

L 11 SB 155/09

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 161 SB 3796/08

Datum

27.03.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 SB 155/09

Datum

03.03.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. März 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Herabsetzung des zu ihren Gunsten festgestellten Grades der Behinderung (GdB) von 50 auf 40.

Die Klägerin ist im Jahre 1966 geboren. Nachdem bei ihr im September 2000 ein Larynxkarzinom der linken Stimmlippe, Klassifikation: T1 N0 M0, festgestellt worden war, erfolgte noch im selben Monat ein Stimmlippenstripping mit Chordektomie links.

Auf den von der Klägerin im November 2000 gestellten Antrag kam der Beklagte nach Auswertung der von ihm beigezogenen ärztlichen Unterlagen zu dem Ergebnis, dass die Klägerin wegen des Stimmlippenverlustes links im Stadium der Heilungsbewährung behindert sei, und stellte mit seinem Bescheid vom 11. Januar 2001 wegen der genannten Behinderung einen GdB von 50 fest.

Im Zuge des von ihm im September 2005 eingeleiteten Nachprüfungsverfahrens holte der Beklagte im Januar 2006 eine nicht datierte ärztliche Auskunft der die Klägerin behandelnden Ärztin für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde S ein, in der sie ausführte, bei der Klägerin bestehe ein Zustand nach Larynxkarzinom und eine organische Dysphonie, ihr Allgemeinzustand sei bei der letzten Vorstellung am 8. Juli 2005 gut, die Stimmlippe und das Ersatzstimmband links jeweils reizlos und die Synechie weniger ausgeprägt gewesen. Der ärztlichen Auskunft beigelegt war ein Tonschwellenaudiogramm vom 23. Oktober 2000.

Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Arztes für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. P vom 11. Februar 2006 teilte der Beklagte der Klägerin mit, es sei beabsichtigt, den GdB für die Zukunft von 50 auf 20 herabzusetzen, weil hinsichtlich der festgestellten Behinderung eine Heilungsbewährung eingetreten sei. Hierzu teilte die Klägerin mit ihrem Schreiben vom 19. März 2006 mit, zwar habe sich das Krebsrisiko stark abgeschwächt, jedoch leide sie weiterhin an einer erheblichen Stimmstörung. Ihre Stimme sei heiser, ein längeres Sprechen von mehr als 15 Minuten sei ihr nicht möglich. Hierauf veranlasste der Beklagte die versorgungsärztliche Begutachtung der Klägerin durch die Ärztin für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. M. Diese stellte in ihrem Gutachten vom 10. April 2006 als Behinderung eine organische Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit fest, die sie mit einem GdB von 30 beurteilte. Die Klägerin leide unter einer dauernden Heiserkeit, die bei Stimmbelastung zu einer weiteren Schwächung bis zur Stimmlosigkeit führe. Flüstersprache werde nicht angewandt. Die Kehlkopfspiegelung habe den Befund eines inkompletten Stimmlippenanschlusses bei Zustand nach Stimmlippenentfernung der linken Seite ergeben, so dass ein ovalärer Restspalt verbleibe. Aus diesem Grund sei von einer dauerhaften Schwächung der Stimme auszugehen, die nach dem Ablauf von fünf Jahren und der logopädischen Behandlung der Klägerin über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren als chronisch einzustufen sei. Aus dem Leiden ergebe sich zudem das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich "dE" (dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit).

Hierauf setzte der Beklagte mit seinem ohne Ab-Vermerk abgesandten Bescheid vom 22. Juni 2006 den festgestellten GdB auf 30 herab und stellte fest, dass die Funktionsbeeinträchtigung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt habe. Zur Begründung führte der Beklagte aus, der GdB sei nach Ablauf der Heilungsbewährung niedriger zu bewerten. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und führte zur Begründung aus: Von einer Heilungsbewährung könne nicht ausgegangen werden. Zwar habe es in den letzten fünf Jahren keine bösartigen Neubildungen von Tumoren im Kehlkopf gegeben. Das Krebsrisiko sei jedoch dadurch erhöht, dass sie auch unter einem chronischem Sodbrennen leide. Das ständige Pendeln zwischen ihrem Arbeitsplatz in K und ihrem Lebensmittelpunkt und Ehemann in B führe wegen des damit verbundenen erhöhten Stressaufkommens ebenfalls zu einem erhöhten Krebsrisiko. Zudem seien die Folgen des

