

## L 8 SB 4385/18

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

1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 4 SB 3556/17

Datum  
19.11.2018  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 4385/18

Datum  
08.04.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19.11.2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 05.06.2017 zusteht.

Bei dem 1965 geborene Kläger, türkischer Staatsangehöriger (zum Aufenthaltstitel vgl. Blatt 151, 21 der Beklagtenakte), war mit Bescheid des Landratsamts R. (LRA) vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.12.2009 (Blatt 63/64, 83/85 der Beklagtenakte) der GdB mit 40 festgestellt worden (zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 61/62 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Depression, chronisches Schmerzsyndrom (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, Wirbelsäulenverformung (GdB 20)). Spätere Neufeststellungsanträge blieben erfolglos (Bescheid vom 17.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.10.2010, Blatt 97/98, 105/106 der Beklagtenakte (zum Klageverfahren beim Sozialgericht Mannheim vgl. dort das Az. S 11 SB 4057/10); Bescheid vom 06.08.2011, Blatt 140/141 der Beklagtenakte).

Am 05.06.2017 beantragte der Kläger beim Versorgungsamt H. (LRA; Blatt 143/144, 149/150 der Beklagtenakte) die höhere (Neu-)Feststellung des GdB. Er verwies auf ein Vorhofflimmern, eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus, eine Fettstoffwechselstörung und eine Somatisierungsstörung. Der Kläger legte ein Gutachten der Bundesagentur für Arbeit vom 05.10.2016, Dr. G. (Blatt 145/147 der Beklagtenakte), vor und teilte mit, der Diabetes werde mit Metformin behandelt (Blatt 153 der Beklagtenakte).

Das LRA zog vom Facharzt für Innere Medizin Dr. B. Befundbeschreibungen bei (dazu vgl. Blatt 156/198 der Beklagtenakte).

Die Versorgungsärztin Dr. S. schätzte in ihrer Stellungnahme vom 10.08.2017 (Blatt 205/206 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Depression, chronisches Schmerzsyndrom (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, Wirbelsäulenverformung, Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks (GdB 20); Herzrhythmusstörungen (GdB 10); keinen GdB von mindestens 10: Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck), woraufhin das LRA mit Bescheid vom 11.08.2017 (Blatt 201/202 der Beklagtenakte) die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ablehnte.

Mit seinem Widerspruch vom 31.08.2017 (Blatt 205/206 der Beklagtenakte) machte der Kläger u.a. geltend, dass die kardiologischen Beschwerden eine Verschlechterungstendenz aufwiesen, die sich auch realisiert habe. Neben der Hypertonie seien jetzt auch Herzrhythmusstörungen aufgetreten. Zusammen mit dem Diabetes und der Fettstoffwechselstörung ergebe sich ein GdB von mindestens 50.

Das LRA hat nunmehr vom Kardiologen D. Befundbeschreibungen beigezogen (dazu vgl. Blatt 209/226 der Beklagtenakte). Dieser hat u.a. bis zur 200 Watt-Belastungsstufe eine stabile Ergometrie ohne Zeichen einer Koronarinsuffizienz beschrieben.

Nachdem die Versorgungsärztin Dr. M. einen höheren GdB nicht vorschlug (Stellungnahme vom 26.09.2017, Blatt 227 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 24.10.2017, Blatt 229/231 der Beklagtenakte).

Hiergegen hat der Kläger am 27.11.2017 beim Sozialgericht (SG) Mannheim Klage erhoben und begehrt, einen GdB von 50 zuzuerkennen. Aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterungen könne er nicht von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit ausgehen. Es bestehe weiterhin Verschlechterungstendenz. Der Kläger hat ärztliche Berichte vorgelegt (Blatt 24 der SG-Akte).

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des behandelnden Kardiologen D. als sachverständigen Zeugen. Dieser hat dem SG mit Schreiben vom 13.01.2018 (Blatt 29/35 der SG-Akte) mitgeteilt, dass er für den Bluthochdruck mit rezidivierenden Entgleisungen und hypertensiver Herzerkrankung zusätzlich mindestens einen GdB von 10 sowie für das Vorhofflimmern mit rezidivierenden Tachyarrhythmien absoluta-Anfällen mindestens einen GdB von 20 ansetzen. Insgesamt betrage der GdB 50.

