

L 11 SB 21/04 -26

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 9 SB 136/00

Datum

20.04.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 SB 21/04 -26

Datum

15.03.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 20. April 2004 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Der Beklagte trägt die Hälfte der Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens. Kosten der Berufung sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab Januar 2002.

Der Kläger beantragte am 3. September 1999 wegen eines am 22. August 1999 erlittenen Herzinfarktes die Feststellung eines GdB. Der Beklagte holte zunächst eine ärztliche Auskunft von dem behandelnden Allgemeinmediziner Dr. K vom 4. Oktober 1999 ein, der verschiedene Befunde, unter anderem der Entlassungsbericht des Klinikums E vom 1. September 1999 über eine Rekanalisation, PTCA und Stenting nach Herzinfarkt, beigelegt waren.

Laut beigezogenem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik U GmbH vom 8. Oktober 1999 war der Kläger aus dieser Maßnahme als arbeitsunfähig mit den Diagnosen koronare 2-Gefäßerkrankung, Zustand nach PTCA mit Stentimplantation der LAD am 23. August 1999, Vorderwandinfarkt am 22. August 1999, arterielle Hypertonie, kombinierte Hyperlipidämie und Adipositas entlassen worden. Mit Bescheid vom 15. Februar 2000 lehnte der Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die beim Kläger bestehende Behinderung "koronare Herzkrankheit" bedinge keinen GdB von wenigstens 20, sodass nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) kein Feststellungsinteresse bestehe.

In seinem Widerspruch hiergegen machte der Kläger geltend, bei ihm liege eine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer diffusen koronaren Herzerkrankung, einer arteriellen Hypertonie und einer Hyperlipidämie vor. Der Beklagte holte daraufhin ergänzend eine ärztliche Auskunft des Kardiologen Dr. O vom 28. März 2000 ein, der auch der Befund einer Herzkatheteruntersuchung vom 24. Februar 2000 beigelegt war. Außerdem veranlasste der Beklagte noch ärztliche Auskünfte von dem Facharzt für Innere Medizin - Kardiologie - Dr. A von Juli 2000 und Oktober 2000, mit einem Herzkatheterbefund vom 13. Juli 2000 sowie einem Coronarszintigramm vom 20. Juni 2000. Mit Widerspruchsbescheid vom 2. November 2000 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die nochmalige versorgungsärztliche Auswertung sämtlicher vorliegender kardiologischer Befunde habe ergeben, dass eine kompensierte koronare Herzerkrankung vorliege, die unter Berücksichtigung der klinischen Werte keinen GdB von mindestens 20 bedinge.

Mit seiner Klage vom 7. Dezember 2000 hat der Kläger zunächst die Feststellung eines GdB von 20 begehrt. Er hat unter anderem den Befund eines Belastungs-EKGs vom 18. Dezember 2000 eingereicht. Weiterhin hat er Bezug genommen auf eine gutachterliche Stellungnahme des Internisten und Kardiologen Prof. Dr. L vom 21. Januar 2001, worin dieser von einer erheblichen Einschränkung der kardialen Leistungsfähigkeit mit Gefahr akuter lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen sowie akutem Pumpversagen der linken Herzkammer ausgegangen ist. Der Kläger habe bei einem von ihm am 18. Januar 2001 durchgeführten Belastungs-EKG unter Medikation nur über 3,5 Minuten bis 100 Watt belastet werden können. Dann habe die Belastung wegen zunehmender Angina-pectoris-Beschwerden, Belastungsdyspnoe und beginnender ischämischer ST-Streckenveränderungen im linkspräkordialen Bereich abgebrochen werden müssen.

Der Beklagte hat daraufhin zunächst mit Schreiben vom 2. Februar 2001 eine vergleichsweise Beendigung des Rechtsstreits auf der Basis angeregt, dass als Behinderung eine koronare Herzkrankheit mit einem GdB von 20 ab Dezember 2000 (Befund von Dr. A vom 18. Dezember 2000) vorliege. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass nach dem am 18. Dezember 2000 durchgeführten Belastungs-EKG die Belastungsstufen 50 und 75 über jeweils 2 Minuten mit anschließendem Abbruch der Belastung wegen körperlicher Erschöpfung erfolgt

seien. Dabei seien auch diskrete EKG-Veränderungen zu verzeichnen gewesen, so dass sich nach Nr. 26.9 Seite 87 der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem SchwbG" (AHP) ein GdB von 20 ab Dezember 2000 rechtfertigen lasse.