Stimmverlustes für die Berufsausübung erheblich. Sie könne nicht mehr als Führungskraft tätig sein und auch nicht im Verkauf oder am Telefon eingesetzt werden. Auf ihrer Arbeitsstelle habe sich die Akzeptanz von Kollegen und Vorgesetzten verschlechtert. Bewerbungen u. a. für einen Arbeitsplatz in B seien bereits beim ersten Vorstellungsgespräch gescheitert. Diese Umstände hätten zu Frustration und psychischen Belastungen bis hin zur Depression geführt. Die Klägerin reichte zudem einen ärztlichen Befundbericht der C – vom 26. September 2006 ein, indem u. a. ausgeführt wurde, dass die erhobenen Befunde sowohl eine Dysphonie bei Zustand nach Chordektomie der linken Stimmlippe als auch für eine Dysphonie im Zuge einer Refluxlaryngitis sprächen. Für eine Neoplasie habe sich kein Anhalt ergeben. Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Arztes D vom 6. Januar 2007 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit seinem Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2007 als unbegründet zurück.

Mit ihrer daraufhin erhobenen Klage hat die Klägerin ergänzend darauf hingewiesen, dass sie sich seit November 2006 in dauernder nervenärztlicher Behandlung befinde.

Nach Einholung eines Befundberichtes des behandelnden Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 9. Juni 2007 durch das Sozialgericht holte der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S vom 27. Juni 2007 ein und stellte mit dem Bescheid vom 2. Juli 2007 den GdB der Klägerin für den Zeitraum ab Juni 2006 in Höhe von 40 fest. Dabei legte er folgende Funktionsbeeinträchtigungen zu Grunde:

- Organische Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit - Psychische Störungen (Neurosen).

Auf Antrag der Klägerin hat das Sozialgericht ihre Begutachtung durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G veranlasst. Dieser führte in seinem Gutachten vom 7. Juli 2008 aus, die Klägerin leide an einer organischen Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit und an einem psychischen Störungskomplex in Form einer chronisch-rezidivierenden ängstlich getönt depressiven Störung; beide Behinderungen seien jeweils mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Insgesamt ergebe sich ein GdB von 50. Der festgestellte Zustand bestehe zumindest seit Januar 2007. Hinsichtlich des Kehlkopfleidens seien für den Zeitraum seit der Begutachtung durch die Ärztin Dr. M im April 2006 keine Veränderungen festzustellen. Zwischenzeitlich habe sich jedoch eine psychisch relevante Symptomatik manifestiert, weshalb seit November 2006 eine ambulante Konsultation bei einem Neurologen und Psychiater erfolge und eine ambulante Psychotherapie (unter den derzeitigen Gegebenheiten in K) in Erwägung gezogen werde. Der behandelnde Arzt habe zutreffend eine ängstlich getönt depressive Störung festgestellt; diese sei als eine (etwas) stärker behindernde Störung mit einer (ausprägungsmäßig beginnenden) wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einzuordnen. Durch die ängstlich getönt depressive Störung sei die psychische Kompensationsfähigkeit für die organische Stimmstörung deutlich reduziert, so dass der Gesamtleidenskomplex mit einem GdB von 50 zu bewerten sei; denn die funktionellen Auswirkungen seien in ihrem Schweregrad vergleichbar mit schweren psychischen Störungen mit (beginnend) mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten.

Zu dem Gutachten hat der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme der Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie H vom 11. August 2008 eingereicht.

