

## L 8 SB 3021/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
8

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 SB 3383/16

Datum  
29.06.2017

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 3021/17

Datum  
19.11.2018

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

Ist ein großes Aneurysma operativ erfolgreich beseitigt, ist ein GdB 50 nicht mehr gerechtfertigt, vielmehr erfolgt die GdB-Bewertung danach, ob ein größerer gefäßchirurgischer Eingriff i. S. v. Teil B Nr. 9.2.2 VG vorgelegen hat. Eine systematische Auslegung der Regelungen unter Teil B Nr. 9.2 VG führt zu keinem anderen Ergebnis.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.06.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Kosten des gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz von Dr. W. eingeholten Gutachtens vom 13.08.2018 sowie die der Klägerin in diesem Zusammenhang angefallenen baren und unbaren Auslagen werden nicht auf die Staatskasse übernommen.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt im Zugunstenverfahren gemäß [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Die 1950 geborene Klägerin beantragte am 31.05.2012 beim Landratsamt R. (LRA) erstmals die Feststellung des GdB. Sie machte an Gesundheitsstörungen eine Operation der Aorta ascendens mit Aortenklappenstenose am 16.04.2012, Nasenbluten, eine Migräne sowie eine Operation 2011 wegen eines Darmverschlusses geltend. Das LRA nahm die Berichte der T.klinik Bad K. vom 30.05.2012 und des U.-Herzzentrums Bad K. vom 26.04.2012 zu den Akten und holte den Befundbericht von Dr. R. vom 13.08.2012 ein. In der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. O. vom 30.09.2012 wurde wegen eines operierten Aneurysmas, einer koronaren Herzkrankheit (50 Watt) und Bluthochdruck (GdB 30) sowie einer Migräne (GdB 10) der GdB mit 30 vorgeschlagen. Mit bestandskräftigem Bescheid vom 17.10.2012 stellte das LRA bei der Klägerin den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit 31.05.2012 fest.

Am 29.04.2015 beantragte die Klägerin beim LRA die Erhöhung des GdB. Das LRA zog medizinische Unterlagen bei und holte den Bericht von Dr. H. vom 19.06.2015 ein. In der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. S. vom 11.09.2015 wurde der GdB weiterhin mit 30 vorgeschlagen. Mit Bescheid vom 23.10.2015 entsprach das LRA dem Antrag der Klägerin auf Neufeststellung des GdB nicht. Hiergegen legte die Klägerin am 13.11.2015 Widerspruch ein, mit dem sie einen GdB von mindestens 50 ab 29.04.2015 geltend machte. Hilfsweise beantragte sie die Überprüfung des Bescheides vom 17.10.2012 gemäß [§ 44 SGB X](#). Auf der Grundlage der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. O. vom 01.05.2016, der wegen eines operierten Aneurysmas, einer koronaren Herzkrankheit und Bluthochdruck (GdB 30), eines Fibromyalgie-Syndroms und psychovegetative Störungen (GdB 20), einer Migräne (GdB 10), muskulären Verspannungen, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (GdB 10) sowie einer Schwerhörigkeit links (GdB 10) den Gesamt-GdB mit 40 vorschlug, stellte das LRA mit Teil-Abhilfebescheid vom 01.07.2016 bei der Klägerin den GdB mit 40 seit 29.04.2015 fest. Mit Widerspruchsbescheid vom 25.08.2016 wies das Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - den aufrecht erhaltenen Widerspruch der Klägerin gegen die Bescheide vom 23.10.2015 und 01.07.2016 zurück. Hiergegen erhob die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage (S 1 SB 3314/16).

Mit Bescheid vom 30.06.2016 entsprach das LRA dem Hilfsantrag der Klägerin auf Erteilung eines Rücknahmebescheids nach [§ 44 SGB X](#)

nicht. Hiergegen erhob die Klägerin am 26.07.2016 Widerspruch. Sie machte zur Begründung geltend, bei ihr bestand eine koronare Herzkrankheit mit einer Leistungsfähigkeit sogar unter 50 Watt. Des Weiteren sei nicht zutreffend, dass lediglich nicht prothesenkorrigierte große Aneurysmen mit einem GdB von wenigstens 50 bewertet würden.