Mit weiterem Schreiben vom 20. Februar 2001 hat der Beklagte nach versorgungsärztlicher Auswertung der Stellungnahme des Prof. Dr. L seinen Vergleichsvorschlag auf einen GdB ab Dezember 2000 in Höhe von 30 sowie dem Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Nachteilsausgleichsmerkmal "dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit" erweitert. Die anlässlich der Untersuchung am 16. bzw. 18. Januar 2001 erhobenen klinischen und paraklinischen Befunde einer Herzleistungsminderung seien nach den AHP Nr. 26.9 Seite 87 als "Krankheiten des Herzens mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung" einzuordnen. Zwar sei unter alleiniger Berücksichtigung der mitgeteilten Leistungsparameter nur ein GdB von 20 anzusetzen, unter Berücksichtigung der wegen der Herzerkrankung notwendigen Schonung werde jedoch ein GdB von 30 empfohlen.

Das Gericht hat zur Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes einen Befundbericht des Dr. A vom 8. Februar 2001 eingeholt. Des Weiteren sind die Arztakten der Landesversicherungsanstalt (LVA) B beigezogen und hieraus das internistische Rentengutachten der Frau Dr. H vom 9. April 2001 zur Akte genommen worden. In der Folge hat das Gericht ein internistisches Gutachten des Dr. F veranlasst. In seinem Gutachten vom 5. November 2001 ist dieser zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Kläger lägen folgende Funktionsbeeinträchtigungen vor: a) Medikamentös ausgeglichener Bluthochdruck. Koronare 2-Gefäßerkrankung mit Zustand nach Vorderwandinfarkt, PTCA und Stentimplantation. - GdB 30 - b) Adipositas Fettstoffwechselstörung Fettleber - GdB unter 10 -. Unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen sei ein Gesamt-GdB von 30 seit dem am 22. August 1999 erlittenen Herzvorderwandinfarkt anzunehmen. Die von ihm gemessenen Blutdruckwerte lägen unter Einnahme entsprechender Medikamente im Normbereich. Außerdem hätten sich keine kardialen Dekompensationszeichen gefunden. Die fahrradergometrische Untersuchung habe kurz nach Erreichen der 125 Watt-Belastungsstufe wegen Beinermüdung abgebrochen werden müssen. Bis dahin hätten sich im Elektrokardiogramm keine Veränderungen im Sinne einer koronaren Mangel durchblutung ergeben. Es sei auch nicht zum Auftreten von Angina pectoris gekommen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. Januar 2002 hat Dr. F seine Beurteilung aufrechterhalten.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Potsdam vom 15. Januar 2002 hat der Beklagte sein Vergleichsangebot abermals erweitert und ist vom Vorliegen eines GdB von 30 ab Antragstellung ausgegangen. Der Kläger hat dieses Angebot angenommen und den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt. Im Übrigen hat er die Auffassung vertreten, der GdB betrage 50.

Im Nachgang zur mündlichen Verhandlung hat er eine weitere gutachterliche Stellungnahme des Prof. Dr. L vom 27. Januar 2002 vorgelegt. Hierin hat dieser unter anderem auf den Befund eines von ihm am 15. Januar 2002 durchgeführten Belastungs-EKGs verwiesen. Hierbei sei eine Belastung von 50 bis 100 Watt erfolgt, die jedoch nach 30 Sekunden bei 100 Watt wegen zunehmender Dyspnoe und pektanginöser Beschwerden habe abgebrochen werden müssen. Die Belastungszeit habe insgesamt 4,5 Minuten betragen. Unter Belastung mit 75 Watt sei es in der zweiten Minute zu einer zunehmenden Dyspnoe und Angina-pectoris-Symptomatik in Form eines präkordialen Drucks mit zunehmender Schmerzausstrahlung in den linken Arm gekommen. Diese Symptomatik habe nach Erhöhung auf 100 Watt deutlich zugenommen und der Blutdruck habe eine Tendenz zum Abfall gezeigt mit der Ausbildung einer ST-Streckensenkung. Zusammenfassend liege eine erhebliche Einschränkung der Belastbarkeit des Klägers vor und zwar trotz antianginöser Mehrfachtherapie.

Zu diesen Ausführungen hat der Sachverständige Dr. F am 23. Februar 2002 erneut Stellung genommen und darauf verwiesen, dass es bei der Untersuchung durch Prof. Dr. L gegenüber dem Ergebnis seiner eigenen Untersuchung des Klägers vom 25. September 2001 zu einer deutlichen Befundverschlechterung gekommen sei, welche nach Nr. 26.9 Seite 87 der AHP die Kriterien für einen GdB von 50 erfülle. In einer weiteren Stellungnahme vom 10. Juni 2002 hat Dr. F seiner Auffassung weiter erläutert.

Mit Schriftsatz vom 17. Oktober 2002 hat der Beklagte sich im Hinblick auf die leicht eingeschränkte Ejektionsfraktion bereit erklärt, einen GdB von 40 ab Januar 2002 anzuerkennen und das Angebot einer vergleichswisen Regelung aufrecht erhalten.

