

L 11 SB 185/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 41 SB 2182/04

Datum

09.01.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 SB 185/08

Datum

24.09.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. Januar 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB).

Der 1958 geborene, als technischer Angestellter im Innendienst bei der Feuerwehr beschäftigte Kläger beantragte am 1. Oktober 2003 die Feststellung des Grades der Behinderung im Wesentlichen wegen orthopädischer Beschwerden und Ohrgeräuschen.

Der von dem Beklagten beauftragte Arzt D kam in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 12. November 2003 zu dem Ergebnis, dass aufgrund bestehender Funktionsbeeinträchtigungen in Form einer Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des rechten Kniegelenkes bei degenerativen Veränderungen und Bandscheibenschaden im Lendenwirbelsäulenbereich mit einem Einzel-GdB 30 und einer Hörbehinderung mit Ohrgeräuschen mit einem Einzel-GdB 20 ein Gesamt-GdB von 30 gegeben sei. Daraufhin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 6. Februar 2004 einen entsprechenden Gesamt-GdB von 30 fest.

Den hiergegen erhobenen Widerspruch vom 18. Februar 2004 wies der Beklagte nach Einholung eines Gutachtens des Arztes für Orthopädie J vom 6. August 2004 mit Widerspruchsbescheid vom 30. August 2004 zurück.

Der Kläger hat am 29. September 2004 Klage vor dem Sozialgericht Berlin erhoben, mit der er die Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 60 begehrt hat.

Das Sozialgericht hat Befundberichte des Arztes für Orthopädie Dr. W vom 18. Juni 2005 und der Fachärztin für Innere Medizin Dipl.-Med. K vom 30. Juni 2005 eingeholt und im Anschluss den Arzt für Orthopädie Dr. M mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 30. November 2005 gelangte der Sachverständige zu der Einschätzung, dass die bestehenden Funktionseinschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates nach Nr. 26.18 der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2004 (AHP 2004) einen GdB von 30 und daher einen Gesamt-GdB von ebenfalls 30 rechtfertigen würden.

Aufgrund eines am 9. Dezember 2005 erlittenen Vorderwandinfarktes wurde der Kläger in der Zeit bis zum 16. Dezember 2005 stationär im V Klinikum F behandelt. Ausweislich der dort eingeholten Epikrise vom 15. Dezember 2005 wurde eine koronare Eingefäßerkrankung mit Verschluss der RIVA (Kranzarterie) festgestellt, die mit der Einbringung eines Stents und infolge einer Stentthrombose anschließend mit der Einbringung zweier weiterer Stents versorgt wurde. Daraufhin stellte der Kläger unter dem 20. Dezember 2005 bei dem Beklagten einen Verschlimmerungsantrag. Ausweislich des durch das Gericht eingeholten Entlassungsberichtes der Klinik A S in R vom 22. Januar 2006 hielt sich der Kläger dort vom 28. Dezember 2005 bis zum 25. Januar 2006 zur Anschlussheilbehandlung auf. Nach Einholung eines Befundberichtes des Arztes für Innere Medizin Dr. H vom 5. Mai 2006 gelangte die durch den Beklagten mit der Erstellung einer versorgungsrätlichen Stellungnahme beauftragte Fachärztin für Innere Medizin OMR R in ihrer Stellungnahme vom 16. Juni 2006 zu der Einschätzung, dass die hinzugegetretene koronare Herzerkrankung des Klägers mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sei, woraus sich nunmehr ein Gesamt-GdB von 40 ergebe. Mit Bescheid vom 6. Juli 2006 setzte der Beklagte den Gesamt-GdB daraufhin ab Dezember 2005 auf 40 fest.