Nach Einholung der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. Z.-C. vom 09.08.2016 wurde der Widerspruch der Klägerin vom Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 26.08.2016 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 30.09.2016 Klage beim SG. Sie trug zur Begründung vor, bei ihr hätte bereits seit 31.05.2012 ein GdB von mindestens 50 festgestellt werden müssen. Sie sei durch ihre Herzkrankheit sowie durch den operativen Aorta ascendens- und des proximalen Halbbogen-Ersatzes stark beeinträchtigt gewesen. Sie sei seither in ihrer körperlichen Beweglichkeit stark eingeschränkt gewesen und habe unter starken Schmerzen sowie ständigen Schmerzen im Brustkorb gelitten. Zudem seien beide Beine seither geschwächt und sie habe Schmerzen bereits nach wenigen Metern beim Gehen. Gleichzeitig liege ein Restless-Legs-Syndrom vor. Hinzu komme, dass bei ihr seit diesem Zeitpunkt eine Unverträglichkeit von metallischem Fremdmaterial vorliege. Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit führe sie nur noch Arbeiten aus, die weniger belastend seien. Auch im Privatleben sei sie stark beeinträchtigt. Im Bescheid vom 17.10.2012 hätte hinsichtlich des operierten Aneurysma sowie hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit ein GdB von jeweils 50 bis 70 berücksichtigt werden müssen, so dass ein Gesamt-GdB von 50 bis 70 hätte festgestellt werden müssen.

Das SG hörte von der Klägerin benannte behandelnde Ärzte - unter Vorlage der gutachtlichen Stellungnahmen von Dr. O. vom 30.09.2012 und Dr. Z.-C. vom 09.08.2016 - schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Internist Dr. R. teilte in seiner Aussage vom 10.02.2017 den Behandlungsverlauf, die Diagnosen und Befunde mit und schätzte den GdB auf 70 ein. Seit 2012 habe sich ein Hypertonus entwickelt und eine kardiale Leistungseinschränkung sei neu aufgetreten. Dr. R., U.-Herzzentrum Bad K., teilte in seiner Aussage vom 25.04.2017 unter Vorlage von Arztbriefen des U.-Herzzentrums (betreffend den Zeitraum vom 26.04.2012 bis 07.11.2016) die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes.

Die Klägerin äußerte sich zu den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen der gehörten Ärzte (Schriftsatz vom 09.06.2016).

Mit Urteil vom 29.06.2017 wies das SG - aufgrund mündlicher Verhandlung - die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, der Beklagte habe bei der Klägerin durch den Bescheid vom 17.10.2012 den GdB für die Zeit ab dem 31.05.2012 zutreffend mit 30 bewertet. Soweit Dr. R. einen GdB von 70 für angemessen erachtete, führe dies zu keinem abweichenden Ergebnis. Seine Einschätzung beziehe sich nicht allein auf die im Jahr 2012 erhobenen Befunde. Weitere Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Höhe des Gesamt-GdB hätten im Zeitpunkt der Antragstellung im Mai 2012 bei der Klägerin nicht vorgelegen.