Das SG hat nunmehr den Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie Dr. B. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 05.06.2018 (Blatt 42/83 der SG-Akte; Untersuchung des Klägers am 14.02.2018) eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Entgleisung unter Belastung bei leichter Linksherzhypertrophie, hypertensive Herzkrankheit, ein paroxysmales Vorhofflimmern mit absoluter Tachyarrhythmie und Panikreaktionen, einen Diabetes mellitus Typ II b, Metformin-behandelt, keine koronaren, peripher arteriellen oder Nierenschäden, keine diabetische Polyneuropathie und ein pseudoradikuläres Wirbelsäulensyndrom bei leichter Fehlstellung ohne muskuläres Defizit und ohne neurologische Ausfälle, Schulter-Arm-Syndrom, derzeit erscheinungsfrei, diagnostiziert. Den Diabetes hat er mit einem GdB von 0, die arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit und die symptomatische absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern mit umfangreicher Begleitsymptomatik mit einem GdB von 20 bewertet und den Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der mit einem GdB von 30 bewerteten Depression und dem chronischen Schmerzsyndrom mit 50 angenommen.

Der Beklagte ist dem Gutachten unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. B. vom 11.10.2018 entgegengetreten (Blatt 88/89 der SG-Akte).

Mit Gerichtsbescheid vom 19.11.2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Für die Erkrankung des Herzens sei ein GdB von 20 anzunehmen. Insgesamt betrage der GdB 40.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 21.11.2018 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 10.12.2018 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Dr. B. habe den GdB mit 50 bewertet. Die abweichende Würdigung des SG sei nicht nachvollziehbar. Er sei kardiologisch, neuronal, auch orthopädisch erkrankt und stehe deswegen in ärztlicher Behandlung.

Der Kläger beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19.11.2018 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 11.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.10.2017 zu verurteilen, bei ihm den GdB mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Nach Anhörung der Beteiligten hat der Senat mit Beschluss vom 19.02.2019 die Berufung dem Berichterstatter übertragen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden hat ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig aber unbegründet.

Über die Berufung konnte der Berichterstatter zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entscheiden, nachdem das SG mit Gerichtsbescheid vom 19.11.2018 entschieden hatte und die Berufung dem Berichterstatter durch Beschluss des Senates nach [§ 153 Abs. 5 SGG](#) übertragen worden war. Der Senat hat keine Gründe feststellen können, die eine Entscheidung durch den ganzen Senat erforderlich machen, solche waren auch in der schriftlichen Anhörung von den Beteiligten nicht mitgeteilt worden.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid vom 11.08.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.10.2017, mit dem der Beklagte die Feststellung eines GdB von mehr als 40 abgelehnt hat. Diese Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

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

Rechtsgrundlage für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX ([§ 152 SGB IX](#)) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 ([BGBl. I 2016, 3234](#)), da maßgeblicher Zeitpunkt bei Verpflichtungs- und Leistungsklagen der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz ist, wobei es für laufende Leistungen auf die Sach- und Rechtslage in dem jeweiligen Zeitraum ankommt, für den die Leistungen begehrt werden; das anzuwendende Recht richtet sich nach der materiellen

Rechtslage (Keller in: Meyer- Ladewig, SGG, 12. Auflage, § 54 RdNr. 34). Nachdem [§ 241 Abs. 2 SGB IX](#) lediglich eine (Übergangs-)Vorschrift im Hinblick auf Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz enthält, ist materiell-rechtlich das SGB IX in seiner derzeitigen Fassung anzuwenden.

Nach dessen [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) sind Menschen mit Behinderung solche Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt nach [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#), zuvor [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)). Soweit noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend ([§ 241 Abs. 5 SGB IX](#)). Damit gilt weiterhin die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), deren Anlage zu § 2 die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VG) beinhalten. Diese stellen – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen, sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 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, auch solche, 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. Teil 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 anderer Werte – fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 – [B 9 SB 2/13 R](#) – [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern der Gesamt-GdB ist durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Ordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen – bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 30 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 30 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen – zu bestimmen. Maßgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen noch deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich, 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 nämlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die beim Kläger vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau und unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen; dies gilt sowohl unter der seit 01.01.2018 anzuwendenden Rechtslage, als auch unter Anwendung der bis 31.12.2017 geltenden Rechtslage des SGB IX. Insoweit ist in den Funktionsbehinderungen im Verhältnis zur letzten bestandskräftigen Feststellung des GdB keine Änderung eingetreten. Der Gesamt-GdB war nicht um mindestens 10 zu erhöhen.

Im Funktionssystem Herz/Kreislauf ist der GdB im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 9.1.1, 9.1.6, 9.3 VG mit 20 zu bewerten.