Mit seinem Gerichtsbescheid vom 27. März 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Die bei der Klägerin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen rechtfertigten es nicht, ihr einen höheren GdB als 40 zuzuerkennen. Eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X) sei eingetreten. Denn nach Ablauf von 5 Jahren seit der Erstdiagnose des Larynxkarzinoms im September 2000 sei eine Heilungsbewährung eingetreten. Der Gesundheitszustand der Klägerin habe sich insoweit nachhaltig stabilisiert; insbesondere sei es nicht zu Rezidiven bzw. zu einer Metastasierung gekommen. Nach Nr. 26.7 der Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) – AHP –, Ausgaben 2005 und 2008, und Teil B, Nr. 7.10 der für den Zeitraum ab 1. Januar 2009 anzuwendenden Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3 des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) – Versorgungsmedizinverordnung – sei die organische Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit mit einem Einzel-GdB von 30 angemessen bewertet. Die psychischen Störungen der Klägerin seien entgegen den Ausführungen des Sachverständigen Dr. G nach Nr. 26. 3 der AHP und Teil B, Nr. 3. 7. der Anlage zu § 2 VersMedV lediglich mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Die Ausführungen des Sachverständigen zur Art und Ausprägung der bei der Klägerin bestehenden Psychopathologie rechtfertigten lediglich die Annahme des Vorliegens leichter psychovegetativer Störungen, die maximal mit einem GdB von 20 zu bewerten seien. Danach seien die Leiden der Klägerin mit einem Gesamt-GdB von 40 angemessen bewertet.

Gegen diesen ihr am 3. April 2009 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung der Klägerin vom 30. April 2009, mit der sie ihre bisherigen Ausführungen weiter vertieft hat. Auf Nachfrage des Senats hat die Klägerin erklärt, sie könne den genauen Zeitpunkt, zu dem ihr der Aufhebungsbescheid vom 22. Juni 2006 zugegangen sei, nicht angeben; sie sei sich aber sicher, dass sie den Bescheid noch im Monat Juni 2006 erhalten habe.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. G vom 12. März 2010 eingeholt.

In der mündlichen Verhandlung des Senats hat der Beklagte den Bescheid vom 22. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2007 in der Fassung des Bescheides vom 2. Juli 2007 aufgehoben, soweit damit der Grad der Behinderung bereits für Zeiten vor dem 1. Juli 2006 auf 40 herabgesetzt worden ist. Die Klägerin hat das in der vorstehenden Erklärung zum Ausdruck gebrachte Teil-Anerkenntnis des Beklagten angenommen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. März 2009 zu ändern und den Bescheid des Beklagten vom 22. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2007 in der Fassung des Bescheides vom 2. Juli 2007 und des heute abgegebenen Teilanerkennnisses aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angegriffenen Gerichtsbescheid im Ergebnis für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung, mit der sich die Klägerin nach der Annahme des vom Beklagten in der mündlichen Verhandlung des Senats abgegebenen Teilanerkennnisses nur noch gegen die Herabsetzung des GdB von 50 auf 40 für die Zeit ab dem 1. Juli 2006 wendet, ist zulässig, aber unbegründet. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist im angegriffenen Umfang zutreffend. Die der Berufung zugrunde liegende Klage ist zulässig. Richtige Klageart ist allerdings – entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts in seinem Gerichtsbescheid – die isolierte Anfechtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Alt. des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Denn der angegriffene Bescheid des Beklagten vom 22. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2007 in der Fassung des Bescheides vom 2. Juli 2007, der durch die vom Beklagten in der mündlichen Verhandlung des Senats abgegebene Erklärung neu gefasst worden ist, erschöpft sich in der (teilweisen) Aufhebung eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung (hier des Bescheides vom 11. Januar 2001) – nunmehr – für die Zeit ab dem 1. Juli 2006. Würde der angefochtene Bescheid aufgehoben, lebte der ursprüngliche Feststellungsbescheid vom 11. Januar 2001, mit dem der Beklagte zugunsten der Klägerin einen GdB von 50 festgestellt hatte, wieder auf.

Die Anfechtungsklage, die auch im Übrigen zulässig ist, ist jedoch unbegründet. Denn der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Maßgeblicher Prüfungszeitpunkt ist insoweit der Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens, hier also der Zeitpunkt, zu dem der Beklagte den Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2007 erlassen hat. Dass der Beklagte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs, der Klage und der Berufung sowie die Regelung des [§ 116 Abs. 1](#) 2. Halbsatz des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) beachtet hat, wonach die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen noch bis zum Ende des 3. Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Herabsetzung des GdB feststellenden Bescheides anzuwenden sind, ändert hieran nichts (vgl. hierzu z. B. Bundessozialgericht, Urteil vom 11. November 1996 – [9 RVs 5/95](#) –, zitiert nach juris).