Im Verhandlungstermin vor dem Sozialgericht Potsdam am 6. Februar 2003 hat der Beklagte ab Januar 2002 einen GdB von 40 anerkannt. Der Kläger hat dieses Anerkenntnis angenommen und den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt. Der geladene Sachverständige Dr. F hat in diesem Termin seine Auffassung, weshalb nach den AHP nunmehr ein GdB von 50 anzusetzen sei, näher begründet.

Das Gericht hat die von Prof. Dr. L erhobenen kardiologischen Befunde beigezogen und im Weiteren ein kardiologisches Gutachten von Prof. Dr. R H/Dr. Hans L/Dr. K eingeholt. In dem Gutachten nach Aktenlage vom 13. November 2003 sind diese zu dem Ergebnis gelangt, der Kläger leide an einer koronaren 2-Gefäßerkrankung, abgelaufenem Vorderwandinfarkt und erfolgreicher Aufweitung der linken Hauptherzkranzarterie. Die in den Akten befindlichen Linksherzkatheterbefunde dokumentierten im Zeitraum von 1999 bis 2002 trotz Optimierung der Risikofaktoren eine objektivierbare Verschlechterung des Koronar-Befundes. In Analogie zu den Herzkatheterbefunden sei es zu einer sukzessiven weiteren Verschlechterung der ergometrisch dokumentierten Leistungsfähigkeit gekommen, limitiert durch Belastungsdyspnoe und Angina pectoris. Nach den letzten erhobenen ergometrischen Daten von Januar 2002 sei es bereits in der 2. Minute unter Belastung mit 75 Watt zu einer zunehmenden Angina pectoris mit Zeichen einer Herzmuskeldurchblutungsstörung gekommen. Bei bereits unter 75 Watt bestehenden Beschwerden sei die Ergometrie bis 30 Sekunden bei 100 Watt weitergeführt worden. Somit seien die Kriterien einer beschwerdefreien Belastung bei 75 Watt über 2 Minuten nicht mehr erfüllt. Gestützt werde diese weitere Verschlechterung auch durch die anamnestische Leistungsfähigkeit (1 Stockwerk Treppensteigen) und durch den koronar-angiographischen Befund von November 2002, welcher ein weiteres Fortschreiten der diffusen koronaren Herzkrankheit zeige. Der GdB werde daher mit 50 bemessen. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten werde davon ausgegangen, dass dieser GdB ab Januar 2002 vorliege.

Der Beklagte hat demgegenüber darauf hingewiesen, dass nach Nr. 26.9 Seite 87 der AHP für eine Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) ein GdB von 20 bis 40 anzusetzen sei. Die Schlussfolgerung der Sachverständigen, der GdB sei ab Januar 2002 mit 50 zu bemessen, da der Kläger nicht beschwerdefrei über 2 Minuten mit 75 Watt habe belastet werden können, sei nicht nachvollziehbar. Die AHP sähen bei Auftreten der geschilderten Beschwerden und pathologischer Messdaten bei 75 Watt lediglich einen GdB von 20 bis 40 vor. Für einen GdB von 50 hätten objektivierbare Beschwerden bereits bei einer Belastung mit 50 Watt auftreten müssen, was hier jedoch nicht der Fall gewesen sei. Darüber hinaus sei den Stellungnahmen des Prof. Dr. L zu entnehmen, dass EKG-Veränderungen sogar erst ab einer

Erhöhung der Belastung auf 100 Watt eingetreten seien. Insofern seien noch nicht einmal die Voraussetzungen für einen GdB zwischen 20 und 40 gegeben.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 17. März 2004 haben Prof. Dr. H/Dr. L/ Dr. K ihre Beurteilung aufrechterhalten.

