L 8 SB 1210/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 17 SB 2292/11
Datum
14.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1210/13
Datum
20.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 14.02.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mehr als 50 im Wege des Zugunstenverfahrens.

Der am 14.09.1953 geborene Kläger beantragte beim Landratsamt B. - Versorgungsamt - (LRA) am 22.02.2010 erstmals die Feststellung eines GdB zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Zur Begründung seines Antrags machte er Beschwerden in der Wirbelsäule, eine chronifizierte Depression und ein Burn-out-Syndrom, Herzrhythmusstörungen mit Betablockertherapie sowie beidseitige Schulterbeschwerden geltend. Der Kläger fügte dem Antrag bei einen Arztbrief des Radiologen Dr. D. vom 10.05.1999 über eine Computertomographie der HWS (Beurteilung: Bandscheibenvorfall C5/6 mit Kompression und Verlagerung der Wurzel C6 links), ein Attest des Orthopäden Dr. L. vom 11.11.1999 (Diagnose: Bandscheibenprolaps C5/6 mit sensiblem Ausfall Wurzel C6 links), einen Arztbrief des Radiologen Dr. K. vom 29.12.2003 (Beurteilung: Protrusio grenzwertig zum breitbasigen mediolateralen Prolaps links im Segment C6 mit deutlicher Kompression des Myelons und der Nervenwurzel C6 links sowie Spondylarthrose), einen Abschlussbericht der M.klinik vom 24.02.2004 über die dort durchgeführte ambulante Rehabilitation vom 08.01.2004 bis 19.02.2004 (Abschlussbefund: Schmerzfreiheit, HWS frei beweglich, Neurologie ohne Befund, bei gewissen Bewegungen im Alltag Ziehen in der linken Schulter), ein Kurzattest des Orthopäden Dr. V. (Diagnose: HWS-Distorsion, Cervicobrachialgie links bei cervicalem Bandscheibenvorfall C5/6), einen Arztbrief des Universitätsklinikums F. - Kardiologie/Angiologie - über die stationäre Behandlung vom 17.09.2007 bis 20.09.2007 (Diagnosen: intermittierende supra- und ventrikuläre Tachykardien, Ausschluss koronare Herzkrankheit, CVRF: Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, Zustand nach Synkope unklarer Genese 2003, Zustand nach Maisonneuvefraktur links 2007 sowie aktuell Verdacht auf BCI bei ST-Senkungen unter Belastung sowie auf symptomatische Bradykardie), einen Arztbrief der H.-Klinik - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin - S. GmbH vom 23.01.2008 über die stationäre Behandlung vom 04.12.2007 bis 17.01.2008 (Diagnose: depressive Episode mit Somatisierung auf dem Boden einer selbstunsicheren Persönlichkeit), einen Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Jung vom 08.01.2009 (Diagnose: Depression), ein im Auftrag der HuK-Coburg erstelltes "AU-Checkup-Gutachten" vom 03.02.2009 (Diagnose: depressive Episode) sowie einen Arztbrief der Orthopäden Dr. K./Dr. M. vom 09.03.2010 (Diagnose: Impingement bei AC-Gelenksarthrose rechts sowie chronische Tendinitis SSS rechts) (Bl. 5 bis 33 der Verwaltungs-akte). Zudem zog der Beklagte einen Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. J. vom 09.03.2010 (Diagnose: rezidivierende depressive Episoden seit 2007), einen Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. J. vom 08.01.2009 (Diagnose: Depression) sowie einen Entlassungsbericht der M. B. Kliniken - Fachklinik für Psychosomatische Medizin - in B. vom 18.03.2010 über die stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 02.02.2010 bis 16.03.2010 (Diagnosen: Panikstörung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, rezidivierende Myotendopathien der HWS-Region bei bekanntem Bandscheibenvorfall C5/6 links, Impingement der rechten Schulter bei AC-Gelenksarthrose rechts sowie Adipositas, BMI 30) und einen Befundbericht der Allgemeinmedizinerin Dr. H. vom 09.04.2010 (Diagnosen: chronische Myotendinose ohne Bewegungseinschränkung, endgradig Reklination und Seitneigung schmerzhaft, Bursitis trachanterica beidseits, Supraspinatussehnensyndrom rechts mit passagerer Bursitis subacromialis, Zustand nach Sprunggelenksfraktur links ohne wesentliche Bewegungseinschränkungen mit Beschwerden nach langer Belastung sowie tachy¬karde Herzrhythmusstörung, Herzmuskelinsuffizienz, arterielle Hypertonie sowie wesentlich für die Beschwerdeintensität depressive Störung als schwere Episode ohne psychotische Symptome) (Bl. 27 bis 51 der Verwaltungsakte).

Nachdem der Kläger zunächst eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen hatte, bewilligte ihm die Deutsche Rentenversicherung

Bund mit Bescheid vom 07.04.2014 eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen (Bl. 367 Band II der beigezogenen Akten der Deutschen Rentenversicherung Bund).

Nach Auswertung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 03.05.2009, der für die Depression und seelische Störung einen Teil-GdB von 40, für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, den Bandscheibenschaden sowie das Schulter-Arm-Syndrom einen Teil-GdB von 20 und für die Herzrhythmusstörungen und den Bluthochdruck einen Teil-GdB von 10 sowie einen Gesamt-GdB von 50 vorschlug und eine Nachprüfung wegen möglicher Stabilisierung der psychischen Situation im Januar 2013 empfahl, stellte das LRA mit Bescheid vom 11.05.2010 einen GdB von 50 seit dem 01.01.2008 fest (Bl. 52 bis 54 der Verwaltungsakte). Der Kläger bekam einen bis 30.06.2013 befristeten Schwerbehindertenausweis ausgestellt.