Gegen das der Klägerin am 05.07.2017 zugestellte Urteil richtet sich die von der Klägerin am 02.08.2017 eingelegte Berufung. Sie hat im Verlauf des Berufungsverfahrens zur Begründung ausgeführt, bei ihr sei am 16.04.2012 ein suprakoronarer Aortaascendens-Ersatz mit Resuspension der Aortenklappe und Ersatz des proximalen Halbbogens sowie die Sektion von zwei kleinen penetrierenden atherosklerotischen Ulcera vorgenommen worden. Hierfür sei nach Nr. 9.2.2 der Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VG) ein GdB von wenigstens 50 festzustellen. De facto gebe es kein diagnostiziertes großes Aneurysma, welches nicht bzw. über einen längeren Zeitraum nicht behandelt werde. Würde der Ansicht des SG gefolgt, dass der GdB von 50 lediglich für nicht operierte große Aneurysmen gelte, müsse davon ausgegangen werden, dass ein großes Aneurysma für einen längeren Zeitraum als 6 Monate unbehandelt vorliege, da andernfalls die Voraussetzungen von Teil A Ziff. 2f VG nicht gegeben wäre. Hiervon könne jedoch nicht ausgegangen werden. Nr. 9.2.2 der VG würde bezüglich der großen Aneurysmen völlig ins Leere laufen. Dies zeige, dass der GdB von 50 eindeutig auch für operierte große Aneurysmen gelten müsse, wofür bereits die Systematik der Regelung unter Ziffer 9.2 VG spreche. Zudem liege eine koronare Herzerkrankung vor, für die die nach Nr. 9.1.1 VG der GdB mit 50 bis 70 festzusetzen sei. Danach sei der Gesamt-GdB mindestens auf 50 festzusetzen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.06.2017 und den Bescheid vom 30.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.08.2016 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr unter Abänderung des Bescheides vom 17.10.2012 den Grad der Behinderung ab dem 31.05.2012 mit mindestens 50 festzusetzen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat zur Begründung ausgeführt, das SG habe im angefochtenen Urteil die Erteilung eines Rücknahmebescheides zu Recht abgelehnt. Der in Nr. 9.2.2 VG für große Aneurysmen genannte Mindest-GdB von 50 beziehe sich nur auf solche Aneurysmen, die nicht operiert seien. Ein GdB von 20 sei zu Grunde zu legen. Hinzu komme ein Zuschlag für eine Herzleistungseinschränkung und/oder einen Bluthochdruck. Eine dauerhafte Herzleistungseinschränkung auf 50 Watt liege nicht vor. Es sei weiterhin davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt 31.05.2012 zu Recht ein Gesamt-GdB von 30 festgestellt worden sei.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das kardiologische Gutachten von Dr. W. vom 13.08.2018 eingeholt. Dr. W. diagnostizierte in seinem Gutachten eine koronare 2-Gefäßerkankung (GdB 50), einen Zustand nach suprakoronarem Ascendensersatz und Ersatz des proximalen Halbbogens der Aorta mit Resuspension der Aortenklappe (GdB 20), eine mittelgradige Stenose der rechten A. carotis interna und eine leicht- bis mittelgradige Stenose der linken A. carotis interna, eine chronotrope Insuffizienz unklarer Genese, COPD mit leichter kombinierter Ventilationsstörung (GdB 20), eine arterielle Hypertonie (GdB allenfalls 10), eine Fibromyalgie und psychovegetative Störungen (GdB 20) eine Migräne (GdB 10), eine Wirbelsäulenerkrankung (GdB 10) und eine Schwerhörigkeit links (GdB 10). Er schätze den Gesamt-GdB auf 60 seit Februar 2016 ein. Für die Zeit von 2012 bis Februar 2016 erachtete Dr. W. den Gesamt-GdB mit 30 bis 40 als korrekt eingeschätzt.

Mit richterlichem Hinweisschreiben vom 19.09.2018 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, über die Berufung gemäß § 153 Abs. 4 SGG ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss zu entscheiden und es ist ihnen Gelegenheit gegeben worden, zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren bis 25.10.2018 Stellung zu nehmen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

II.

Gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Ein Einverständnis der Beteiligten ist hierfür nicht Voraussetzung. Das Sozialgericht hat nicht mit Gerichtsbescheid, sondern mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung entschieden. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind mit richterlichem Hinweisschreiben vom 19.09.2018 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigten Verfahren Stellung zu nehmen. Die Klägerin hat sich mit einer Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) einverstanden erklärt (Schriftsatz vom 12.10.2018). In Ausübung pflichtgemäßen Ermessens erachtet der Senat eine mündliche Verhandlung vor dem Senat für nicht erforderlich.

Streitgegenstand des vorliegenden Rechtsstreites ist nur der Bescheid des Beklagten vom 30.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.08.2016, mit dem der (hilfsweise gestellte) Antrag der Klägerin auf Überprüfung des Bescheides vom 17.10.2012 gemäß [§ 44 SGB X](#) abgelehnt wurde. Der Beklagte hat mit dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides auf den (Hilfs-)Antrag der Klägerin nur eine Entscheidung nach [§ 44 SGB X](#) getroffen, sodass diese Entscheidung alleiniger Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites ist. Nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites sind die weiteren Bescheide des Beklagten vom 23.10.2015 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheids vom 01.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.08.2016, mit dem der Beklagte über den Neufeststellungsantrag der Klägerin auf Erhöhung des GdB entschieden hat, die Gegenstand der von der Klägerin beim SG erhobenen Klage (S 1 SB 3314/16) sind. Dem entsprechen auch der von der Klägerin beim SG gestellte Klageantrag sowie ihr schriftsätzlich gestellter Berufungsantrag. Der Senat hat im vorliegenden Berufungsverfahren somit nur darüber zu befinden, ob der Klägerin ein Anspruch zusteht, unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 17.10.2012 den GdB mit mindestens 50 seit 31.05.2012 festzustellen. Dagegen ist im vorliegenden Berufungsverfahren nicht darüber zu befinden, ob bei der Klägerin auf ihren Antrag vom 29.04.2015 der GdB höher festzustellen ist.