Rechtsgrundlage für den angefochtenen Bescheid, gegen den formelle Bedenken nicht bestehen, ist [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Danach ist ein – wie hier von Anfang an rechtmäßiger – Verwaltungsakt mit Dauerwirkung im Wege einer gebundenen Entscheidung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Letzteres ist hier der Fall. Denn entgegen der Auffassung der Klägerin hat sich ihr Gesundheitszustand bezogen auf den hier maßgeblichen Prüfungszeitpunkt dergestalt verbessert, dass nunmehr nur noch ein GdB von 40 festzustellen war.

Maßgebliche Bestimmung für die Feststellung des GdB ist [§ 69](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX). Nach Abs. 1 Satz 1 der genannten Bestimmung stellen die für die Durchführung des 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 zu beachten, wobei es hier entgegen der Auffassung des Sozialgerichts auf die zum maßgeblichen Prüfungszeitpunkt geltende Ausgabe 2005 (AHP 2005) ankommt. 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 im vorliegenden Fall auf die genannten AHP stützt.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Grundsätzen 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 Teil A Nr. 19 der hier einschlägigen AHP 2005 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 (Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4 AHP 2005, Seite 24 ff.).

Gemessen an diesen Grundsätzen hat der GdB im Fall der Klägerin zum hier maßgeblichen Prüfungszeitpunkt im Januar 2007 nur noch 40 betragen, was sich für den Senat aus einer Gesamtschau der vorhandenen ärztlichen Unterlagen, insbesondere aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. G vom 7. Juli 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 12. März 2010 und dem versorgungsärztlichen Gutachten der Ärztin Dr. M vom 10. April 2006, welches im Wege des Urkundenbeweises im hiesigen Verfahren verwertet werden kann (vgl. hierzu z. B. BSG, Beschluss vom 26. Mai 2000 – [B 2 U 90/00 B](#) –, zitiert nach juris), sowie den Befundbericht der C – vom 26. September 2006 und des behandelnden Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 9. Juni 2007 ergibt.

Danach ist die bei der Klägerin – nach Entfernung der Stimmlippe links im September 2000 wegen eines Larynxkarzinoms – verbliebene

organische Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit mit einem Einzel-GdB von 30 zu bemessen. Dabei ist davon auszugehen, dass die im Fall der Klägerin nach der Entfernung der linken Stimmlippe abzuwartende Heilungsbewährung von fünf Jahren seit dem Spätsommer 2005 und damit eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist. Die Gesundheitsstörung der Klägerin war damit allein nach den verbliebenen funktionellen Auswirkungen zu bewerten.

Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung bei Gesundheitsstörungen, die zu Rezidiven neigen, stellt eine andere Situation dar; weshalb während der Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung ein höherer GdB-Wert gerechtfertigt ist, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt (vgl. Teil A Nr. 18 Abs. 7 AHP 2005, S. 23). Der Begriff der Heilungsbewährung beschreibt nicht nur, dass nach Ablauf der Bewährungszeit keine erhebliche Rezidivgefahr mehr besteht. Die Heilungsbewährung erfasst daneben auch die vielfältigen Auswirkungen, die mit der Feststellung, Beseitigung und Nachbehandlung des Tumors in allen Lebensbereichen verbunden sind. Dies rechtfertigt es nach der in den AHP zusammengefassten sozial-medizinischen Erfahrung, bei Krebskrankheiten nicht nur den Organverlust zu bewerten, sondern unter Berücksichtigung der Krebserkrankung als solcher einen GdB von mindestens 50 anzunehmen und Krebskranken damit unterschiedslos zunächst den Schwerbehindertenstatus zuzubilligen. Diese umfassende Berücksichtigung körperlicher und seelischer Auswirkungen der Erkrankung nötigt andererseits dazu, den GdB herabzusetzen, wenn die Krebskrankheit nach rückfallfreiem Ablauf von fünf Jahren aufgrund medizinischer Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit überwunden ist und außer der unmittelbaren Lebensbedrohung damit auch die vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die gesamte Lebensführung entfallen sind (vgl. BSG, Urteil vom 9. August 1995 – [9 RVs 14/94](#) –, zitiert nach juris).

Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass bei der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt die Heilungsbewährung eingetreten war. Nach dem Ablauf von 5 Jahren durfte der Beklagte davon ausgehen, dass die Klägerin ihre Krebskrankheit überwunden hat. Eine unmittelbare Lebensbedrohung bestand nicht mehr. Denn in den letzten fünf Jahren ist es zu keinen bösartigen Neubildungen von Tumoren im Kehlkopf gekommen, was sich insbesondere aus dem versorgungsärztlichen Gutachten der Ärztin Dr. M vom 10. April 2006 sowie dem Befundbericht der – vom 26. September 2006 ergibt. So führt die Ärztin Dr. M nach körperlicher Untersuchung der Klägerin aus, es habe sich kein Hinweis für Verwachsungen oder Rezidive ergeben; die Stimmlippen seien weiß und glatt behandelt. Kehldeckel und die übrigen kehlkopfumgebenden Strukturen seien regelrecht. In dem Befund der – ist damit in Übereinstimmung ausgeführt, es bestehe kein Anhalt für eine Neoplasie. Die behandelnde Ärztin S hat darüber hinaus in ihrem Befundbericht vom Januar 2006 den Allgemeinzustand der Klägerin als gut beschrieben.

Demgegenüber kann die Klägerin nicht mit Erfolg geltend machen, ihr Krebsrisiko sei dadurch erhöht, dass sie auch an einem chronischen Sodbrennen leide und das ständige Pendeln zwischen ihrem Arbeitsplatz in K und der Ehewohnung in B wegen des damit verbundenen erhöhten Stressaufkommens zu einem erhöhten Krebsrisiko führe. Denn die bloße Rezidivgefahr nach Krebsoperation rechtfertigt eine Erhöhung des GdB für den reinen Organverlust nicht. Soweit nach dem Befundbericht der – vom 26. September 2006 bei der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Januar 2007 eine Refluxlaryngitis bestand, ergeben sich hieraus keine Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Feststellung, dass die Krebserkrankung der Klägerin im Januar 2007 überwunden war, zumal das Bestehen einer Refluxlaryngitis erstmals im September 2006 festgestellt wurde. Auch der Umstand, dass der Klägerin eine Therapie in Form von diätischen Maßnahmen sowie eine Wiedervorstellung in 9 bis 12 Monaten empfohlen wurde, weist auf keine erhöhte Rezidivgefahr bzw. auf eine unmittelbare Gesundheitsbedrohung hin. Gleiches gilt für das von der Klägerin geltend gemachte erhöhte Stressaufkommen wegen ihrer Lebensbedingungen.

Danach ist es rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte hinsichtlich der Erkrankung des Kehlkopfes nur noch eine organische Stimmstörung mit dauernder Heiserkeit als Behinderung berücksichtigt und deren funktionellen Auswirkungen mit einem Einzel-GdB von 30 beurteilt hat. Diese Bewertung entspricht Teil B Nr. 26.7 AHP 2005 (S. 66), wonach funktionelle und organische Stimmstörungen mit dauernder Heiserkeit mit einem GdB von 20-30 zu beurteilen sind. Ein Einzel-GdB von 40 wäre nur bei einer Stimmstörung mit Flüsterstimme und ein Einzel-GdB von 50 nur bei völliger Stimmlosigkeit zu Grunde zu legen gewesen. Sämtlichen vorgenannten ärztlichen Unterlagen ist jedoch zu entnehmen, dass bei der Klägerin lediglich eine dauernde Heiserkeit, nicht jedoch eine Flüsterstimme oder völlige Stimmlosigkeit festzustellen war.

Die bei der Klägerin vorliegende psychische Störung ist für den hier maßgeblichen Zeitpunkt im Januar 2007 mit einem Einzel-GdB von (höchstens) 20 zu bemessen. Gemäß Teil B Nr. 26.3 AHP 2005 (S. 48) sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 - 20 und stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30-40 zu bewerten.