Mit Schreiben vom 31.05.2010 wandte sich der Bevollmächtigte des Klägers an das LRA und rügte die zeitliche Begrenzung des Schwerbehindertenausweises bis Juni 2013 (Bl.62 und 63 der Verwaltungsakte). Nach erfolgter Akteneinsicht rügte der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 12.10.2010 erneut die zeitliche Befristung des Schwerbehindertenausweises und stellte in Bezug auf den Bescheid vom 11.05.2010 einen Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X, zu dessen Begründung er vortrug, die Bewertung der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und des Schulter-Arm-Syndroms mit einem Teil-GdB von 20 seien unzutreffend. Die Herzrhythmusstörungen und der Bluthochdruck seien ebenfalls nicht ausreichend bewertet. Ferner seien die Wirbelsäule und das Schulter-Arm-Syndrom getrennt zu bewerten. Bei einer ordnungsgemäßen Bewertung betrage der Gesamt-GdB mindestens 60 (Bl. 73 und 74 der Verwaltungsakte).

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme bei Dr. M. vom 05.11.2010, welcher die Depression und die seelische Störung mit einem Teil-GdB von 40, die degenerative Veränderung der Wirbelsäule und den Bandscheibenschaden mit einem Teil-GdB von 20, die Herzrhythmusstörungen und den Bluthochdruck mit einem Teil-GdB von 10 und das Schulter-Arm-Syndrom mit einem Teil-GdB von 10 bewertete sowie den Gesamt-GdB mit 50 vorschlug und ausführte, auch bei getrennter Bewertung des Schulter-Arm-Syndroms ergebe sich kein höherer GdB als 10, lehnte das LRA den Überprüfungsantrag mit Bescheid vom 16.12.2010 ab (Bl. 75 bis 77 der Verwaltungsakte).

Dagegen legte der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 11.01.2011 Widerspruch ein, zu dessen Begründung er sich auf die Begründung des Überprüfungsantrages bezog und einen OP-Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. M. vom 14.06.2010 (Diagnosen: SLAP-IV-Läsion mit subtotaler Ruptur der langen Bizepssehne der rechten Schulter, AC-Gelenksarthrose rechts, subcoracoidale Zyste, beginnende Omarthrose rechte Schulter) und einen Befundbericht von Dr. M. vom 12.08.2010 (Diagnosen: Zustand nach Tenodese/Tenotomie der langen Bizepssehne, Debridement des Bizepssehnenankers, subcoracoidale Dekompression und laterale Clavicularresektion rechts sowie Acromioplastik am 14.06.10 bei SLAP-IV-Läsion mit subtotaler Ruptur lange Bizepssehne rechte Schulter, AC-Gelenksarthrose rechts, subcoracoidale Zyste und beginnende Omarthrose der rechten Schulter) beifügte (Bl. 82 bis 86 der Verwaltungsakte).

Das LRA holte eine versorgungsärztliche Stellungnahme bei Frau K. vom 25.01.2011 ein, in der diese ausführte, die rechte Schulter sei operiert worden und sieben Wochen nach der Operation bestünden noch Beschwerden in Ruhe bei guter Beweglichkeit und wenig Problemen bei Belastung. Es sei von einer weiteren Besserung bei noch nicht abgeschlossener Behandlung auszugehen. Der GdB sei nach wie vor angemessen (Bl. 88 der Verwaltungsakte).

Mit Schriftsatz vom 27.01.2011 machte der Prozessbevollmächtigte des Klägers geltend, der Teil-GdB von 10 für die Schulter sei zu niedrig. Hier sei mindestens ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt. Die Herzrhythmusstörungen und der Blutdruck seien ebenfalls mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Ferner seien die Beeinträchtigungen durch die Lendenwirbelsäulen-erkrankung mit einem höheren Teil-GdB als 20 zu bewerten (Bl. 89 der Verwaltungsakte).

Nach Einholung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme bei Frau K. vom 08.02.2011 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.2011 zurück (Bl. 91 und 95 der Verwaltungsakte).

Mit Schriftsatz vom 12.05.2011 übersandte der Prozessbevollmächtigte des Klägers dem LRA einen Untersuchungsbericht des Orthopäden Dr. M. vom 18.04.2011 (Diagnosen wie im Arztbrief vom 12.08.2010) (Bl. 96 bis 98 der Verwaltungsakte).

Dagegen erhob der Prozessbevollmächtigte des Klägers am 02.05.2011 Klage zum Sozialgericht Freiburg, zu deren Begründung er im Wesentlichen seinen bisherigen Vortrag wiederholte und darüber hinaus unter Beifügung eines im Auftrag der H.-C. erstellten fachpsychiatrischen Gutachtens von Dr. M. vom 08.12.2010 auf einen chronisch rezidivierenden Verlauf der Depression mit erheblicher psychosomatischer Beteiligung verwies. Die psychosomatische Seite, welche sich höchstwahrscheinlich durch Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck Ausdruck verschaffe, führe zu einer Erhöhung des Einzel-GdB für die psychiatrische Grunderkrankung. Ferner reichte der Prozessbevollmächtigte des Klägers den bereits im Verwaltungsverfahren vorgelegten Untersuchungsbericht des Orthopäden Dr. M. vom 18.04.2011 sowie einen OP-Bericht von Dr. M. vom 30.05.2011 (intraoperative Diagnose vom 30.05.11: Omarthrose rechts, Zustand nach Schulterarthroskopie, Bizepstenodese, laterale Clavicularresektion und Acromioplastik) und einen Untersuchungsbericht von Dr. M. vom 19.07.2011 (Diagnose: Zustand nach Schulterprothese rechts am 30.05.2011) ein (Bl. 24/29 der SG-Akte).

