz gemeldet. Zwar hielt er sich überwiegend an seinem Zweitwohnsitz in Rastatt auf, wo sich auch sein Arbeitsplatz befand. Gem. [§ 7 Abs. 2 BGB](#) kann der Wohnsitz jedoch auch an mehreren Orten bestehen und sich der Lebensmittelpunkt an mehreren Orten befinden, so dass - wie hier - ein Wahlrecht bezüglich des örtlich zuständigen Sozialgerichts bestehen kann (HK-SGG/Groß, § 57 Rn. 7). Bei Klageerhebung war somit auch das SG Potsdam örtlich zuständig. Gleichwohl ist die Verweisung bindend, da die Entscheidung nicht willkürlich oder unter Außerachtlassung elementarer Verfahrensgrundsätze erfolgt ist; auch der Senat ist hieran gebunden ([§ 98 SGG](#) i.V.m. [§ 17a Abs. 5 GVG](#)).

Klagegegner ist das Land Brandenburg - Landesamt für Soziales und Versorgung. Nach § 3 Abs. 1 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist örtlich zuständig die Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk der Antragsteller oder Berechtigte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Der Hauptwohnsitz des Klägers befindet sich im Bezirk des Beklagten, so dass dieser auch örtlich zuständig ist.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung den rechterheblichen Sachverhalt hinreichend dargestellt, die für die Feststellung des GdB maßgeblichen Rechtsvorschriften zutreffend wiedergegeben und das Beweisergebnis frei von Rechtsfehlern gewürdigt. Hierbei hat es überzeugend begründet, weshalb es der Beurteilung des gem. [§ 109 SGG](#) beauftragten Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. K. bezüglich der Beurteilung der Sarkoidose gefolgt ist. Es hat auch den Gesamt-GdB frei von Rechtsfehlern gebildet. Der Senat schließt sich der Beweiswürdigung des SG an und sieht deshalb von einer Darstellung der Entscheidungsgründe gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) weitgehend ab, zumal der Kläger im Berufungsverfahren nichts wesentlich Neues vorgetragen hat.

Ergänzend ist Folgendes auszuführen: Die beim Kläger bestehenden leichtgradigen Kopfschmerzen, intermittierend auftretende, durch Schmerzexzerbationen bedingte, leichtgradige psychische Störungen sowie ein leichtgradiger Bluthochdruck bedingen jeweils einen GdB von 10. Das Wirbelsäulensyndrom, das ausweislich des ärztlichen Entlassungsberichts der Rehaklinik Höhenblick vom 23.06.2010 keine wesentlichen Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule bzw. der Rumpfbeweglichkeit bedingt, ist mit einem GdB von 20 zutreffend bewertet, zumal eine aktuelle orthopädische Behandlung nicht stattfindet.

Eine im Jahr 2010 aufgetretene Gürtelrose ist - ausweislich des Entlassungsberichts - ausgeheilt.

Die im Jahr 2006 erstmals diagnostizierte akute Sarkoidose (Löfgren-Syndrom) hat im streitigen Zeitraum keine weiteren aktiven Krankheitsphasen bedingt. Dr. C. hat im Arztbrief vom 14.09.2010 zwar eine Sarkoidose als Diagnose genannt, jedoch keine entsprechenden Befunde mitgeteilt. Dem Arztbrief kann zudem nicht entnommen werden, dass eine Untersuchung des Klägers stattgefunden hat. Demgegenüber konnte Dr. L., M.-Kliniken N., bei der Untersuchung des Klägers am 18.06.2010 keine Hinweise für ein Rezidiv der Sarkoidose feststellen, er hat ausdrücklich ausgeführt, der Kläger leide derzeit nicht an einem Rezidiv der Sarkoidose. Nachdem sich der Kläger am 18.03.2011 in der Helios Klinik Berlin-Buch wegen arterieller Hypertonie und nächtlicher Bradikardien vorgestellt hatte, und dort wegen der Sarkoidose eine kardiale Kontrolle angeregt worden war, ist eine umfassende diagnostische Abklärung erfolgt, die jedoch keine Hinweise auf eine aktuell bestehende Sarkoidose ergeben hat. Die Internistin/Kardiologin Dr. O. hat bei der Untersuchung des Klägers am 07.04.2011 keinen sicheren Anhalt für eine Belastungskoronarinsuffizienz und lediglich einen erhöhten Blutdruck bei Belastung festgestellt, echokardiographisch hat sich ein Normalbefund gezeigt. Dr. H. hat aufgrund der Untersuchung am 15.04.2011 eine pulmonale Erkrankung ausschließen können. Dr. G. hat bei der Vorstellung am 26.04.2011 auf dermatologischem Gebiet bei klinisch diskreten Exkoriationen im Bereich der Unterarme keine pathognomonischen Effloreszenzen feststellen können, Hinweise auf eine Hautbeteiligung bei Sarkoidose haben nicht vorgelegen. Bei der Untersuchung durch Dr. F. am 11.10.2011 konnten keine Sarkoidose-Hautveränderungen und keine entzündlichen Veränderungen im Bereich der Gelenke sowie keine Auftreibungen der Fingerknochen festgestellt werden, so dass zum damaligen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine Skelettsarkoidose vorlagen. Auch bei der Untersuchung durch Dr. Beck am 13.12.2011 hat sich kein aktueller Hinweis auf das Vorliegen einer Neurosarkoidose gefunden.