Die gemäß den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig ([§ 151 SGG](#)), in der Sache aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid des Beklagten ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf teilweise Rücknahme des Bescheides vom 17.10.2012, mit dem ein GdB von 30 seit dem 31.05.2012 festgestellt wurde. Ein Anspruch auf teilweise Rücknahme dieses Bescheides und Feststellung eines GdB von mindestens 50 ab dem 31.05.2012, wie die Klägerin begehrt, besteht nicht. Das angegriffene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage hierfür 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). 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). Zur Beurteilung der Fehlerhaftigkeit des Bescheids vom 17.10.2012 kommt es im Übrigen nicht auf den Stand der Erkenntnis bei Erlass, sondern bei der 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.).

Rechtsgrundlage für die Feststellung des GdB sind die Vorschriften des SGB IX in der bis 31.12.2017 geltenden Fassung, da im Verfahren nach [§ 44 SGB X](#) maßgebend die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der zu überprüfenden Entscheidung ist. Nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX (jeweils a.F.) stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 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 entfalteten, 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](#) - RdNr 27, 30 m.w.N.). 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](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30).

Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in 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. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. 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. 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. A Nr. 3 VG). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG 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](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft - gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB - nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 - oder ein anderer Wert - fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Ordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen in Beziehung zu setzen sind - z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist - wie dargestellt - anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Hiervon ausgehend ist das angefochtene Urteil des SG nicht zu beanstanden.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend begründet, dass der Beklagte bei der Klägerin durch den Bescheid vom 17.10.2012 für die Zeit ab dem 31.05.2012 den GdB zutreffend mit 30 bewertet habe. Der Funktionskomplex Herz und Kreislauf bedinge ab dem 31.05.2012 einen Teil-GdB von 30. Mit der am 16.04.2012 durchgeführten Operation sei das Aortenaneurysma beseitigt worden. Damit habe für den größeren gefäßchirurgischen Eingriff mit Prothesenimplantation bei vollständiger Kompensation nur ein GdB von 20 zugestanden. Mit einem GdB von wenigstens 50 zu bewertende große Aneurysmen betrafen alleine nicht operierte große Aneurysmen. Unter weiterer Berücksichtigung der zunächst verbliebenen Herzleistungseinschränkung auf 50 Watt sei die vom LRA vorgenommene Bewertung des Teil-GdB mit 30 nicht zu beanstanden. Der Teil GdB von 30 sei auch nicht aufgrund der Bluthochdruckerkrankung zu erhöhen. Soweit Dr. R. einen GdB von 70 für angemessen erachtete, führe dies zu keinem abweichenden Ergebnis. Seine Einschätzung beziehe sich nicht allein auf die im Jahr 2012 erhobenen Befunde. Die weiter berücksichtigte Migräneerkrankung der Klägerin habe der Beklagte mit einem Teil-GdB von 10 zutreffen bewertet. Weitere Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Höhe des Gesamt-GdB hätten bei der Klägerin nicht vorgelegen. Die Bewertung des Gesamt-GdB mit 30 für die Zeit ab dem 31.05.2012 im Bescheid vom 17.10.2012 sei nicht zu beanstanden. Der Senat gelangt nach eigener Prüfung zum selben Ergebnis. Er nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die genannten Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils in vollem Umfang Bezug, auf die er zur Vermeidung von Wiederholungen verweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend bleibt auszuführen:

Der Rechtsansicht der Klägerin zu Teil B 9.2.2 VG kann nicht gefolgt werden. Die von ihr vorgenommene systematische Auslegung zu Teil B 9.2.2 VG überzeugt nicht.

Nach 9.2.2 VG beträgt - nach größeren gefäßchirurgischen Eingriffen (z.B. Prothesenimplantation) mit vollständiger Kompensation einschließlich Dauerbehandlung mit Antikoagulantien der GdB 20. - Bei arteriovenöse Fisteln richtet sich der GdB nach den hämodynamischen Auswirkungen am Herzen und/oder in der Peripherie. - Bei Aneurysmen (je nach Sitz und Größe) beträgt ohne lokale Funktionsstörung und ohne Einschränkung der Belastbarkeit der GdB 0 bis 10, ohne oder mit nur geringer lokaler Funktionsstörung mit Einschränkung der Belastbarkeit der GdB 20 bis 40 und bei große Aneurysmen der GdB wenigstens 50. Hierzu gehören immer die dissezierenden Aneurysmen der Aorta und die großen Aneurysmen der Aorta abdominalis und der großen Beckenarterien.