Beim Kläger bestehen eine Herzerkrankung, ein Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen, wie der Senat auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. B. und den Angaben des Kardiologen D. festgestellt hat. Die klinische Untersuchung des Herzens des Klägers beim Gutachter Dr. B. ergab keine Auffälligkeiten. Die Herzaktion war regelmäßig, die Herzfrequenz mit 73 Schlägen pro Minute normal. Die Herztöne waren rein, pathologische Herzgeräusche fehlten. Mit einem Hämoglobinwert von 15,3 g/dl standen Sauerstoffträger in ausreichender Menge zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung des Herzmuskels zur Verfügung, wie der Gutachter Dr. B. mitgeteilt hat. Es bestanden regelrechte Durchblutungsverhältnisse in den Herzkranzarterien. Die zu Beginn der Untersuchungen elektronisch und von Hand gemessenen Ruhe-Blutdruckwerte waren ungeachtet der Untersuchungs- und Begutachtungssituation normotensiv. Aus dem Ruhe-EKG ergaben sich keine definitionsgemäßen kardialen Ischämiezeichen, bei atemvariablem Q in AVF und auch keine Infarktfolgen,

Linksbelastungshinweise, AV- oder Schenkelblockbilder. Zum Ableitungszeitpunkt waren auch keine Herzrhythmusstörungen bei regelmäßigem Sinusrhythmus aufgetreten. Der ergometrische Belastungstest sitzend auf dem Fahrrad-Ergometer war dem Kläger bis zu einer Gesamtbelastung von 175 Watt über insgesamt 5 Minuten und 14 Sekunden mit Erreichen einer Zielherzfrequenz im Rahmen der Ausbelastungskriterien von 88 % möglich und blieb ohne pathologische Veränderungen der EKG-Kurven, ohne belastungsabhängig auftretende Schenkelblockbilder und ohne Herzrhythmusstörungen.

Hingegen war es unter Belastung zu einer manifesten hypertensiven Entgleisung mit einem Spitzenblutdruck von 272/116 mm Hg, aktuell ohne vegetative Begleitsymptomatik gekommen, wie Dr. B. berichtet hat. Angina-Pectoris-Beschwerden wurden nicht angegeben oder festgestellt, es war auch keine inadäquate Dyspnoe (Atemnot) ersichtlich, kein Schweißausbruch und kein Zittern. Farbduplexechokardiographisch ergab sich bei der Untersuchung durch Dr. B. eine leichte Linksherzhypertrophie mit einer Kammerseptumstärke von 13 mm und einer Hinterwandstärke von 12 mm im Sinne einer hypertensiven Herzkrankheit mit diastolischer Funktionsstörung bei normalen Größen aller vier Herzhöhlen und unauffälligem Herzklappenstatus ohne Degenerationserscheinungen der Klappenansatzringe oder der Klappen Segel selbst bei einwandfreiem Kontraktionsverhalten beider Ventrikel ohne regionäre Wandbewegungsstörungen. Sonographisch war ein Aufstau der Vena cava inferior und der Lebervenen als Hinweis auf eine Rechtsherzbelastung auszuschließen. Im Herzbeutel fand sich keine vermehrte Flüssigkeit. Im Ergebnis hat Dr. B. die linksventrikuläre Pumpfunktion in Ruhe und unter Belastung als einwandfrei beschrieben, die Blutdruckmodulation auf höherem Belastungslevel jedoch als überschießend mit unzureichender diastolischer Blutdruckrückbildung in der Ruhephase. Die arterielle Durchblutung des Klägers war bis in die Peripherie hin intakt, wie Dr. B. mitgeteilt hat.

Im Ergebnis wird die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems nach oben durch die Blutdruckhöhe limitiert, so Dr. B. ... In der Vergangenheit seien mehrere hypertensive Entgleisungen eingetreten. Bei der aktuellen Gutachtensuntersuchung war eine erhebliche Belastungshypertonie festgestellt worden. Der linke Ventrikel hatte sich der erhöhten Druckbelastung durch eine Zunahme der Muskelmasse angepasst, wobei es im Gegensatz zum Sportlerherzen, bei dem es nur zu einer Hypertrophie der Herzmuskelzellen kommt, bei der hypertensiven Herzkrankheit auch zunehmend Bindegewebe eingebaut werde, wie Dr. B. mitgeteilt hat, welches wiederum eine sekundäre Durchblutungsstörung des Herzmuskels nach sich ziehen kann. Hinzu kommt beim Kläger die häufig rückfällige, symptomatische absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern, die der Aussage des behandelnden Kardiologen D. zufolge und vom Kläger bestätigt, zwei- bis dreimal wöchentlich auftrete, bis zu einer Stunde anhalte und häufig mit hypertensiver Entgleisung, vegetativer Symptomatik, Schwindel und Panikattacken ablaufe. Trotz Behandlung mit Flecainid und Metoprolol haben die arrhythmischen Attacken bislang nicht durchbrochen und nicht reduziert werden können.