Das SG vernahm zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 44/45, 46/47 sowie 48/49 der SG-Akte verwiesen.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. teilte dem SG unter dem 10.10.2011 mit, auf internistischem Fachgebiet seien zusätzlich ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine Gicht, eine Fettstoffwechselstörung, eine Herzmuskelinsuffizienz, eine Schilddrüsendysfunktion, eine gastroösophageale Refluxkrankheit und innere Hämorriden zu berücksichtigen. Auf orthopädischem Gebiet lägen zusätzlich eine Acromioclavicularartrose rechts, ein Zustand nach OP-Resektion 7/10 Bizepssehnenruptur mit Schultergelenksprothese rechts, Zustand nach Sprunggelenksfraktur links und Metallentfernung 12/06 vor.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. J. berichtete dem SG am 21.10.2011, er behandle den Kläger seit März 2010. Seit Behandlungsbeginn leide der Kläger unter einer depressiven Störung mit affektiver Instabilität, welche nach dem Verlust seines

Arbeitsplatzes aufgetreten sei. Er leide insbesondere unter innerer Unruhe, Konzentrationsstörungen und diffusen Angstsymptomen ähnlich einer Episode 2007 mit einem Burn-Out-Syndrom. Die somatische Diagnostik habe von neurologischer Seite durchweg einen normgerechten Befund gezeigt. Durch eine medikamentöse antidepressive und begleitende psychotherapeutische Behandlung habe zwar eine Stabilisierung, jedoch keine komplette Remission der affektiven Symptomatik und Ängste erreicht werden können.

Der Orthopäde Dr. M. schrieb dem SG am 09.11.2011, der Kläger leide unter einer Omarthrose und AC-Gelenksarthrose sowie degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und Bandscheibenschäden. Der GdB sei bei einliegender einseitiger Schulterendoprothese analog der Kniegelenksendoprothese zu bewerten und betrage mindestens 30. Bei leicht eingeschränkter Funktion im Seitenvergleich sei die Situation allein auf die Schulter bezogen mit 35 zu bewerten.

Mit Schriftsatz vom 01.12.2011 reichte der Prozessbevollmächtigte des Klägers Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. J. vom 14.04.2011, vom 08.01.2009 und vom 03.01.2006, einen Arztbrief der H.-C.-Klinik - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in S. vom 23.01.2008, einen Arztbrief des Universitätsklinikums F. - Kardiologie/Angiologie vom 20.09.2007 über die stationäre Behandlung vom 17.09.2007 bis 30.09.2007, Arztbriefe des Internisten und Kardiologen Dr. R. vom 04.12.2009 und 24.11.2009 und vom 09.07.2010 sowie einen Arztbrief der Internistin und Kardiologin Dr. K. vom 09.08.2010 und einen Arztbrief des Facharztes für HNO Dr. K. vom 07.01.2010 ein (Bl. 60 bis 77 der SG-Akte).

Zur weiteren Sachaufklärung holte das SG von Amts wegen ein Gutachten bei dem Facharzt für Innere Medizin Dr. W. ein. Im Gutachten vom 05.03.2012 führte Dr. W. aus, der Kläger leide auf internistischem Fachgebiet unter einem Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und einer Fettstoffwechselstörung ohne Gichtanfälle. Die internistischen Erkrankungen rechtfertigten zusammengefasst einen Teil-GdB von 10. Ferner leide der Kläger unter einer depressiven Störung und Angstattacken, welche jedoch nach Angaben des Klägers seit Anerkennung einer vollen Erwerbsunfähigkeit deutlich gebessert seien, weshalb fraglich sei, ob der bislang angenommene Teil-GdB von 40 noch gerechtfertigt sei. Weiter sei die Beweglichkeit der rechten Schulter im Rahmen der Begutachtung trotz des künstlichen Schultergelenkes gut gewesen. Das An- und Auskleiden sei auch mit Überkopfbewegungen gut möglich gewesen. Hier sei ein GdB von 10 bis 20 gerechtfertigt. Schließlich sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule abgesehen von einer akuten Distorsion im Rahmen der Begutachtung gut gewesen, weshalb eher eine geringe funktionelle Auswirkung vorliege, welche ohne neurologische Ausfallerscheinungen mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten sei. Der Gesamt-GdB betrage 50.

Mit Gerichtsbescheid vom 14.02.2013 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte das SG aus, gegen die vom Beklagten vorgenommene Bewertung der psychischen Erkrankung des Klägers mit einem Teil-GdB von 40 sei rechtlich nichts einzuwenden. Hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens sei die vom Beklagten vorgenommene Bewertung mit einem Teil-GdB von 20 eher großzügig, zumal der Kläger bei Dr. W. diesbezüglich abgesehen von den Folgen eines akuten HWS-Traumas weitgehende Beschwerdefreiheit angegeben habe und eine wesentliche Funktionseinschränkung bei der Begutachtung durch Dr. W. nicht festzustellen gewesen sei. Weiter erscheine die Beurteilung von Dr. W. hinsichtlich der operierten rechten Schulter mit einem GdB von 10 bis 20 nachvollziehbar und überzeugend. Das Herz-Kreislaufleiden könne insgesamt mit einem GdB von 10 bewertet werden. In der Gesamtbetrachtung ergebe sich ein GdB von 50.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 16.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat dieser am Montag, den 18.03.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung wiederholt er sein Vorbringen aus erster Instanz und trägt darüber hinaus vor, das SG habe sich auf das nicht fachkundig spezifizierte Gutachten von Dr. W., welcher sich zu fachfremden Fragen äußere, gestützt. Dr. W. könne sich zu orthopädischen Sachfragen nicht äußern und habe darüber hinaus auch keine Funktionsüberprüfung der Gliedmaßen vorgenommen. Ferner dürfe bezweifelt werden, dass die kardiologische Untersuchung in Form eines Belastungs-EKG korrekt erfolgt sei. Der Kläger nehme wohl laufend Blutdruckmedikamente, weshalb die Ausführungen von Dr. W., dass ohne Medikation ein noch kompensiertes Blutdruckverhalten bis zur Belastungsgrenze vorliege, nicht nachvollziehbar sei. Es habe trotz Medikation ein Blutdruck von 160/80 bestanden, welcher bei einer relativ leichten Belastung bis 100 Watt und kurzzeitigen Belastung auf 190/100 angestiegen sei. Der Kläger habe aufgrund seiner psychosomatischen Beeinträchtigung einen äußerst schwierig einstellbaren Blutdruck. Auch habe Dr. W. die von Dr. H. im Befundbericht vom 10.10.2011 benannten Erkrankungen nicht berücksichtigt.

