

L 13 SB 312/09

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

13

1. Instanz

SG Cottbus (BRB)

Aktenzeichen

S 17 SB 125/05

Datum

11.08.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 13 SB 312/09

Datum

19.12.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. August 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des bei dem Kläger festzustellenden Grades der Behinderung (GdB).

Der 1954 geborene Kläger beantragte bei dem Beklagten am 22. September 2004 die Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX). Hierzu legte er unter anderem Unterlagen zu seiner seit April 2004 bestehenden Herzerkrankung inklusive des Berichts vom 17. Juni 2004 über eine Anschlussheilbehandlung nach Herzoperation vor. Der Beklagte zog weitere Unterlagen bei, insbesondere den Entlassungsbericht der Reha-Klinik R vom 17. Juni 2004. Mit Bescheid vom 21. Oktober 2004 stellte der Beklagte einen GdB von 30 unter Anerkennung einer coronaren Herzkrankheit (Durchblutungsstörungen) sowie muskulären Verspannungen –Muskelreizerscheinungen der Wirbelsäule– fest; der Bescheid enthielt darüber hinaus die Feststellung, dass die Körperbehinderung zu einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt habe.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Der Beklagte holte einen Befundbericht des behandelnden Orthopäden Dipl.-Med. S vom 13. Januar 2005 und eine gutachtliche Stellungnahme der Versorgungsärztin Dr. F (Fachärztin für Allgemeinmedizin) vom 02. Februar 2005 ein, die einen GdB von 40 feststellte und dieser Feststellung folgende Funktionsbeeinträchtigungen zu Grunde legte (in Klammern jeweils die verwaltungsinternen zugeordneten Einzel-GdB):

a) coronare Herzkrankheit (Durchblutungsstörungen des Herzens), Bypass (30) b) muskuläre Verspannungen, Muskelreizerscheinungen der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung des Schultergelenks links (20).

Mit Bescheid vom 17. Februar 2005 half der Beklagte unter entsprechender Aufhebung des Bescheides vom 21. Oktober 2004 dem Widerspruch dahingehend ab, dass er ab dem 22. September 2004 einen GdB von 40 unter Berücksichtigung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen gemäß den Ausführungen der Dr. F feststellte. Im Übrigen wies der Beklagte den Widerspruch nach Erteilung des Bescheides vom 17. Februar 2005 mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juni 2005 zurück.

Mit der dagegen am 01. Juli 2005 zu dem Sozialgericht C erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren auf Zuerkennung eines GdB von 50 weiter. Zur Klagebegründung hat er geltend gemacht, dass nicht alle gesundheitlichen Einschränkungen gemäß den vorliegenden Unterlagen berücksichtigt worden seien. Er sei wegen seiner Erkrankungen nicht mal mehr in der Lage, seinen häuslichen Verpflichtungen (Versorgung von Hühnern, Enten und Kaninchen) nachzukommen.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte Dr. K (Internist), Dr. F, Dr. B (Internistin und Kardiologin) sowie Dipl.-Med. S eingeholt und den Entlassungsbericht der B-Klinik vom 11. Januar 2006 beigezogen. Weiterhin hat das Sozialgericht Beweis erhoben durch Einholung des orthopädischen Gutachtens des Dr. L vom 22. November 2006, der auf seinem Fachgebiet das Vorliegen eines Einzel-GdB für orthopädische Leiden von 20 befürwortet hat, sowie des internistischen Gutachtens des Dr. H vom 29. April 2007. Dieser kam zu der Einschätzung, dass die Herzerkrankung des Klägers mit einem GdB von 40 zu bewerten sei und darüber hinaus eine Läsion des Sternums zu berücksichtigen sei, für die aufgrund der erheblichen Schmerzauswirkungen ein GdB von 80 anzusetzen sei, woraus sich ein Gesamt-GdB von 80 ergebe. Entsprechend der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 02. Juli 2007 hat der Beklagte an seiner Einschätzung festgehalten. Das Sozialgericht hat weiterhin die Entlassungsberichte des S-Herzzentrums C vom 14. August 2007, 06. Februar 2008 und