Durch Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 20. April 2004 ist der Beklagte zur Feststellung eines GdB von 50 ab Januar 2002 verurteilt worden. Zur Begründung ist ausgeführt worden, mit den Sachverständigen sei die Kammer der Meinung, dass nach den AHP 1996 der GdB ab Januar 2002 mit 50 zu bewerten sei. Ausweislich der Aktenlage habe der Kläger seit dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik vom 8. Oktober 1999 immer weniger belastet werden können. Auf der Grundlage der Messdaten des Prof. Dr. L vom 15. Januar 2002 hätten Prof. Dr. L und auch später Dr. F sowie Prof. Dr. H ausgeführt, dass Angina-pectoris-Beschwerden bereits unter Belastung mit 75 Watt aufgetreten seien und dann nach einer kurzfristigen Erhöhung auf 100 Watt deutlich zugenommen hätten. Prof. Dr. L habe eine Dyspnoe in der 4. Belastungsminute beschrieben. Bei einer Belastung von 50 bis 100 Watt habe er von Dyspnoe, ST-Streckensenkung und Blutdruckabfall berichtet und ausgeführt, dass nach Funktionsstörungen die Schmerzausstrahlung in den linken Arm und die EKG-Veränderungen zeitversetzt erfolgten, nämlich erst nach Auftreten der Belastungsdyspnoe. Im Übrigen habe der Kläger präkordiale Beschwerden bereits bei Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, was einem GdB von 50 bis 70 entspreche. Hinzu komme eine diffuse Herzerkrankung mit ausgeprägter Koronarsklerose ohne Besserung trotz optimaler medikamentöser Behandlung sowie Risikofaktoren wie Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck. Nach den AHP sei bei der Beurteilung des GdB grundsätzlich vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die Bewertung mit einem GdB von 50 ab Januar 2002 sei deswegen richtig.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Beklagten. Seiner Auffassung nach bedingen die beim Kläger aus der koronaren Herzkrankheit nach Vorderwandinfarkt, Rekanalisation, Ballondilatation und Stentimplantation resultierenden Leistungsbeeinträchtigungen keinen GdB von 50. Die für das Urteil maßgeblichen Befunde seien in der Untersuchung durch Prof. Dr. L am 15. Januar 2002 gewonnen worden. Er habe keinerlei Einwände gegen die erhobenen medizinischen Befunde, jedoch gegen die Anwendung der AHP im vorliegenden Fall. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erscheine es völlig unstreitig, dass eine Angina-pectoris-Symptomatik in der 2. Minute bei Belastung mit 75 Watt und pathologische Messdaten - nämlich ST-Streckensenkungen - bei Erhöhung der Belastung auf 100 Watt aufgetreten seien. Daraus ergebe sich kein GdB von 50. Nicht maßgeblich sei, ob während der Ergometrie Abbruchkriterien bereits bei 75 Watt oder bei 100 Watt vorgelegen hätten, obwohl deutlich zu machen sei, dass die Anhaltspunkte das Vorliegen subjektiver und objektiver Abbruchkriterien innerhalb der maßgeblichen Leistungsstufe voraussetzten. Entscheidend sei jedoch, dass der Abbruch der Ergometerbelastung nicht bereits bei 50 Watt habe erfolgen müssen. Die Sachverständigen Dr. F und Prof. Dr. H gingen fehlerhaft davon aus, dass die jeweilige Belastungsstufe mindestens 2 Minuten ohne Auftreten subjektiver oder objektiver Abbruchkriterien zu bewältigen sei. Soweit dies nicht der Fall sei, solle die nächst niedrigere Belastungsstufe eingreifen. Dies widerspreche den AHP. Hiernach sei einzig entscheidend, dass Abbruchkriterien im Rahmen der Belastungsstufe aufträten. Soweit diese bei 75 Watt aufträten, ergebe sich daraus nur ein GdB zwischen 20 und 40. Der Zusatz in den AHP "wenigstens 2 Minuten" betreffe lediglich die Dauer, die der Patient belastet werden solle, um aussagekräftige Messergebnisse zu erhalten. Nicht erforderlich sei jedoch, dass diese 2 Minuten beschwerdefrei absolviert würden. Vorliegend seien subjektive Abbruchkriterien in der 2. Minute unter einer Belastung mit 75 Watt aufgetreten, objektive Abbruchkriterien bei der Erhöhung der Belastung auf 100 Watt. Die Voraussetzung für einen GdB von 50 sei bei dieser Betrachtungsweise nicht erfüllt. Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 20. April 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die Berufung für unbegründet.

Auf Nachfrage des Gerichts haben die Sachverständigen Prof. Dr. H/Dr. L mit Stellungnahme vom 11. November 2004 ihre Beurteilung aufrechterhalten.

Der Kläger hat eine weitere gutachterliche Stellungnahme des Prof. Dr. L vom 30. Januar 2005 vorgelegt. Hierin vertritt dieser die Auffassung, der Beklagte missachte die maßgebliche Aussage der AHP, dass grundsätzlich das klinische Bild und die Funktionseinschränkung im Alltag bei der Beurteilung des GdB maßgebend seien. Ergometerdaten und andere Parameter dienten lediglich der Ergänzung. EKG-Abweichungen allein gestatteten in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Wenn der Kläger aber bereits bei alltäglicher Belastung (Treppensteigen über ein Stockwerk) eine Leistungsbeeinträchtigung habe (Auftreten der Dyspnoe), so entspreche dies nach den AHP einem GdB von wenigstens 50. Die Aussage der AHP, bei der Ergometrie müsse die jeweilige Belastungsstufe wenigstens über 2 Minuten erfolgen, sei vieldeutig und missverständlich. Es werde aber in den AHP nicht ausdrücklich erwähnt, dass es sich nur um eine methodisch getroffene Aussage handle, wie es der Beklagte unterstelle. Die Interpretation als beschwerdefrei zu erfüllende Norm der jeweiligen Leistungsstufe sei durchaus logisch und daher möglich. Die Einstufung des Patienten in seiner maximal möglichen Leistungsfähigkeit auf die nächst niedrigere Belastungsstufe (die einer ergometrischen Leistung von 50 Watt entspreche) sei ärztlich richtig und notwendig, um eine Gefährdung des Patienten zu reduzieren bzw. möglichst zu vermeiden. Da der Kläger nicht beschwerdefrei über 2 Minuten mit 75 Watt habe belastet werden können, sei die Einstufung auf die niedrigere Belastungsstufe von 50 Watt und damit auch die Zuordnung eines GdB von wenigstens 50 selbst bei dieser Sichtweise gerechtfertigt.