Der Kläger beantragt sinngemäß gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 14.02.2013 sowie den Bescheid des Landratsamts B-Versorgungsamt - vom 16.12.2010 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheids des Regierungspräsidiums S. - Landesversorgungsamt - vom 20.04.2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, beim Kläger unter teilweiser Rücknahme des Bescheids vom 11.05.2010 beim Kläger einen GdB von mindestens 60 seit dem 01.01.2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, die Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten von Dr. W. seien insofern nicht nachvollziehbar, als die Bewertung der Herzrhythmusstörungen nicht fachfremd erfolgt sei. Ferner habe sich Dr. W. im Hinblick auf die Funktionsparameter auf eigene Aussagen des Klägers gestützt, wonach die Beweglichkeit nach der Operation deutlich besser geworden sei. Die Beschreibung, das An- und Auskleiden bei der Untersuchung sei auch mit Heben der rechten Schulter über den Kopf möglich, beruhe auf eigenen Erkenntnissen des Gutachters, sodass Zweifel an der Bewertung des als sachverständigen Zeugen gehörten behandelnden Orthopäden Dr. M. durchaus begründet seien.

Mit Schreiben vom 06.08.2013 hat der vormals zuständige Berichterstatter dem Prozessbevollmächtigten des Klägers mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht beabsichtigt seien und eine Frist zur Stellung eines Antrages nach § 109 SGG bis zum 16.09.2013 gesetzt verbunden mit der Bitte um Prüfung einer Rücknahme der Berufung.

Nachdem eine Reaktion des Kläger ausgeblieben war, hat der Berichterstatter einen Termin zur Erörterung des Sachverhalts auf den 10.12.2013 anberaumt und das persönliche Erscheinen des Klägers angeordnet. Dagegen hat der Bevollmächtigte des Klägers mit

Schreiben vom 12.11.2013 vorgetragen, er opponiere gegen die Abhaltung von Einzelterminen und der Kläger werde in seinem Beisein keine Berufungsrücknahme erklären. Zudem werde um Mitteilung gebeten, was erörtert werden solle. Daraufhin hat der Berichterstatter dem Kläger mit Schreiben vom 05.12.2013 mitgeteilt, dass ihm an einer umfassenden Sachverhaltsaufklärung gelegen sei. Der Bevollmächtigte des Klägers erhielt einen Abdruck des Schreibens.

Mit Telefax vom 09.12.2013 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers einen Befangenheitsantrag gegen den Berichterstatter gestellt, welchen er mit Fax vom 24.02.2014 begründet hat.

Der Senat hat das Ablehnungsgesuch des Klägers vom 09.12.2013 gegen den vormals zuständigen Berichterstatter mit Beschluss vom 04.03.2014 zurückgewiesen (Bl. 60/68 der Senatsakte).

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vom Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte, die Prozessakte des SG Freiburg und die Senatsakte sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Deutschen Rentenversicherung Bund (Band I und II) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten mit Urteil ohne mündliche Verhandlung hat entscheiden können (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber nicht begründet.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14.02.2013 zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Landratsamts B. - Versorgungsamt - vom 16.12.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids des Regierungspräsidiums S. - Landesversorgungsamt - vom 20.04.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf teilweise Rücknahme des Bescheids des Landratsamts B. - Versorgungsamt - vom 11.05.2010 und Feststellung eines höheren Grades der Behinderung als 50 seit dem 01.01.2008.

Rechtsgrundlage für die angefochtenen Bescheide ist § 44 Abs. 2 SGBX. § 44 Abs. 1 SGB X ist vorliegend nicht anwendbar, da es bei der Feststellung des Grades der Behinderung nicht um Sozialleistungen geht (vgl. BSGE 69, 14 bis 20; SozR 3-1300 § 44 Nr. 3 S. 8 f.). Nach § 44 Abs. 2 SGB X ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen (Satz 1). Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden (Satz 2).

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 50 im Zugunstenverfahren, da der Bescheid des Landratsamts B. vom 11.05.2010, mit dem ein GdB von 50 seit dem 01.01.2008 festgestellt worden ist, nicht rechtswidrig ist. Dabei ist innerhalb des Zugunstenverfahrens maßgeblich für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des zur Überprüfung gestellten Bescheides der Zeitpunkt seines Erlasses (vgl. Schütze, in: v. Wulffen, SGB X, 8. Aufl. 2014, § 44, Rdnr. 24 i.V.m. Rdnr. 9). Zur Beurteilung der Fehlerhaftigkeit des Bescheids vom 11.05.2010 kommt es im Übrigen nicht auf den Stand der Erkenntnis bei Erlass, sondern bei Überprüfung an. Erforderlich ist dazu eine rückschauende Betrachtungsweise im Lichte einer - eventuell geläuterten - Rechtsauffassung zu der bei Erlass des zu überprüfenden Verwaltungsaktes geltenden Sach- und Rechtslage. In diesem Sinne beurteilt sich die Rechtswidrigkeit nach der damaligen Sach- und Rechtslage aus heutiger Sicht (vgl. Schütze, a.a.O.,Rdnr. 10 m.w.N.).

Ein Änderungsantrag nach § 48 SGB X ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Ein solcher Antrag wurde nicht gestellt und ist dem Vorbringen des Klägers im Verwaltungs-verfahren und im gerichtlichen Verfahren nicht zu entnehmen.