Hiervon ausgehend ist der GdB mit 20 zu bewerten. Bei der Klägerin wurde zwar ein großes Aneurysma falsum der Aorta ascendens diagnostiziert (Berichte des U.-Herzzentrums Bad K. vom 26.04.2012, der T.klinik Bad K. vom 30.05.2012). Dieses Aneurysma konnte jedoch durch die im U.-Herzzentrum Bad K. am 16.04.2012 komplikationslos durchgeführte Operation (suprakoronarem Aorta ascendens-Ersatz mit Resuspension der Aortaklappe und Ersatz des proximalen Halbbogens und Resektion von zwei kleinen PAUs - penetrierenden atherosklerotischen Ulcera -) erfolgreich therapiert (Berichte des U.-Herzzentrums Bad K. vom 07.05.2012, der T.klinik Bad K. vom 30.05.2012) und damit beseitigt werden. Auch Dr. W. beschreibt in seinem auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten vom 13.08.2018 eine sonomorphologisch unauffällige Aorta ascendens und resuspendierte Aortaklappe ohne wesentliche Einschränkung. Damit ist festzustellen, dass bei der Klägerin nach der erfolgreichen operativen Therapie am 16.04.2012 zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt kein Aneurysma mehr bestanden hat, das Grundlage der von der Klägerin für richtig gehaltenen GdB-Bewertung sein kann. Vielmehr ist als Grundlage der GdB-Bewertung der am 16.04.2012 erfolgte gefäßchirurgische Eingriff mit vollständiger Kompensation des Aneurysmas zu berücksichtigen, der nach den Teil B 9.2.2 VG mit einem GdB von 20 zu bemessen ist, worauf die Beklagte in der

Berufungserwiderung zutreffend hinweist. Hiervon geht auch Dr. W. in seinem Gutachten aus, wonach der Zustand nach Interponat der Aorta ascendens und des proximalen Aortenbogens generell mit einem GdB von 20 bewertet wird. Soweit die Klägerin zur Begründung ihrer Rechtsauslegung der Nr. 9.2.2 VG ausführt, dass der GdB von 50 eindeutig auch für operierte große Aneurysmen gelten müsse lässt die Klägerin unberücksichtigt, dass die VG (große) Aneurysmen berücksichtigt, für die es (gefäßchirurgisch) keine Therapiemöglichkeit gibt und damit bezüglich (großer) Aneurysmen nicht völlig ins Leere läuft. Auch eine systematische Auslegung der Regelungen unter B Nr. 9.2.2 VG führt zu keinem anderen Ergebnis. B Nr. 9.2.1 VG regelt arterielle Verschlusskrankheiten, in B Nr. 9.2.2 VG sind Funktionsbeeinträchtigungen aus Gefäßerkrankungen mit anderen Ursachen enumerativ ausgeführt, wozu Zustände nach chirurgischen Eingriffen, Fisteln und Aneurysmen als Fallgruppen zählen.

Entgegen der Ansicht der Klägerin kann auch nicht festgestellt werden, dass bei ihr zum maßgeblichen Bewertungszeitpunkt des Ergehens des Bescheides vom 17.10.2012 eine Einschränkung der Herzleistung bereits bei alltäglicher leichter Belastung bestand, die nach Teil B VG 9.1.1 einen GdB von 50 bis 70 rechtfertigt. Nach dem Bericht der T.klinik Bad K. vom 30.05.2012 musste zwar ein Belastungs-EKG am 15.05.2012 auf der 50 Watt-Stufe über 2 Minuten wegen Blutdruckerhöhung abgebrochen werden. Während der Belastung fanden sich jedoch keine Zeichen einer Angina pectoris, es bestand keine Dyspnoe und es zeigten sich insbesondere keine belastungsinduzierten ST-Streckenveränderungen. Die T.klinik gelangte zum Untersuchungsergebnis, dass bei der Klägerin kein Anhalt für eine Belastungskoronarinsuffizienz bis zur 50 Watt-Stufe besteht. Auch ein abschließendes Belastungs-EKG zeigte bis zu 50 Watt-Stufe keine Auffälligkeiten im Sinne einer Belastungskoronarinsuffizienz. Eine transthorakale Echokardiographie im U.-Herzzentrum Bad K. vom 21.04.2012 zeigte normal große Ventrikel links und rechts mit normaler Funktion, keine regionalen Wandbewegungsstörungen, morphologisch und eine funktionell unauffällige Aorta- und Mitralklappe, eine zarte Trikuspidalklappe ohne relevante Insuffizienz. Die Vena cava inferior war nicht gestaut. Es fand sich ein Perikarderguss anterior der rechten Herzabschnitte - der jedoch am 04.05.2012 nicht mehr nachweisbar war (Bericht T.klinik Bad K. vom 30.05.2012) -, keine Kompression und keine Reizergüsse (Bericht U.-Herzzentrum vom 26.04.2012). Damit ist bei der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt des Ergehens des Bescheides vom 17.10.2012 keine Einschränkung der Herzleistung festzustellen, die nach den VG Teil B 9.1.1 einen GdB von 50 bis 70 rechtfertigt, wie sie meint. Es kann höchstens von einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung ausgegangen werden, wobei es bei fehlenden pathologischer Messdaten bei der Ergometerbelastung sowie von Herzorganschäden nicht gerechtfertigt ist, den vorgesehenen GdB-Rahmen (20 bis 40) anzuheben. Ein Bluthochdruckleiden der Klägerin kann nach der Bewertung von Dr. W. allenfalls mit einem GdB von 10 bewertet werden.