Nachdem der Kläger das von dem Beklagten im Hinblick auf den vorgenannten Bescheid abgegebene Teilanerkenntnis angenommen hatte, hat das Sozialgericht die darüber hinausgehende Klage mit Urteil vom 9. Januar 2007 abgewiesen und außergerichtliche Kosten für nicht erstattungsfähig erklärt. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 60 ab Antragstellung; dies gelte auch für die Zeit ab Dezember 2005, für die infolge des Auftretens eines Herzinfarktes ab diesem Zeitpunkt allenfalls die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt sei. Funktionsbeeinträchtigungen bestünden in Form des vorliegenden Wirbelsäulenleidens, das entsprechend der Nummer 26.18 AHP 2005 unter Berücksichtigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. M mit einem Einzel-GdB von 30 angemessen berücksichtigt sei. Die bestehende Hörbehinderung sei nach Nr. 26.5 AHP 2005 zutreffend mit einem Einzel-GdB von 20 bemessen worden. Soweit danach die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 30 gerechtfertigt sei, sei dieser infolge der Herzerkrankung - da weitere Funktionsbeeinträchtigungen nicht feststellbar seien - ab Dezember 2005 in nicht zu beanstandender Weise durch den Beklagten auf 40 erhöht worden. Die Herzerkrankung sei dabei gemäß Nr. 26.9 AHP 2005 zutreffend mit einem Einzel-GdB von lediglich 20 berücksichtigt worden. Denn die erhobenen Befunde hätten schon innerhalb kürzester Zeit nach dem erlittenen Infarkt eine fortbestehende Belastbarkeit und eine hervorragende Leistungsfähigkeit des Herzens gezeigt. Eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung bestehe angesichts dessen nicht und rechtfertige keinen höheren als den von dem Beklagten festgesetzten Gesamt-GdB.

Gegen dieses ihm am 7. April 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. Mai 2007 Berufung eingelegt, mit der er zuletzt nur noch geltend gemacht hat: Angesichts der bei ihm bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen sei der Gesamt-GdB ab dem 1. Dezember 2005 mit 40 zu niedrig bewertet worden. Schon die Beeinträchtigungen von Seiten des Stütz- und Bewegungsapparates seien mit einem Einzel-GdB von 30 nur unzureichend berücksichtigt worden. Auch das bestehende Herzleiden rechtfertige einen Einzel-GdB von mindestens 30. Es sei auf einen Gesamt-GdB von 60 zu erkennen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. Januar 2007 zu ändern und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 6. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. August 2004 in der Fassung des Bescheides vom 6. Juli 2006 zu verurteilen, für den Kläger ab dem 1. Dezember 2005 einen Grad der Behinderung von 60 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält eine Höherstufung des GdB insbesondere mit Blick auf die von ihm im Berufungsverfahren eingeholten versorgungsärztlichen Stellungnahmen der Fachärztin für Chirurgie H vom 25. Februar 2008 und der Fachärztin für Innere Medizin R vom 31. Juli 2008 und vom 3. Dezember 2008 nicht für gerechtfertigt.

Auf Antrag des Klägers hat das Landessozialgericht gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ein Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. E eingeholt. Dieser gelangt in seinem Gutachten vom 7. März 2008 zu der Einschätzung, dass sich das im Vordergrund stehende Wirbelsäulenleiden durch Bewegungsschmerzen der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten kaum verstärkt habe; der Gesamtgrad der Behinderungen auf orthopädischem Gebiet sei daher unverändert mit 30 einzuschätzen. Das internistische Leiden der Herzerkrankung stehe beziehungslos neben dem orthopädischen Leiden. Insoweit sei die Einholung eines weiteren Gutachtens auf dem Gebiet der Inneren Medizin – Kardiologie – erforderlich.