Das LRA hat mit Bescheid vom 11.05.2010 zu Recht einen GdB von 50 seit dem 01.01.2008 festgestellt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 50.

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 der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß § 69 Abs. 1 SGB IX im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst nach Funktionssystemen (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) getrennt, später nach § 69 Abs. 3 SGB IX in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind.

Die im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (vgl. dazu Teil A Nr. 2 Buchst. e VG) bestehenden Behinderungen des Klägers sind mit einem Teil-GdB von 40 jedenfalls nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig bewertet. Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem Teil-GdB von 0 bis 20, stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Erst schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten rechtfertigen einen Teil-GdB von 50 bis 70, mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen Teil-GdB von 80 bis 100.

Der Kläger leidet vor allem unter einer rezidivierenden depressiven Störung, welche hauptsächlich arbeitsplatzbezogen war. Die Erkrankung verlief schwankend. Aus der Verlaufsbeobachtung ergibt sich, dass eine Bewertung der psychischen Erkrankung mit einem Teil-GdB von 40 jedenfalls nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig ist. Die Symptome der Erkrankung traten erstmals im September 2007 vor dem Hintergrund einer beruflichen Belastungssituation des Klägers als Außendienstmitarbeiter auf. Der Kläger wurde damals vom behandelnden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. für die Zeit vom 04.12.2007 bis 17.01.2008 in die H.-Klinik - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin - in S. eingewiesen. Dort konnte durch die Herausnahme aus der beruflichen

Belastungssituation eine deutliche Entspannung erreicht werden. Die depressiven Symptome bildeten sich gänzlich zurück (S. 3 des Entlassungsberichts der H.-Klinik vom 23.01.2008; Bl. 15 der Verwaltungsakte).

Anfang 2009 trat erneut eine aktuelle depressive Episode auf, welche im Zusammenhang mit dem Verlust des Arbeitsplatzes stand und zu einer erneuten stationären Einweisung führte (vgl. Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. J. vom 08.01.2009 und vom 09.03.2010; Bl. 17 und 27 der Verwaltungsakte sowie "AU-Checkup-Gutachten" für die H.-C. Versicherung vom 03.02.2009; Bl. 18 der Verwaltungsakte). Der Kläger befand sich dann vom 02.02.2010 bis zum 16.03.2010 in einer zweiten stationären Rehabilitationsmaßnahme in der M. B. Kliniken -Fachklinik für Psychosomatische Medizin - in B ... Im Entlassungsbericht vom 18.03.2010 ist eine rezidivierende depressive Störung in gegenwärtig leichter Episode diagnostiziert. Der Kläger wurde arbeitsunfähig zur stufenweisen Wiedereingliederung entlassen. Es bestand ein vollschichtiges Arbeitsvermögen für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit des Klägers als technischer Verkäufer im Außendienst und für leichte bis mittelschwere Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Bl. 35 ff. der Verwaltungsakte).

In der weiteren Folge ergab eine vertrauensärztliche Untersuchung im Auftrag der H.-C. durch den Neurologen und Psychiater Dr. M. am 06.12.2010 eine weiter vorliegende Arbeitsunfähigkeit des Klägers. Der Kläger war der Belastung im Beruf nicht mehr gewachsen. Trotz einer adäquaten Therapie mit entsprechender Medikation und durchgeführtem stationären Rehabilitationsverfahren hatte sich seit einem Jahr keine Besserung des Zustandsbildes ergeben. Von einer Besserung in absehbarer Zeit war nach Einschätzung von Dr. M. nicht auszugehen (Bl. 106 ff. der Verwaltungsakte). Der Kläger stellte daraufhin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. In dem dort eingeholten Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 16.06.2011 sind eine Angst und Depression gemischt diagnostiziert. Eine ausreichende Besserung der Erkrankung des Klägers hat trotz Reha-Maßnahmen und entsprechender ambulanter Therapie mit Psychopharmako¬therapie nicht erzielt werden können. Der Kläger war aus psychiatrischer Sicht auf absehbare Zeit nicht einsatzfähig in irgendeiner Erwerbstätigkeit. Eine durchgreifende Besserung war nach Beurteilung von Dr. K. bei dem chronifizierten Verlauf wahrscheinlich nicht mehr zu erzielen (Bl. 97 ff. der Akte der Deutschen Rentenversicherung Bund Band I). Der Neurologe und Psychiater Dr. J. berichtete dem SG als sachverständiger Zeuge unter dem 21.10.2011, dass durch eine medikamentöse antidepressive und begleitende psychotherapeutische Behandlung und durch Intervallbehandlungen im stationären Rahmen zwar eine Stabilisierung, jedoch keine komplette Remission der affektiven Symptomatik und der Ängste gelungen sei (Bl. 46/47 der SG-Akte). Die Deutsche Rentenversicherung Bund bewilligte dem Kläger schließlich mit Bescheid vom 13.04.2012 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Bei der Begutachtung des vom SG beauftragten Internisten Dr. W. am 11.01.2012 schilderte der Kläger eine deutliche Besserung seiner depressiven Stimmungslage, seit er durch die Anerkennung seiner vollen Erwerbsminderung unter keinem Leistungsdruck mehr stehe. Es bestanden noch Konzentrationsstörungen sowie gelegentliche Schweißausbrüche und nächtliche Angstzustände mit entsprechendem Herzrasen (Bl. 84, 92 und 93 der SG-Akte).

Nach alledem zeigt die Verlaufsbeobachtung, dass ein Teil-GdB von 40 für die psychischen Erkrankungen des Klägers jedenfalls nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig war. Hier, ist auch zu berücksichtigen, dass gemäß Teil A Nr. 2 Buchst. f) VG Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen ist. Nach alledem war nach Auffassung des Senats für die seelischen Leiden des Klägers im Funktionssystem Gehirn und Psyche jedenfalls kein höherer Teil-GdB als 40 gerechtfertigt.