Der Beklagte hat die psychische Störung der Klägerin für den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt zutreffend als leichtere psychovegetative oder psychische Störung beurteilt; die Bewertung mit einem Einzel-GdB von 20 ist danach rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit der Sachverständige Dr. G in seinem Gutachten vom 7. Juli 2008 nach Untersuchung der Klägerin am 27. Juni 2008 ausführt und in seiner Stellungnahme vom 12. März 2010 bekräftigt, die Klägerin leide an einem psychischen Störungskomplex in Form einer chronisch-rezidivierenden ängstlich getönt depressiven Störung, diese sei zumindest für den Zeitraum ab Januar 2007 als eine (etwas) stärker behindernde Störung mit einer (ausprägungsmäßig beginnenden) wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einzuordnen und mit einem Einzel-GdB von 30 zu beurteilen, vermag der Senat dem Gutachten jedenfalls insoweit nicht zu folgen, als der Sachverständige bereits für den maßgeblichen Zeitpunkt im Januar 2007 vom Vorliegen einer die Klägerin stärker behindernden psychischen Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit ausgeht. Zur Überzeugung des Senats hatte sich eine Störung solchen Ausmaßes jedenfalls im Januar 2007 (noch) nicht entwickelt. Dies ergibt sich aus den von dem Sachverständigen selbst erhobenen Befunden und den sonstigen vorliegenden ärztlichen Unterlagen. Danach traten die psychischen Beschwerden der Klägerin erst Mitte des Jahres 2006 auf. So ist den Angaben der Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. G anlässlich ihrer Untersuchung am 27. Juni 2008 zu entnehmen, dass sie nur in den davor liegenden zwei Jahren seelisch beeinträchtigt war. Dies steht zeitlich in Übereinstimmung damit, dass die Klägerin mit Schreiben vom 19. März 2006 – im Rahmen der Anhörung des Beklagten zur beabsichtigten Herabsetzung des GdB – noch keine psychischen Beeinträchtigungen vorgetragen hatte. Erst mit Schriftsatz vom 29. September 2006 machte sie zur Begründung ihres Widerspruchs das Vorliegen psychischer Störungen geltend. Eine behindertenrechtlich relevante Gesundheitsstörung der Klägerin kann danach erst im Verlauf der zweiten Jahreshälfte 2006 eingetreten sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Feststellung eines GdB nach Teil A Nr. 18 Abs. 5 AHP 2005 (S. 23) eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als

sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraussetzt.

Hiervon ausgehend war die psychische Gesundheitsstörung der Klägerin zur Überzeugung des Senats zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Januar 2007 (jedenfalls noch) nicht so gravierend, dass sie bereits als eine (etwas) stärker behindernde Störung mit einer (ausprägungsmäßig beginnenden) wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu beurteilen war. Dagegen spricht zunächst, dass die Klägerin ihren die psychischen Beschwerden behandelnden Arzt Dr. A im maßgeblichen Zeitraum lediglich einmal am 27. November 2006 während des anhängigen Widerspruchsverfahrens aufgesucht hat. Eine weitere Vorstellung bei Dr. A erfolgte erst am 6. Juni 2007, nachdem das Sozialgericht der Klägerin im anhängigen Klageverfahren mit Schreiben vom 16. Mai 2007 mitgeteilt hatte, dass weitere medizinische Ermittlungen vom Amts wegen nicht beabsichtigt seien und die Sache für entscheidungsfähig gehalten werde. Nach den Ausführungen des Arztes Dr. A in seinem Befundbericht vom 9. Juni 2007 dienten die Arzttermine vom 27. November 2006 und vom 6. Juni 2007 zudem im Wesentlichen nur der orientierenden Diagnostik, von einer "eigentlichen" Therapie könne nach lediglich zwei Kontakten nicht gesprochen werden. Wie dem Gutachten des Sachverständigen Dr. G zu entnehmen ist, suchte die Klägerin ihren Arzt Dr. A auch in der Folgezeit lediglich zweimal im Jahr auf. Die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung in K erwog sie gegenüber dem Sachverständigen nur für den Fall, dass sich "erneut bewerbungsmäßig nichts ergeben würde". Ebenso ist dem Gutachten wie auch dem sonstigen Inhalt der Akten zu entnehmen, dass die Klägerin offenbar in der Lage war, ihrer Erwerbstätigkeit kontinuierlich und ohne Unterbrechung durch Arbeitsunfähigkeitszeiten nachzugehen. Danach liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die psychischen Beeinträchtigungen der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Januar 2007 so schwerwiegend waren, dass diese insbesondere mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit verbunden gewesen sein könnten. Darauf weist letztlich auch die Einschätzung des Sachverständigen selbst hin, der aufgrund der Untersuchung im Juni 2008 lediglich eine etwas stärker behindernde Störung mit einer ausprägungsmäßig beginnenden wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit feststellte. Insoweit ist jedenfalls der von ihm gezogene Rückschluss, dass dieser Zustand bereits im Januar 2007 bestanden habe, nicht nachvollziehbar. Denn allein der Umstand, dass sich die psychische Störung der Klägerin in dem Zeitraum danach möglicherweise verschlechterte bzw. insoweit bereits zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt eine Verschlechterung zu erwarten war, ist bei der GdB-Beurteilung nach Teil A Nr. 18 Abs. 7 AHP 2005 (S. 23) nicht zu berücksichtigen.