Inzwischen habe er nach Aufforderung der 16. Kammer des Sozialgerichts Potsdam im Rahmen des Rentenrechtsstreites den Kläger am 13. Januar 2005 nochmals untersucht. Aus den Beschwerden sowie den Messdaten ergebe sich entsprechend der AHP im Vergleich zum Januar 2002 nun ein GdB von 70. Hinzu kämen ein Bluthochdruck mit einem GdB von 10, eine Hyperlipoproteinämie mit einem GdB von 20 sowie eine reaktive depressive Verstimmung infolge dieser Erkrankungen mit einem GdB von 20. Der Gesamt-GdB sei mit 80 anzusetzen. Auf die Ausführungen des Prof. Dr. L zu den anlässlich dieser Untersuchung erhobenen Befunden wird Bezug genommen. Zur Verfügung gestellt wird noch ein Arztbrief des Deutschen Herzzentrums (DHZ) B vom 16. März 2005, nach dem eine Erweiterung dreier Herzkranzgefäße mit anschließender Stentversorgung durchgeführt worden ist.

Das Gericht hat vom Sozialgericht Potsdam die Akte zum Aktenzeichen S 21 RJ 896/01 beigezogen und hieraus unter anderem Kopien des Ruhe-EKG sowie des Belastungs-EKGs vom 13. Januar 2005 und des Herzkatheterbefundes vom 28. Februar 2005 zur Akte genommen.

Anschließend hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines kardiologischen Sachverständigengutachtens von Dr. Dr. F In seinem am 14. Juni 2006 fertig gestellten Gutachten ist er zu folgenden Funktionsbeeinträchtigungen gelangt: a) Koronare 3-Gefäßerkrankung mit Zustand nach Vorderwandinfarkt mit RIVA/ PTCA und Stentimplantation August 1999, Zustand nach distalem und medialem RCX sowie medialem RCA-Stent bei gutem Langzeitergebnis des RIVA-Stents März 2005 b) Rezidivierende supraventrikuläre Tachykardien c) Arterielle Hypertonie d) Hyperlipoproteinämie e) Adipositas. Die bisherige Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigungen sei zwar zutreffend, jedoch unvollständig. Die nachgewiesenen wiederkehrenden supraventrikulären Tachykardien könnten zusätzlich die Leistungsfähigkeit beeinflussen und müssten daher ergänzend aufgenommen werden. Der GdB für die koronare Herzkrankheit sei mit 40 anzusetzen, der GdB für die supraventrikuläre Tachykardie mit 20. Für den Zeitraum seit Januar 2002 sei nach Aktenlage von einem GdB von 40 für die koronare Herzkrankheit auszugehen. Die supraventrikuläre Tachykardie sei nunmehr erstmals festgestellt worden. Es ergebe sich jetzt ein GdB insgesamt von 60. In der Rechtsherzkatheteruntersuchung unter Belastung seien im Liegen 125 Watt ohne Einschränkung der Klinik und der gemessenen Druckparameter erreicht worden. Da im Vergleich zu Herzgröße und Ventrikelvolumina eine verminderte Leistung vorliege, sei von einer relativen Herzinsuffizienz Stadium II bei fraglicher Prognose wegen der Gefügedilatation des linken Ventrikels auszugehen. Erschwerend komme die intermittierende supraventrikuläre Tachykardie im Sinne von Herzrhythmusstörungen hinzu, welche die Herzleistungsfähigkeit erheblich mindere. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen überschneiden und verstärken einander, so dass ein GdB von 60 anzusetzen sei. ST-Streckenveränderungen hätten aktuell nicht festgestellt werden können.

Der Kläger verweist darauf, dass er nunmehr eine Erwerbsminderungsrente beziehe.