Das Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt (vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e VG), ist beim Kläger allenfalls durch eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule gekennzeichnet, welche mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten ist. Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist für Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene oder kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulen-syndrome) ein Teil-GdB von 10, für Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20 und für Wirbel-säulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 30 vorgesehen. Ein Teil-GdB von 30 bis 40 kommt erst bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten in Betracht. Zu den sogenannten Wirbelsäulensyndromen zählen beispielsweise das Schulter-Arm-Syndrom, das Lumbalsyndrom, die Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen. Beim Kläger bestehen lediglich geringe funktionelle Auswirkungen. Am 11.11.1999 wurde vom Orthopäden Dr. L. ein Bandscheibenvorfall C5/6 mit sensiblem Ausfall der Wurzel C6 links diagnostiziert. Bereits ab 2004 kam es durch entsprechende ambulante Physiotherapie zu einer Rückbildung der Schmerzsymptomatik. Die ambulante Rehabilitation vom 08.01.2004 bis 19.02.2004 in der M. erbrachte Schmerzfreiheit und eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie einen unauffälligen neurologischen Befund (vgl. Abschlussbericht der Mooswaldklinik vom 24.02.2004; Bl. 8 der Verwaltungsakte). Im Arztbrief von Dr. J. vom 08.01.2009 wird ebenfalls eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule beschrieben (Bl. 17 der Verwaltungsakte). Im Entlassungsbericht der M. B. Klinik vom 18.03.2010 sind rezidivierende Myotendopathien der HWS-Region bei bekanntem Bandscheibenvorfall C5/6 links diagnostiziert. Die Reklination und Seitneigung des Kopfes war beidseits endgradig schmerzhaft. Der Fingerbodenabstand betrug ungefähr fünf Zentimeter. Es fand sich kein Klopfschmerz über der Wirbelsäule. Die Halswirbelsäule war in der Rotation endgradig eingeschränkt. Am Ende des Heilverfahrens gab der Kläger einen Rückgang der LWS-Beschwerden an und verneinte HWS-Beschwerden (vgl. Bl. 43, 45 und 48 der Verwaltungsakte). Auch im Befundbericht der Allgemeinmedizinerin Dr. H. vom 09.04.2010 ist eine chronische Myotendinose ohne Bewegungseinschränkung sowie eine endgradige Reklination und Seitneigung schmerzhaft angegeben (vgl. Bl. 51 der Verwaltungsakte). Diese Befunde rechtfertigten zum Zeitpunkt des Erlasses des zur Überprüfung gestellten Bescheides vom 11.05.2010 keinen höheren Teil-GdB als 10. Dieses Ergebnis wird auch nicht in der Rückschau durch spätere Befunde infrage gestellt. In dem für die Deutsche Rentenversicherung Bund eingeholten Gutachten von Dr. K. vom 16.06.2011 ist eine freie Beweglichkeit der Wirbelsäule befundet (Bl. 103 der Rentenakte der Deutschen Rentenversicherung Bund Band I). Der als sachverständige Zeuge gehörte Orthopäde Dr. M. hat am 09.11.2011 gegenüber dem SG angegeben, der Befund der Wirbelsäule sei unverändert (Bl. 48 der SG-Akte). Bei der Begutachtung durch den vom SG beauftragten Internisten Dr. W. am 11.01.2012 hat der Kläger inzwischen weitgehende Beschwerdefreiheit an der Wirbelsäule angegeben. Die Untersuchung durch Dr. W. hat eine leicht eingeschränkte Drehbewegung der Halswirbelsäule nach rechts bei derzeitigem HWS-Schleudertrauma ergeben. Es bestand kein Klopfschmerz der Wirbelsäule. Der Finger-Boden-Abstand betrug ungefähr zehn Zentimeter. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war insgesamt abgesehen von einer akuten Distorsion gut. Es bestanden auch keine

neurologischen Ausfallerscheinungen (Bl. 84, 86 und 94 der SG-Akte). Eine nach dem 11.05.2010 eingetretene, möglicherweise hieraus ablesbare Gesundheitsbesserung, die nach § 48 SGB X zu berücksichtigen wäre, kann dahinstehen. Ein Nachprüfungsverfahren nach § 48 SGB X ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Nach alledem bestanden zur Überzeugung des Senats im Funktionssystem des Rumpfes beim Kläger allenfalls geringgradige funktionelle Auswirkungen, welche keinen höheren Teil-GdB als 10 rechtfertigen.

Im Funktionssystem der Arme war wegen der Erkrankungen des rechten Schultergelenks ein Teil-GdB von 20 angemessen. Nach Teil B Ziff. 18.13 VG bedingt eine Bewegungsein-schränkung des Schultergelenks (einschließlich des Schultergürtels) mit einer Armhebung nur bis zu 120 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 10 und einer Armhebung nur bis zu 90 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 20. Beim Kläger war im März 2010 ein Impingment-Syndrom bei AC-Gelenksarthrose sowie eine chronische Tendinitis SSS rechts diagnostiziert worden. Eine Abduktion der Schulter rechts gegen Widerstand war schmerzbedingte nicht möglich (Arztbrief Dr. K./Dr. M. vom 09.03.2010). Die Schmerzen an der rechten Schulter bestanden schon länger, eine Verstärkung war 2 Wochen vor der Untersuchung im März 2010 beim Tischtennisspielen eingetreten. Der Kläger hatte eine SLAP-IV-Läsion mit subtotaler Ruptur der langen Bizepssehne der rechten Schulter erlitten und leidet darüber hinaus unter einer Omarthrose und AC-Gelenksarthrose der rechten Schulter. Deswegen wurde am 14.06.2010 eine Schulterarthroskopie rechts, eine Tenodese/Tenotomie der langen Bizepssehne, ein Debridement mit Bizepssehnenanker, eine subcoracoidale Dekompression und laterale Clavicularresektion rechts sowie eine Acromioplastik vorgenommen (OP-Bericht von Dr. M. vom 14.06.2010; Bl. 84 der Verwaltungsakte).