Damit hat Dr. B. einen Befund erhoben, der von dem der behandelnden Ärzte, z.B. des Kardiologen D. und der H. Praxisklinik für Innere Medizin, Kardiologie und Pneumologie (Dr. G. ), nicht negativ abweichen.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat trotz der leichtgradigen Linksherzhypertrophie mit diastolischer Funktionsstörung im Sinne einer hypertensiven Herzkrankheit, der exzessiven hypertensiven Entgleisung unter Belastung auf der vollendeten 150 Watt-Stufe mit unzureichendem diastolischem Blutdruckabfall in der Erholungsphase und den symptomatischen Tachyarrhythmieepisoden mit mehrmaligem wöchentlichem Auftreten, begleitet von Palpitationen, Brustschmerzen, hypertensiver Entgleisung, vegetativer Symptomatik, Schwindel und Panikattacken sind Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen den GdB im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs mit 20 annehmen, denn arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit und die symptomatische absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern mit umfangreicher Begleitsymptomatik zeigen einen entsprechenden Ausprägungsgrad. Damit ist in Zusammenschau der gesamten Herzfunktionen bzw. der im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs zu berücksichtigenden Teilhabestörungen ein GdB von 20 anzunehmen.

Im Funktionssystem des Stoffwechsels ist beim Kläger der mit Metformin behandelte Diabetes mellitus zu berücksichtigen. Dieser bedingt nach den Bewertungsvorgaben von B Nr. 15 VG keinen GdB, weil die Metforminbehandlung regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und damit den Kläger in der Lebensführung kaum beeinträchtigt. Auch die Fettstoffwechselstörung (Hypercholesterinämie) bedingt keinen GdB, da sie funktionell im Hinblick auf die Teilhabefähigkeit des Klägers ohne Auswirkungen ist.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) - juris und [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z.B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, ein Schulter-Arm-Syndrom sowie eine Wirbelsäulenverformung, die der Senat anhand der vorliegenden ärztlichen Befunde hat feststellen können, waren – unter Berücksichtigung einer Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks durch ein schmerzhaftes Ganglion - vom Beklagten mit einem GdB von 20 bewertet worden. Der Kläger nimmt Schmerzmittel, er ist lediglich im mittleren Abschnitt der Brustwirbelsäule in Form eines geringen Druckschmerzes über den Facettengelenken beeinträchtigt, die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist nicht eingeschränkt. Der Fingerspitzen-Boden-Abstand bei maximaler Beugung der Wirbelsäule beträgt 0 cm.

Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, die Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen oder schweren funktionellen Auswirkungen in einem oder mehr Wirbelsäulenabschnitten entsprechen, bestehen beim Kläger nicht. Solche hat auch keiner der behandelnden Ärzte dargestellt. Der vom Beklagten angenommene GdB von 20 ist damit sehr großzügig; der Senat konnte nicht feststellen, dass Funktionsbehinderungen bzw. Teilhabebeeinträchtigungen seitens der Wirbelsäule bestehen, die einen höheren GdB rechtfertigen.

Im Funktionssystem der Arme ist im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 18.13 VG kein GdB von mindestens 10 festzustellen. In diesem Funktionssystem besteht eine Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks durch ein schmerzhaftes Ganglion, das operativ behandelbar ist. Der Kläger nimmt hiergegen Schmerzmittel. Die Arme in den Schultergelenken sind in allen drei Raumachsen uneingeschränkt und schmerzfrei beweglich. Auch die Drehung des Oberarmes im Schultergelenk ist nicht eingeschränkt. Ansonsten sind die anerkannten Funktionsbeeinträchtigungen derzeit erscheinungsfrei. Im Hinblick auf die Bewertungsvorgaben von B Nr. 18.13 VG konnte der Senat keine Versteifung des Handgelenks, keine Bewegungseinschränkung des Handgelenks, keine nicht oder mit Deformierung verheilten Brüche oder Luxationen der Handwurzelknochen oder eines oder mehrerer Mittelhandknochen mit sekundärer Funktionsbeeinträchtigung oder den Verlust bzw. die Versteifung eines oder mehrerer Finger feststellen, sodass ein GdB insoweit nicht anzunehmen ist.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche konnte der Senat eine Depression bzw. eine Schmerzerkrankung feststellen und mit einem GdB von 30 bewerten.