Eine sonst nicht berücksichtigte GdB-relevante Gesundheitsstörung ist nicht ersichtlich und wird von der Klägerin im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

Dass die Klägerin bei Ergehen des Bescheides vom 17.10.2012 durch ihre Herzkrankheit sowie durch den operativen Aorta ascendens- und des proximalen Halbbogen-Ersatz stark beeinträchtigt war, wie sie geltend macht, kann nach dem oben Ausgeführten nicht festgestellt werden und lässt sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Vielmehr bestanden bei der Klägerin nach ihren im Bericht des U.-Herzzentrums Bad K. vom 15.04.2013 beschriebenen Angaben keine kardial bedingten Beschwerden mehr.

Nach alledem ist nicht zu beanstanden, dass der Beklagte mit Bescheid vom 17.10.2012 bei der Klägerin den GdB mit 30 seit 31.05.2012 festgestellt hat. Auch Dr. W. bestätigt in seinem Gutachten für die Zeit von 2012 bis Februar 2016 den GdB mit 30 bis 40 als vom Beklagten korrekt eingeschätzt, wobei seine Bewertung den Teil-Abhilfebescheid des LRA vom 01.07.2016 über die Feststellung des GdB mit 40 seit 29.04.2015 mit einschließt. Soweit Dr. W. von einem Gesamt-GdB von 60 seit Februar 2016 ausgeht, ist diese Bewertung für den vorliegenden Rechtsstreit ohne Belang. Diese Bewertung kann allenfalls im Rahmen des von der Klägerin geführten Rechtsstreites über die Neufeststellung eines höheren GdB Relevanz erlangen. Weiter hat auch Dr. R., U.-Herzzentrum Bad K., in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 25.04.2017 die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten (gutachtliche Stellungnahmen Dr. O. vom 30.09.2012 und Dr. Z.-C. vom 09.08.2016) geteilt.

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kosten des gemäß [§ 109 SGG](#) im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachtens des Dr. W. sowie die der Klägerin in diesem Zusammenhang angefallenen baren und unbaren Auslagen, über die der Senat als Gerichtskosten in Ausübung des ihm nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zustehenden Ermessens von Amts wegen auch in der Kostenentscheidung im Beschluss entscheiden kann (vgl. LSG Baden-Württemberg 16.08.2006 - [L 1 U 3854/06 KO-B](#) -, juris; Senatsurteil 23.11.2012 - [L 8 U 3868/11](#) - unveröffentlicht), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Diese hat die Klägerin endgültig selbst zu tragen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Es muss sich, gemessen an dem Prozessziel des Klägers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach [§ 109 SGG](#) vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage, § 109 RdNr. 11).

Hiervon ausgehend ist es nicht gerechtfertigt, die Kosten des Sachverständigengutachtens sowie die der Klägerin in diesem Zusammenhang angefallenen baren und unbaren Auslagen auf die Staatskasse zu übernehmen. Denn das Gutachten von W. hat die Klägerin weder ihrem Begehren näher gebracht noch die Aufklärung des im vorliegenden Rechtsstreit relevanten Sachverhalts gefördert. Auch hat sich kein neuer, für das Verfahren relevanter Sachverhalt ergeben, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergibt. Vielmehr hat Dr. W. die vorhergehende versorgungsärztliche Bewertung des GdB mit 30 im Bescheid vom 17.10.2012 als zutreffend bestätigt.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.  
Rechtskraft

Aus  
Login  
BWB  
Saved  
2018-11-27