Der Teil-GdB von 20 für die Wirbelsäulenbeschwerden und ein Schulter-Arm-Syndrom im Bescheid vom 11.05.2010 war rechtlich nicht zutreffend insoweit, als die Schulterbeschwerden der HWS-Problematik maßgebend zugeordnet worden waren und zusammen in einem Einzel-GdB erfasst wurden. Dies war aber für den allein der Prüfung unterliegenden Gesamt-GdB ohne Belang, denn ein Einzel-GdB 20 für die bis 2010 vorhandenen Schulterbeschwerden war nicht zulasten des Klägers zu niedrig angesetzt. Ein Einzel-GdB 10 für die Wirbelsäulenbeein-trächtigung und ein – zusätzlicher – Einzel-GdB 20 für die Schulter wirkte sich vorliegend auf den Gesamt-GdB nicht anders aus als der unzutreffend angesetzte Einzel-GdB 20 für beide Funktionsbereiche.

Ob danach eine Gesundheitsänderung (Verbesserung/Verschlechterung) im weiteren Verlauf nach Mai 2010 eingetreten ist, ist vorliegend nicht zu entscheiden. Ein Antrag nach § 48 SGB X ist, wie dargelegt, nicht gestellt und wäre wohl auch insoweit nicht erfolgreich Es wurde am 30.05.2011 eine Implantation einer Schulterhemiprothese rechts durchgeführt (OP-Bericht von Dr. M. vom 30.05.2011; Bl. 27 der SG-Akte). Nach der Schulterarthroskopie und Bizepsteno-dese fand sich bereits am 29.09.2010 eine praktisch freie Beweglichkeit der rechten Schulter (Arztbrief von Dr. M. vom 30.09.2010; Bl. 52 der SG-Akte). Vor der Implantation einer Schulterhemiprothese rechts verschlechterte sich die Situation, sodass die Beweglichkeit der rechten Schulter reduziert war. Es war lediglich noch eine Abduktion bis knapp 80 ° und eine Außenrotation bis 40 ° möglich (OP-Bericht von Dr. M. vom 30.05.2011; Bl. 27 der SG-Akte). Nach Einsatz der Prothese bestanden nachts keine Probleme mehr und es fand sich eine Schulter rechts mit nur noch minimal eingeschränkter gleno-humeraler Beweglichkeit, eine reizfreie Narbe und eine bereits gute globale Schulterfunktion mit jedoch noch eingeschränktem scapulo-thorakalem Rhythmus (Untersuchungsbericht von Dr. M. vom 19.07.2011; Bl. 29 der SG-Akte). Bereits am 07.09.2011 fand sich eine Schulter rechts mit freier gleno-humeraler Beweglichkeit, die Innenrotation war bis L1 möglich, die Außenrotation bis 70 ° und die Abduktion bis 90 °. Die Elevation war nur minimal eingeschränkt (Untersuchungsbericht von Dr. M. vom 09.09.2011; Bl. 50 der SG-Akte). Schließlich schilderte der Kläger selbst gegenüber Dr. W. bei der Untersuchung am 11.01.2012, dass die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk seit der Implantation der Prothese im Mai 2011 deutlich besser geworden sei. Dr. W. befundete eine gute Beweglichkeit in allen Gelenken und beobachtete ein gut mögliches An- und Auskleiden über den Kopf (Bl. 84, 86 und 93 der SG-Akte). Nach alledem wäre für die Beschwerden des Klägers an der rechten Schulter allenfalls ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt. Der Einschätzung des vom SG als sachverständigern Zeugen gehörten Dr. M., der den GdB mit 35 analog zur GdB-Bewertung bei Versorgung mit Endoprothesen bewertet, konnte sich der Senat nicht anschließen, da diese Bewertung nicht im Einklang mit den VG steht. Überdies steht die Aussage von Dr. M. als sachverständiger Zeuge gegenüber dem Sozialgericht am 09.11.2011, in dem von einer - nicht näher beschriebenen - Bewegungseinschränkung die Rede ist (Bl. 48 der SG-Akte) im Widerspruch zum Untersuchungsbericht von Dr. M. vom 09.09.2011, in dem eine freie Beweglichkeit geschildert wird (Bl. 50 der SG-Akte).