Nach Einholung eines aktuellen Befundberichtes des Arztes für Innere Medizin Dr. H vom 4. November 2008 hat der Senat den Arzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. S gemäß [§ 106 SGG](#) mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dieser führt in seinem Gutachten vom 13. Mai 2009 aus, dass die kardiopulmonale Belastbarkeit infolge der Herzerkrankung des Klägers leicht bis mittelgradig eingeschränkt sei. Der Gesamtgrad der Behinderung auf dem internistisch-kardiologischen Gebiet sei mit mindestens 20 bis maximal 40 einzuschätzen. Auf Nachfrage des Senats führt der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme, eingegangen am 19. Juni 2009, aus, dass der Gesamt-GdB auf internistischem Gebiet mit 30 zu bemessen sei. Das internistische Leiden stehe beziehungslos neben dem orthopädischen Leiden; eine gegenseitige/wechselseitige Verstärkung bestehe nicht. Der Gesamtgrad der Behinderungen werde auch durch den im Vergleich zu den vorherigen Stellungnahmen etwas höher eingeschätzten Gesamt-GdB auf dem internistisch-kardiologischen Gebiet (aktuell 30 statt vorher 20) nicht zusätzlich erhöht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung, mit der der Kläger mittlerweile nur noch die Feststellung eines Gesamt-GdB von 60 für die Zeit ab dem 1. Dezember 2005 begehrt, hat keinen Erfolg. Sie ist zwar zulässig, jedoch unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist im angegriffenen Umfang zutreffend.

Die zulässige Klage ist unbegründet. Denn der mittlerweile nur noch eingeschränkt angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren, maximal 60 betragenden Gesamt-GdB ab dem 1. Dezember 2005.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen AHP in ihrer jeweils geltenden Fassung (zuletzt Ausgabe 2008 – AHP 2008) zu beachten, die gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 durch die in der Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG - Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) - vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I, Seite 2412](#)) festgelegten "versorgungsärztlichen Grundsätze" abgelöst worden sind. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf

besonderer medizinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätzlich von diesen auszugehen (vgl. z. B. Bundessozialgericht – BSG –, [BSGE 91, 205](#)), weshalb sich auch der Senat für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 auf die genannten AHP stützt. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ist demgegenüber für die Verwaltung und die Gerichte die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Anlage zu § 2 VersMedV maßgeblich, mit der die in den AHP niedergelegten Maßstäbe mit lediglich redaktionellen Anpassungen in eine normative Form gegossen worden sind, ohne dass die bisherigen Maßstäbe inhaltliche Änderungen erfahren hätten.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Anhaltspunkten als Grad der Behinderung in Zehnergraden entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG zu bestimmen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Nr. 3 a) VersMedV (Seite 10; ebenso bereits Nr. 19 AHP 2008, Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von einer Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Nr. 3 d) aa) – ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 10; ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.).

Hiervon ausgehend hat der Kläger keinen Anspruch auf die Zuerkennung eines höheren Grades der Behinderung ab dem 1. Dezember 2005.

Wie das Sozialgericht zu Recht entschieden hat, ist im Fall des Klägers allenfalls die Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt. Zutreffend hat es dabei die bei dem Kläger bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet. Nach Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 90 (ebenso Nr. 26.18 AHP 2008, Seite 116) bedingen Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, wie sie durch den Sachverständigen Dr. M aufgrund des Bestehens insbesondere eines chronischen Zervikal-Syndroms mit brachialgieformer Ausstrahlung sowie eines chronischen Lumbal-Syndroms mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, einer Osteochondrose und einer Bandscheidendegeneration L4/5 nachvollziehbar festgestellt worden sind, einen Einzel-GdB von 30 bis 40. Der Senat teilt die Einschätzung des Sachverständigen, dass die bei dem Kläger vorliegenden Beeinträchtigungen mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sind. Denn angesichts des Umstandes, dass nach den Feststellungen des Sachverständigen motorische Defizite im Bereich der Extremitäten nicht vorhanden sind, die Beweglichkeit der Wirbelsäule und Gelenke altersentsprechend ausreichend ist und sich ein rheumatisches Krankheitsbild nicht feststellen lässt, wird den Beeinträchtigungen mit der Festsetzung des unteren Wertes von 30 ausreichend Rechnung getragen. Diese Einschätzung wird durch das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten des Sachverständigen Dr. E bestätigt, der nachvollziehbar ausgeführt hat, dass sich die Bewegungsschmerzen der Extremitäten durch das Wirbelsäulenleiden kaum verstärken würden, so dass der Grad der Behinderung auf dem orthopädischen Gebiet unverändert mit 30 einzuschätzen sei.