Der Beklagte vertritt unter Berücksichtigung dieses Gutachtens nunmehr die Auffassung, beim Kläger bestehe gegenwärtig ein GdB von 30. Die zum Jahreswechsel 2004/2005 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nur vorübergehend gewesen und durch ein 3-fach-Stenting im März 2005 anhaltend deutlich gebessert worden. Gemäß den von Dr. Dr. F erhobenen Daten und den Maßgaben der AHP sei die jetzt festgestellte Leistungsbeeinträchtigung maximal mit einem GdB von 20 zu bewerten. Da Dr. Dr. F auch relevante Tachykardien im Sinne von Herzrhythmusstörungen festgestellt habe, sollte der Gesamt-GdB 30 betragen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Beklagten ist begründet. Soweit der Beklagte ab Antragstellung einen GdB von 30 nebst dem Merkmal "dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit" (Erklärung vom 15. Januar 2002) sowie 40 ab Januar 2002 (Schreiben des Beklagten vom 17. Oktober 2002) anerkannt hat und der Kläger diese Anerkenntnisse angenommen hat, ist der Rechtsstreit erledigt. Darüber hinaus hat der Kläger – entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts Potsdam in seinem Urteil vom 20. April 2004 - keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 ab Januar 2002.

Streitig sind hier nicht die von den behandelnden und begutachtenden Ärzten erhobenen und aktenkundigen kardiologischen Befunde, sondern deren Bewertung nach den Maßgaben der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" von 1996 (AHP 1996) bzw. der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" von 2004/2005 (AHP 2004/2005). Hierbei war insbesondere zu klären, welcher GdB für die beim Kläger am 15. Januar 2002 durch Prof. Dr. Lohmann festgestellte Herzleistungsminderung auf der Grundlage der AHP anzusetzen ist.

Aus den Akten ergeben sich in zeitlicher Abfolge die nachfolgenden Koronarbefunde: • Ergometrie vom 17. September 1999 (Reha-Klinik U): Abbruch nach Gesamtbelastung über 8 Minuten und maximaler Belastung von 2 Minuten 125 Watt wegen muskulärer Erschöpfung und beginnender Dyspnoe; Pulsverhalten und Blutdruck unauffällig; im artefaktreichen Belastungs-EKG leichte Zunahme der ST-Elevation (Vorderwandnarbe) mit nicht ganz unvollständigem Rückgang in Ruhe. • Ergometrie vom 4. Oktober 1999 (Reha-Klinik U): Abbruch nach Gesamtbelastung über 8 Minuten und maximaler Belastung von 2 Minuten 125 Watt wegen muskulärer Erschöpfung und beginnender Dyspnoe; keine Angina pectoris; Pulsverhalten und Blutdruck unauffällig. • Belastungs-EKG vom 18. Dezember 2000 (Dr. von A): Belastung über jeweils 2 Minuten mit Belastungsstufen 50 Watt und 75 Watt; typische Angina pectoris unter Belastung; Abbruch wegen körperlicher Erschöpfung; diskret aszendierende ST-Streckensenkung; keine Rhythmusstörungen. • Belastungs-EKG vom 18. Januar 2001 (Prof. Dr. L): Belastung über 3,5 Minuten bis 100 Watt; Abbruch wegen zunehmender Angina-pectoris-Beschwerden, Belastungsdyspnoe und beginnender ischämischer ST-Streckenveränderungen im linkspräkordialen Bereich; mäßiger Anstieg des Blutdrucks bei normotensiver Ausgangslage; geschilderte Beschwerden im Alltag: bereits nach 1 Treppe ausgeprägtes präkordiales Druckgefühl verbunden mit Schmerzentwicklung und Ausstrahlung in linken Arm und Schulter und zunehmender leistungslimitierender Luftnot. • Fahrradergometrie vom 25. September 2001 (Dr. F): Beginn der Belastung mit 50 Watt, alle 2 Minuten Steigerung um 25 Watt bis 100 Watt; Abbruch nach 6 Minuten 32 Sekunden bei 125 Watt wegen Beinermüdung; keine Herzrhythmusstörungen; keine Hinweise im EKG auf Ischämie; keine Angina pectoris; Blutdruck unter Medikation im Normbereich; geschilderte Beschwerden im Alltag: nach 1 Treppe Luftnot, bei schnellerem Laufen oder Aufregung und Stress Engegefühl in der Brust mit Ausstrahlung in den linken Arm. • Belastungs-EKG vom 15. Januar 2002 (Prof. Dr. L): Belastung über 4,5 Minuten von 50 bis 100 Watt, Abbruch nach 30 Sekunden Belastung mit 100 Watt wegen zunehmender Dyspnoe und pectanginöser Beschwerden; unter Belastung mit 75 Watt in der 2. Minute zunehmende Dyspnoe und Angina pectoris, nach Erhöhung auf 100 Watt deutliche Zunahme dieser Symptomatik mit Abfalltendenz des Blutdrucks und Ausbildung einer ST-Streckenveränderung; keine Herzrhythmusstörungen; geschilderte Beschwerden im Alltag: unter Medikation 1 Stockwerk Treppen und dann zunehmende Dyspnoe sowie Angina pectoris. • Belastungs-EKG vom 13. Januar 2005 (Prof. Dr. L): Belastung unter Medikation über 3 Minuten und 12 Sekunden von 50 Watt (2 Minuten) bis 75 Watt (1 Minute 12 Sekunden), Abbruch wegen limitierender massiver Dyspnoe und Angina pectoris mit starker linksthorakaler Schmerzsymptomatik bei Ausstrahlung in den linken Arm; bereits zum Ende der 1. Minute bei 50 Watt Beginn der Angina-pectoris-Symptomatik und Auftreten der Dyspnoe, kontinuierliche Zunahme bis zum Abbruch; keine Herzrhythmusstörungen; in der 2. Minute 50 Watt beginnende gestreckt verlaufende ST-Streckensenkung mit Zunahme im Verlauf und signifikantes Pathologischwerden bei Rückbildung in der Erholungsphase; geschilderte Beschwerden im Alltag: während des Steigens von 16 Stufen sowie bei Stress und Aufregung Eintreten