Schließlich bestehen im Funktionssystem Herz und Kreislauf keine Erkrankungen, welche einen höheren Teil-GdB als 10 rechtfertigen. Nach Teil B Nr. 9.3 VG rechtfertigt eine leichte Form des Bluthochdrucks ohne oder mit geringen Leistungsbeeinträchtigungen (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) einen Teil-GdB von 0 bis 10, eine mittelschwere Form des Bluthochdrucks mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrund-veränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlungen je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Teil-GdB von 20 bis 40. Nach Teil B Ziff. 9.1.6 VG richtet sich die Beurteilung des GdB bei Herzrhythmusstörungen vor allem nach der Leistungsbeein-trächtigung des Herzens. Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmus-störungen (z.B. paroxysmale Tachykardien) je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung rechtfertigen bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens einen Teil-GdB von 10 bis 30. Ferner sind nach Teil B Ziff. 15.2 VG bei Gicht die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen. Schließlich ist bei einer Fettstoffwechselkrankheit gemäß Teil B Ziff. 15.3 VG grundsätzlich das Ausmaß der Folgekrankheiten für die Festsetzung des GdB maßgeblich. Der Kläger leidet unter einem Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen sowie einer Fettstoffwechselstörung. Bereits während des stationären Aufenthalts im Universitätsklinikum Freiburg vom 17.09.2007 bis 20.09.2007 wurde eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen sowie eine regelrechte Blutdruckregulation befundet. Es bestand ein Verdacht auf Herzrhythmusstörungen und die Entlassung erfolgte in kardiorespiratorisch stabiler und beschwerdefreier Situation (Arztbrief des Universitätsklinikums F. vom 20.09.2007, Bl.10 der Verwaltungsakte). Im Entlassungsbericht der M. B. Kliniken vom 18.03.2010 ist ebenfalls ein gut eingestellter Blutdruck beschrieben (Bl. 48 der Verwaltungsakte). Im Arztbrief des Internisten und Kardiologen Dr. R. vom 04.12.2009 ist ein unauffälliges Langzeit-EKG dokumentiert (Bl. 71 der SG-Akte). Weiter berichtete Dr. R. unter dem 24.11.2009 über eine sehr gut eingestellte arterielle Hypertonie ohne jegliche Sekundärveränderungen am Herzen sowie über einen fehlenden Nachweis einer Belastungskoronarinsuffizienz bis 150 Watt (Bl. 72 der SG-Akte). Im Arztbrief vom 09.07.2010 schilderte Dr. R. eine arterielle Hypertonie ohne Sekundärveränderungen am Herzen (Bl. 75 der SG-Akte). Eine am 09.08.2010 durchgeführte Stressechokardiographie war unauffällig (Arztbrief von Dr. K. vom 09.08.2010; Bl. 77 der SG-Akte). Schließlich beschreibt Dr. W. in seinem Gutachten vom 05.03.2012 einen medikamentös gut einstellbaren Bluthochdruck ohne Folgebeteiligung an anderen Organen. Dr. W. hat eine Herzinsuffizienz, eine koronare Herzkrankheit und eine entsprechende Stoffwechselstörung z.B. der Schilddrüse als Ursache für die Herzrhythmusstörungen des Klägers ausgeschlossen. Vielmehr seien die Rhythmusstörungen am ehesten als vegetative Dysregulation bei psychischer Erkrankung anzusehen. Ebenso hat Dr. W. ausgeführt, es bestehe kein Diabetes mellitus. Ferner hat Dr. W. eine Fettstoff-wechselstörung mit einer erhöhten Serumharnsäure und erhöhten

Neutralfetten sowie mäßig erhöhtem Cholesterin, jedoch ohne Gichtanfälle diagnostiziert. Nach alledem sind auf internistischem Fachgebiet keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers dokumentiert, welche die Zuerkennung eines höheren Teil-GdB als 10 rechtfertigen könnten. Insbesondere ist der Bluthochdruck des Klägers bislang ohne Folgebeteiligung der Organe geblieben. Daher ist der Einwand des Klägervertreters, der Kläger nehme Medikamente, was Dr. W. übersehen habe, irrelevant, da es lediglich auf die funktionellen Beeinträchtigungen und auf die Organbeteiligung ankommt, welche jedoch unstreitig nicht vorliegt. Soweit der Klägervertreter weiter darauf verweist, dass die als sachverständige Zeugin gehörte Allgemeinmedizinerin Dr. H. gegenüber dem SG am 10.10.2011 mitgeteilt habe, der Kläger leide unter einem Diabetes mellitus, einer Fettstoffwechselstörung, einer Herzinsuffizienz, einer Schilddrüsendysfunktion und einer gastroösophagealen Refluxkrankheit, welche Dr. W. übersehen habe, ist auszuführen, dass Dr. W. als Facharzt für Innere Medizin einen Diabetes mellitus, eine Herzinsuffizienz und auch eine Stoffwechselstörung der Schilddrüse ausgeschlossen hat und eine Fettstoffwechselstörung ohne wesentliche Funktionsbeeinträchti-gung diagnostiziert hat. Die vom Klägervertreter weiter erwähnte gastroösophageale Refluxkrankheit ist außer in der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. H. vom 10.10.2011 in den aktenkundigen medizinischen Unterlagen nicht erwähnt. Dadurch bestehende, für die GdB-Bewertung allein maßgebliche Funktionsbeeinträchtigungen werden für den entscheidungser-heblichen Zeitraum bis Mai 2010, aber auch nicht danach weder in den übrigen medizinischen Unterlagen dokumentiert noch vom Kläger geltend gemacht. Nach alledem liegen auf internistischem Fachgebiet keine weiteren Erkrankungen vor, welche die Zuerkennung eines höheren Teil-GdB als 10 im Mai 2010 hätte rechtfertigen können.

Sonstige Gesundheitsstörungen, welche einen Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, liegen beim Kläger nicht vor und werden von ihm auch nicht geltend gemacht.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt, die vorhandenen Arztauskünfte, ärztlichen Unterlagen und Gutachten bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deswegen weitere Ermittlungen nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Insbesondere war nach Auffassung des Senats kein orthopädisches Gutachten von Amts wegen einzuholen. Die in den vorliegenden Unterlagen dokumentierten Funktionseinschränkungen sind nach Auffassung des Senats ausreichend, um die Höhe des GdB zutreffend beurteilen zu können. Der Kläger macht lediglich geltend, die Befunde seien durch Dr. W. fachfremd erhoben worden. Dass die Befunde selbst unzutreffend seien bzw. dass der Kläger unter weiteren funktionellen Einschränkungen leidet oder dass sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert hat, macht der Kläger hingegen gerade nicht geltend. Der Senat sieht sich daher nicht gehalten, Ermittlungen "ins Blaue hinein" anzustellen. Der bislang medizinisch festgestellte Sachverhalt bietet die ausreichende Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschnei¬dungen und Wechselwirkungen.

Nach Überzeugung des Senats war der im Bescheid vom 11.05.2010 festgestellte Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderung und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen mit 50, gebildet aus Teilwerten von:

- 40 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche (rezidivierende depressive Störung und Angst), - 10 für das Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für das Funktionssystem der Arme (Schulter) und - 10 für das Funktionssystem des Herzens und des Kreislaufs (Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen), wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken, rechtlich zutreffend bemessen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-04-22