12. März 2009 sowie des Krankenhauses S vom 30. Januar 2008 und ein im Rentenverfahren des Sozialgerichts C eingeholtes Gutachten des Orthopäden Dr. H vom 10. Oktober 2007 beigezogen. Zudem hat das Sozialgericht ein Gutachten des praktischen Arztes M vom 01. April 2009 eingeholt, der zu der Einschätzung gelangt ist, dass lediglich wegen der Brustkorbbeschwerden die coronare Herzerkrankung mit einem GdB von 30, die Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule, die Reizzustände der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke sowie die bestehende Fußfehlform mit einem GdB von 20 und das chronische Lungenleiden mit einem GdB von 10 zu bewerten seien, woraus sich ein Gesamt-GdB von 40 ergebe. Durch Urteil vom 11. August 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Unter Berücksichtigung der überzeugenden Gutachten der Sachverständigen Dr. L und M könne der Kläger einen höheren GdB als 40 nicht beanspruchen. Das Herzleiden des Klägers sei danach unter Berücksichtigung der Vorgaben der anzuwendenden VMG Teil B Ziffer 9.1.1 aufgrund der festgestellten, bestehenden Belastbarkeit des Klägers bei der Ergometertesting von 75 bis 100 Watt auch unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzen im Brustbereich mit einem GdB von 30 zu bewerten. Die Einschätzung des Dr. H, dass allein wegen der Schmerzauswirkungen der Läsion des Sternums ein GdB von 80 zu berücksichtigen sei, stehe nicht im Einklang mit den Anhaltspunkten 2008 bzw. den VMG. Auch bestehe unter Berücksichtigung der Tatsache, dass keine Schmerzmittel eingenommen würden, Grund zu der Annahme, dass die von dem Kläger vorgetragenen Schmerzen nicht das Ausmaß erreichen würden, wie der Kläger es subjektiv empfinde. Zudem habe der Sachverständige M zutreffend darauf hingewiesen, dass sich die Schmerzen im Bereich des Brustkorbes teilweise mit den durch die Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule verursachten Beeinträchtigungen überschneiden würden, da die Brustbeinschmerzen hinsichtlich der Symptomatik einem oberen Wirbelsäulensyndrom zuzuordnen seien. Auch die weiteren Beeinträchtigungen seien durch die Sachverständigen L und M zutreffend berücksichtigt worden, so dass die Voraussetzungen für die Bildung eines höheren Gesamt-GdB als 40 nicht vorlägen.

Gegen das am 25. August 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22. September 2009 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Er verfolgt sein Begehren auf Feststellung eines GdB von mindestens 50 ab Antragstellung weiter und macht geltend, dass er unter Bandscheibenproblemen mit erheblichen funktionellen Auswirkungen, Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und zudem unter Reizzuständen der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke sowie einer Fußfehlform leide. Diese Leiden seien ebenso wie das chronische Lungenleiden zu gering bewertet worden. Neu sei zudem ein Diabetes mellitus Typ II hinzugekommen.

Der Senat hat zur weiteren Sachaufklärung Befundberichte des Dr. F, der Dr. B sowie des Dr. S und anschließend ein Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin sowie physikalische und rehabilitative Medizin Dr. S vom 15. März 2011 eingeholt. Dieser stellte einen GdB von 40 fest und legte dem folgende Funktionsbeeinträchtigungen zu Grunde (in Klammern jeweils die zugeordneten Einzel-GdB):

a) Bluthochdruck, operierte Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße, erneuter Gefäßverschluss mit Stent-Implantation nach Gefäßaufweitung 8/2009 (30) b) Schultergelenksfunktionsstörung beidseits (10) c) Wirbelsäulenverschleißleiden, wiederkehrende Brustwirbelsäulenblockade, Brustbeinfunktionsstörung nach Bypass-Operation (30) d) Polyarthrose mit wiederkehrender Schwellneigung der Hände (10) e) Depression, Hinweise auf Somatisierungsstörung (10) f) chronisches Lungenleiden (10).

Wegen der weiteren Einzelheiten der genannten medizinischen Unterlagen, Stellungnahmen und Ermittlungen wird auf diese Bezug genommen.