Auch das bei dem Kläger aufgrund des am 9. Dezember 2005 erlittenen Vorderwandinfarktes hinzugetretene Herzleiden ist aus Sicht des Senats nur mit einem Einzel-GdB von (maximal) 30 zu bemessen. Nach Nr. 9.1.1., 2. der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 47 (ebenso Nr. 26.9, 2. AHP 2008; S. 71) ist bei koronaren Herzerkrankungen mit einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen, 5 bis 6 km/h, mittelschwerer körperlicher Arbeit, Beschwerden und Auftreten pathologischer Meßdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt, wenigstens 2 Minuten) ein Einzel-GdB von 20 bis 40 zu Grunde zu legen. Hiervon ausgehend ist hier die Zuerkennung eines Einzel-GdB von allenfalls 30 gerechtfertigt. Denn der Sachverständige Dr. S hat im Rahmen der von ihm durchgeführten Ergo-Spirometrie vom 12. Februar 2009 festgestellt, dass bei mittelschwerer bis schwerer Belastung die kardiopulmonale Belastung nur leicht bis mittelgradig eingeschränkt sei und relevante Einschränkungen im täglichen Leben nicht zu besorgen seien. Infolgedessen sei der Einzel-GdB auf dem internistisch-kardiologischem Gebiet mit 30 zu bemessen. Der Senat teilt die diesbezügliche Einschätzung des Sachverständigen, die dieser aufgrund der von ihm durchgeführten körperlichen Untersuchung des Klägers und der von ihm überdies ermittelten Messergebnisse nachvollziehbar und überzeugend gewonnen hat. Umstände, die insoweit zu einer Höherbewertung führen könnten, lassen sich den übrigen medizinischen Feststellungen, die im vorliegenden Verfahren getroffen worden sind, nicht entnehmen. Vielmehr ergibt sich insbesondere auch aus dem Befundbericht des den Kläger behandelnden Internisten Dr. H vom 4. November 2008, dass die Herzerkrankung des Klägers nicht mit gravierenden Leistungsbeeinträchtigungen einhergeht.

Entgegen der Auffassung des Klägers rechtfertigen die vorgenannten Funktionsbeeinträchtigungen keinen höheren Gesamt-GdB als 40. Denn wie insbesondere der Sachverständige Dr. S nachvollziehbar ausgeführt hat, steht das internistische Leiden beziehungslos neben dem orthopädischen Leiden, so dass eine Erhöhung der insoweit zu berücksichtigenden Einzel-GdB von jeweils 30 um mehr als 10 Punkte nicht in Betracht kommt.

Ob die von dem Sachverständigen Dr. E festgestellten Verschleißerscheinungen des rechten Kniegelenkes einen Einzel-GdB von 10 rechtfertigen, mag dahinstehen. Denn jedenfalls begründen sie angesichts ihrer Geringfügigkeit keine Erhöhung des vorstehend ermittelten Gesamt-GdB. Der daneben zu berücksichtigende Einzel-GdB von 20 für die bestehende Hörbehinderung ergibt sich nach Nr. 5 der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 33 ff. (ebenso Nr. 26.5 AHP 2008, Seite 56 ff.) aufgrund der Feststellungen des behandelnden Arztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. B und ist danach nicht zu bestanden. Er zieht indes angesichts des festgesetzten Wertes von 20 einerseits und mangels ersichtlicher Verstärkung der sonstigen Behinderungen andererseits keine Erhöhung des Gesamt-GdB von maximal 40 nach sich. Ein Anspruch auf Zuerkennung eines Gesamt-GdB von 60 besteht folglich nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Gründe hierfür gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-12-11