zunehmender Beschwerden in Form von Angina pectoris und Luftnot. • Rechtsherzkatheteruntersuchung mit Belastung vom 14. Februar 2006 (Dr. Dr. F): Belastung über insgesamt 8,5 Minuten beginnend mit 25 Watt, Steigerung alle 2 Minuten mit 25 Watt bis maximal 125 Watt, submaximale Herzfrequenz unter Therapie nicht erreicht, reguläres Blutdruckverhalten, Abbruch nach 30 Sekunden Belastung bei 125 Watt wegen körperlicher Erschöpfung, keine Angina pectoris. • Langzeit-EKG vom 26. bis 27. Januar 2006 (Dr. Dr. F): rezidivierende supraventrikuläre Tachykardien.

Angesichts dieser Befunde ist von einem zunächst befriedigenden Ergebnis der Behandlung des durch den Herzinfarkt von August 1999 geschädigten Herzens sowie einer anschließenden kontinuierlichen Verschlechterung bis zur erneuten invasiven Therapie im D im Februar 2005 mit anschließend deutlich verbesserter Leistungsfähigkeit auszugehen.

Jedoch erfüllen diese Befunde nicht die nach den AHP maßgeblichen Voraussetzungen für einen GdB von 50. Die AHP 96 und die AHP 2004/2005 machen zur Bemessung des GdB bei Herzkreislaufkrankheiten unter Nr. 26.9 folgende grundsätzliche Ausführungen: Für die Bemessung des GdB ist weniger die Art einer Herz- oder Kreislauferkrankung maßgeblich als die je nach dem vorliegenden Stadium des Leidens unterschiedliche Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. In der GdB-Tabelle wird dann ein • GdB von 20 bis 40 für Krankheiten des Herzens mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forschendes Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) und • ein GdB von 50 bis 70 für Krankheiten des Herzens mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) vorgesehen.

Das Sozialgericht hat sich zur Begründung seiner Auffassung auf die Sachverständigen Dr. F und Prof. Dr. H/Dr. L/Dr. K sowie den Arzt des Klägers Prof. Dr. L gestützt. Ein GdB von 50 wäre nach den AHP aber allenfalls ab der im Januar 2005 durch Prof. Dr. L festgestellten weiteren deutlichen Verschlechterung der Herzleistung insbesondere mit den im Alltag geschilderten Beschwerden schon während des Steigens von 16 Stufen in Betracht gekommen. Allerdings ist diese Verschlechterung nur vorübergehend gewesen und durch den erneuten invasiven Eingriff im Februar 2005 im D beseitigt worden, so dass eine GdB-Erhöhung auch deswegen nicht erfolgen kann.

Soweit die genannten Ärzte schon für die Zeit ab Januar 2002 einen GdB von 50 für gerechtfertigt halten, beruht dies – wie der Beklagte zutreffend darlegt – auf einer Fehlinterpretation der AHP. Zur Überzeugung des Senats ist es schon nach dem Wortlaut und Sinnzusammenhang des zitierten Abschnitts der AHP nicht zulässig, die Angabe "(wenigstens 2 Minuten)" in der Weise zu interpretieren, dass eine beschwerdefreie Belastung über diese Zeit möglich sein müsse. Eine solche Lesart würde vielmehr den Sinn des Satzes "Krankheiten des Herzens mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt" konterkarieren. Die AHP bringen hierbei klar zum Ausdruck, dass bei Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt ein GdB von 20 bis 40 anzusetzen ist. Der Bewertungsspielraum von 20 bis 40 ermöglicht die angemessene Bewertung gradueller Unterschiede, z. B. wann und mit welcher Schwere die Beschwerden/pathologischen Messdaten auftreten. Die "2 Minuten" können sinnvollerweise nur so verstanden werden, dass Bezug genommen wird auf die allgemeine Art der Durchführung eines Belastungs-EKG als Fahrradergometrie mit Steigerung der Belastungsstufe alle 2 Minuten (von der WHO empfohlen) bzw. alle 3 Minuten (vom Bundesausschuss für Leistungssport empfohlen; vgl. grundlegend zur Durchführung von Ergometrien: Leitlinien zur Ergometrie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.-J. Trappe und H. Löllgen, Z. Kardiologie 89; 821, 825 (2000)).