Diese Beurteilung wird bestätigt durch den Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. K. im neurologischen Gutachten vom 09.08.2012. Die von Priv.-Doz. Dr. K. durchgeführten klinischen, elektrophysiologischen und laborchemischen Untersuchungen haben auf neurologischem Fachgebiet keine zu objektivierende, permanent bestehende nervale Schädigung ergeben. Zwar haben die Messwerte einzelner Untersuchungen Ergebnisse erbracht, die im oberen Grenzbereich des Normalen liegen. Der Sachverständige hat hierzu jedoch in für den Senat nachvollziehbarer Weise ausgeführt, die Ergebnisse dieser Untersuchungen seien mit den vom Kläger angegebenen Gesundheitsstörungen nicht in Einklang zu bringen und erlaubten damit keine Objektivierung eines neurologischen Defizits, welches zu signifikanten, wahrnehmbaren Funktionsstörungen geführt hätten.

Zutreffend ist zwar, dass es sich bei der Sarkoidose um eine Erkrankung handelt, bei der aktive Krankheitsphasen mit stabilen Phasen ohne Entzündungsaktivität wechseln, die Sarkoidose somit eine chronische Krankheit darstellt, die bei einem Teil der Patienten rezidivierend auftritt.

Gleichwohl ist für die Feststellung eines GdB erforderlich, dass aktuell Funktionsstörungen vorliegen. Nach Teil A Nr. 2 f der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) setzt der GdB eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. Dem entsprechend ist bei abklingenden Gesundheitsstörungen der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen - oder voraussichtlich verbleibenden - Schaden entspricht. Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Gesundheitsstörungen, die erst in

der Zukunft zu erwarten sind, sind gemäß Teil A Nr. 2 h VG beim GdB nicht zu berücksichtigen.

Schwankungen im Gesundheitsstand des Klägers liegen bezüglich der Sarkoidose jedoch nicht vor. Nach einem akuten Stadium im Jahr 2006 sind in der Folgezeit und insbesondere im streitigen Zeitraum seit Antragstellung keine weiteren Exazerbationen aufgetreten. Bei der Sarkoidose handelt es sich auch nicht um eine Erkrankung, bei der eine Heilungsbewährung zu berücksichtigen wäre. Bei der Sarkoidose richtet sich die Feststellung des GdB gemäß Teil B Nr. 8.9 VG nach der Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und nach den Auswirkungen an den verschiedenen Organen. Erst bei chronischem Verlauf mit klinischen Aktivitätszeichen und Auswirkungen auf den Allgemeinzustand ist ohne Funktionseinschränkung von betroffenen Organen ein GdB von 30 anzunehmen. Klinische Aktivitätszeichen liegen beim Kläger jedoch nicht vor, die Sarkoidose ist derzeit symptomlos, so dass für sie kein GdB festzustellen ist.

Die Berufung des Klägers war deshalb mit der Kostenfolge aus [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-07-02