Nach B Nr. 3.7 VG ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Der Beklagte hat in diesem Funktionssystem für eine Depression und ein chronisches Schmerzsyndrom einen GdB von 30 angenommen. Mehr als die bloßen Diagnosemitteilungen einer Depression mit Somatisierungsstörung bzw. eines Verdachts auf Panikattacken (Blatt 136/137 der Beklagtenakte) hatte der Beklagte nicht ermittelt um diesen GdB festzustellen. Dr. B. hat diese Panikattacken im Zusammenhang mit der Herzerkrankung gesehen, sodass der Senat das Vorliegen dieser Gesundheitsstörungen feststellen kann. Der Kläger hat Dr. B. angegeben, er entwickle manchmal auch depressive Züge.

Bei der Untersuchung durch Dr. B. waren die Hirnnerven des Klägers frei, die Muskeleigenreflexe waren seitengleich und prompt, spastischen Zeichen bestanden nicht. Der Kläger wies eine eutrophe Muskulatur ohne Hinweis auf Spasmus, Hypotonie oder Parese auf. Die grobe Kraft war seitengleich entfaltbar. Es bestand eine intakte Koordination, Sensibilität und Tiefensensibilität. Das Vibrationsempfinden war beidseits mit 6/8 ausgebildet. Es bestand eine leicht eingeschränkte Affektivität bei gedrückter, dysphorischer Stimmung, jedoch ein regelrechter Kontakt und Antrieb ohne erkennbaren Defizite in den Bereichen Gedächtnis, Merkfähigkeit sowie Kritik- und Urteilsvermögen. Organische Zeichen bestanden ebenso wenig wie formale oder inhaltliche Denkstörungen oder neurotische Zeichen und Aggravationsverdacht.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat keine Gesundheitsstörungen und hieraus folgenden Funktionsbehinderungen feststellen, die mit einem GdB von mehr als 30 zu bewerten wären. Insoweit hat Dr. B. die psychischen Erscheinungen beim Kläger als durch die starke psychische Reaktion auf die tachykarden Herzrhythmusstörungen und die schmerzhaften, multilokalen Muskelverspannungen als Ausdruck eines chronischen Schmerzsyndroms gerechtfertigt gesehen. Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen), die am oberen Rand des Bewertungsrahmens zu bemessen wären, konnte der Senat nicht feststellen, denn die beim Kläger vorliegende Situation mit zwar wiederkehrenden aber regelmäßig abklingenden Panikattacken und vereinzelten depressiven Entwicklungen ist mit einer dauerhaft bestehenden und einschränkenden schwereren depressiven Erkrankung, die einen GdB von 40 rechtfertigt, nicht vergleichbar.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen von Amts wegen, nicht für erforderlich. Einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat der Kläger nicht gestellt. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit dem Gutachten des SG dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft 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 30, 40 oder 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfs (Wirbelsäule), - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Nachdem bei dem Kläger vorliegend von einem zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 30 und zweimal 20 auszugehen ist, und kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirken, konnte der Senat einen GdB von mehr als 40 nicht feststellen. Denn insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG einen GdB von 50 vorsehen andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger nicht entsprechend schwer funktionell in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist. In seiner Gesamtheit entsprechen die Erkrankungen des Klägers seit Antragstellung weder einzeln noch in ihrer Zusammenschau den nach den VG in Teil B mit einem GdB von 50

oder mehr bewerteten Gesundheitsstörungen.

Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, dass der GdB von 20 im Funktionssystem des Rumpfs (Wirbelsäule) als großzügig bemessen anzusehen ist. Stellen sich damit zumindest einzelne zu berücksichtigende GdB-Werte nicht als voll ausgebildet dar, können diese nicht dazu führen, dass deswegen die Schwelle zur Schwerbehinderung bereits überschritten ist. Damit konnte der Senat aus Rechtsgründen weder der Bewertung des Kardiologen D. noch der des Gutachters Dr. B. folgen. Vielmehr weist der Versorgungsarzt Dr. B. zutreffend darauf hin, dass keine Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die einen GdB von insgesamt 50 rechtfertigen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-26