Auch aus dem – im Rahmen der Bewertung der AHP grundsätzlich vorrangigen – klinischen Bild sowie den vom Kläger geschilderten Leistungseinschränkungen im Alltag ergibt sich keine andere Beurteilung. Soweit die AHP auf die Vorrangigkeit des klinischen Bildes und der Leistungseinschränkungen im Alltag verweisen, kann dies nicht bedeuten, dass die GdB-Bewertung allein auf der Grundlage der subjektiven Beschwerdeschilderungen zu erfolgen hat. Denn dann erübrigte sich eine weitere medizinische Beweiserhebung. Sinn der Maßgabe ist es vielmehr, ein Ineinandergreifen von klinischem Bild, Beschwerdeschilderung und kardiologischen Befunddaten zu erzielen. So sind klinisches Bild, Beschwerdeschilderung im Alltag und Messdaten jeweils Teilaspekte eines Gesamtbildes. Die medizinischen Daten müssen dem klinischen Bild und die Beschwerdeschilderung entsprechen. Im vorliegenden Fall ist anhand der Unterlagen – insbesondere des Reha-Entlassungsberichtes sowie des internistischen Rentengutachtens der Frau Dr. H vom 9. April 2001 – nachvollziehbar, dass der Kläger keine schweren, sondern nur noch leichte bis gelegentlich mittelschwere körperlichen Arbeiten im Erwerbsleben verrichten kann. Zu den Einschränkungen im Alltag findet sich in den Akten bis zur Verschlechterung im Januar 2005 die Angabe, der Kläger könne 1 Stockwerk Treppen gehen und bekomme dann eine zunehmende Dyspnoe und Angina-pectoris-Symptomatik (Stellungnahme Prof. Dr. L vom 27. Januar 2002). Dieses klinische Bild reicht für einen GdB von 50 nach Nr. 26.9 der AHP nicht aus. Erst in der Stellungnahme vom 30. Januar 2005 berichtet Prof. Dr. Lohmann von Beschwerden bereits während des Steigens einer Treppe über 16 Stufen. Diese Verschlechterung war jedoch nur vorübergehender Natur und begründet daher keine andere GdB-Bewertung.

Auch das Gutachten des Dr. Dr. F ergibt keine Grundlage für einen GdB von 50 oder 60. Nach den AHP 1996 bzw. 2004/2005 bedingen die von ihm festgestellten Leistungsbeeinträchtigungen • Koronare 3-Gefäßerkrankung mit Zustand nach Vorderwandinfarkt mit RIVA/PTCA und Stentimplantation August 1999, Zustand nach distalem und medialem RCX sowie medialem RCA-Stent bei gutem Langzeitergebnis des RIVA-Stents März 2005 • Rezidivierende supraventrikuläre Tachykardien • Arterielle Hypertonie • Hyperlipoproteinämie • Adipositas GdB-Werte von • maximal 20 für die koronare Herzkrankheit mit Bluthochdruck (Nr. 26.9. S. 87 der AHP 1996 bzw. S. 71 der AHP 2004/2005) • maximal 10 für Hyperlipoproteinämie und Adipositas • 20 für die Herzrhythmusstörungen (Nr. 26.9. S. 89 der AHP 1996 bzw. S. 73 der AHP 2004/2005). Im Hinblick darauf, dass – wie Dr. Dr. F ausgeführt hat – die Herzrhythmusstörungen die Leistungsfähigkeit zusätzlich negativ beeinflussen, kann der GdB mit 30 angesetzt werden.

Entgegen der Auffassung des Prof. Dr. L ist nicht zusätzlich zu bewerten, dass die gemessene Herzleistungsminderung trotz einer adäquaten medikamentösen antianginösen Mehrfachtherapie fortbesteht. Nach den AHP sind nur die tatsächlich bestehenden, dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten. Verursacht eine Gesundheitsbeeinträchtigung unter Therapie keine Beeinträchtigungen, so ist

sie im Regelfall auch nicht als Funktionsbeeinträchtigung mit einem GdB zu belegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und berücksichtigt, dass die Berufung des Beklagten erfolgreich war. In der ersten Instanz hat der Kläger mit seinem Begehren insoweit Erfolg gehabt, als der Beklagte einen GdB von 30 ab Antragstellung anerkannt hat.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-05-07