Weitere GdB-relevante Behinderungen der Klägerin waren nicht zu berücksichtigen.

Nach dem Vorstehenden ist es unter Berücksichtigung von Teil A Nr. 19 AHP 2005 (S. 24 ff.) rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 30 und 20 zu einem Gesamt-GdB von 40 zusammengefasst hat, zumal sich aus der psychischen Störung angesichts ihrer nur mäßigen Ausprägung eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung insgesamt nicht herleiten lässt. Unabhängig davon wäre die Feststellung eines Gesamt-GdB von 50 auch dann nicht geboten, wenn das psychische Leiden der Klägerin in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Sachverständigen Dr. G bereits zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt als etwas stärker behindernde Störung mit einer ausprägungsmäßig beginnenden wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu beurteilen gewesen wäre. Zwar ist nach den Ausführungen des Sachverständigen auch für den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt davon auszugehen, dass sich die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen der Klägerin gegenseitig verstärkten. Im Hinblick darauf ist jedoch eine Erhöhung des GdB um mehr als 10 Punkte nicht geboten, um der Behinderung der Klägerin insgesamt gerecht zu werden. Einer solchen Erhöhung steht schon entgegen, dass es sich bei der psychischen Störung der Klägerin auch nach Einschätzung des Sachverständigen lediglich um eine etwas stärkere Störung mit einer ausprägungsmäßig erst beginnenden Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit handelte. Vor diesem Hintergrund ist der Schweregrad der Behinderung der Klägerin insgesamt nicht vergleichbar mit den funktionellen Auswirkungen einer schweren psychischen Störung mit (beginnend) mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gemäß Teil B Nr. 26.3 AHP 2005 (S. 48). So ist nach dem Auszug aus der Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 18. bis 19. März 1998 von leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wenn z. B. die Berufstätigkeit trotz psychischer Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich ist bzw. wenn eine wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen (z. B. Lehrer, Manager) besteht. Von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten ist hingegen auszugehen, wenn sich die psychischen Veränderungen in den meisten Berufen auswirken und eine weitere Gefährdung zwar grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung mit einschließt; darüber hinaus ist das Bestehen erheblicher familiärer Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung zu berücksichtigen. Dies zugrunde gelegt, ergibt sich vorliegend nicht, dass die Klägerin aufgrund der Wechselwirkungen der bei ihr bestehenden Behinderungen zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt (bereits) so beeinträchtigt war, dass ihre berufliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefährdet war; auch ist nichts dafür ersichtlich, dass aufgrund der Erkrankungen – über die Schwierigkeiten hinaus, die sich aus dem ständigen Pendeln zwischen ihrem Arbeitsplatz in K und ihrem Lebensmittelpunkt und Ehemann in B ergaben – erhebliche familiäre Probleme bestanden. Soweit der Sachverständige in diesem Zusammenhang maßgeblich darauf abstellt, dass die psychische Kompensationsfähigkeit für die organische Stimmstörung durch die ängstlich getönt depressive Störung deutlich reduziert sei, ergeben sich nach den von ihm erhobenen Befunden und den sonstigen ärztlichen Unterlagen (jedenfalls) für den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Auswirkungen nach ihrem Schweregrad eine Erhöhung des GdB um mehr als 10 Punkte gebieten.

Der Beklagte ist damit verpflichtet gewesen, den bislang festgestellten GdB von 50 auf 40 herabzusetzen. Da der Herabsetzungsbescheid vom 22. Juni 2006 der Klägerin nach eigenen Angaben noch im Juni 2006 bekannt gegeben worden ist, bestehen gegen die Absenkung des GdB ab dem 1. Juli 2006 keine Bedenken.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-04-13