Der Kläger hat gegen das Gutachten eingewandt, dass der Sachverständige die in der Untersuchung mitgeteilten Bewegungsschmerzen in den Ellenbogengelenken sowie die Unmöglichkeit von Drehbewegungen und Ausführung kraftaufwendiger Tätigkeiten mit der linken Hand im Gutachten nicht erwähnt habe. Auch die in den unteren Gliedmaßen beim seitlichen Beugen bestehenden Schmerzen habe der Gutachter nicht gewürdigt. Das Anschwellen der Hände/Handgelenke sei mit einem höheren GdB zu bemessen, als dies durch den Sachverständigen erfolgt sei, da der Kläger die Hände/Handgelenke z.B. zum Autofahren nicht mehr zweckmäßig nutzen könne; zudem sei die Wirbelsäulenerkrankung des Klägers auch ohne nachweisliche neurologische Ausfallerscheinungen aufgrund des außergewöhnlichen Schmerzsyndroms mit einem GdB von über 30 zu bemessen. Bei der Bildung des Gesamt-GdB sei zu berücksichtigen, dass letztlich Beeinträchtigungen in allen Körperbereichen vorliegen würden, die sich zudem gegenseitig in nicht unerheblicher Art und Weise verstärken würden. Es sei danach ein GdB von mindestens 50 gerechtfertigt. Weiter hat der Kläger geltend gemacht, dass sich ausweislich einer Untersuchung bei der Orthopädin Dr. S am 07. Juni 2011 gezeigt habe, dass sich sein gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert habe. Das Gericht hat einen Befundbericht der Dr. St vom 16. August 2011, dem eine Anlage vom 25. August 2011 beigelegt war, eingeholt. Der Beklagte hat hierzu eine versorgungsärztliche Stellungnahme der Fachärztin Dr. W vom 04. Oktober 2011 vorgelegt. Ab dem 20. September 2011 befand sich der Kläger nach seinen Angaben für drei Wochen in einem stationären Heilverfahren, das keine Besserung der Beschwerden erbracht habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. August 2009 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 21. Oktober 2004 in der Fassung des Bescheides vom 17. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juni 2005 zu verpflichten, für den Kläger ab dem 22. September 2004 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält seine Entscheidung für zutreffend und verweist ergänzend darauf, dass nach den versorgungsärztlichen Stellungnahmen zu den weiteren von dem Kläger geltend gemachten Beeinträchtigungen die begehrte Anhebung des GdB auf 50 nicht gerechtfertigt sei.

Dem Senat haben die Verwaltungsvorgänge des Beklagten vorgelegen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze, das Protokoll und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG – zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben, jedoch unbegründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 11. August 2009 abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 21. Oktober 2004 in Gestalt des Bescheides 17. Februar 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. Juni 2005 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mindestens 50 ab Stellung des Antrages vom 22. September 2004.

Nach den §§ 2 Abs. 1, 69 Abs. 1 IX sind die Auswirkungen der länger als sechs Monate anhaltenden Funktionsstörungen nach Zehnergraden abgestuft entsprechend den Maßstäben des § 30 des Bundesversorgungsgesetzes zu bewerten. Hierbei sind als antizipiertes Sachverständigengutachten die vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) heranzuziehen, und zwar entsprechend dem streitgegenständlichen Zeitraum in den Fassungen 2004, 2005 und 2008. Seit dem 01. Januar 2009 sind die in der Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412) festgelegten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" in Form einer Rechtsverordnung in Kraft, welche die AHP – ohne Eintritt einer grundsätzlichen Änderung hinsichtlich der medizinischen Bewertung – abgelöst haben.

Der Kläger hat danach keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 50 ab dem 22. September 2004, da die Voraussetzungen für die Feststellung eines höheren GdB als 40 nicht nachgewiesen sind. Dies ergibt sich aus einer Gesamtschau der vorhandenen medizinischen Unterlagen. Insbesondere ist insoweit das vom Senat eingeholte Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin sowie physikalische und rehabilitative Medizin Dr. S vom 15. März 2011 von Bedeutung.

Liegen – wie hier – mehrere Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft vor, ist der GdB gemäß § 69 Abs. 3 SGB IX nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Dabei verbietet sich die Anwendung jeglicher Rechenmethoden, insbesondere die bloße Addition der Einzel-GdB (Teil A Nr. 3a der Anlage zu § 2 VersMedV bzw. Teil A Nr. 19.1 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 24). Nach Teil A Nr. 3c der Anlage zu § 2 VersMedV (bzw. Teil A Nr. 19.3 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 25) ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdB von der Funktionsstörung 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. 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. 3 d) aa) – ee) der Anlage zu § 2 VersMedV sowie Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3, 4 und Teil A Nr. 19 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 24 ff.).

Hauptleiden des Klägers sind das Wirbelsäulenverschleißleiden, die wiederkehrende Brustwirbelsäulenblockaden und eine Brustbeinfunktionsstörung nach Bypass-Operation, die mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sind. Nach Teil A Nr. 26.18 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV sind Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 10 zu bewerten. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) sind mit einem GdB von 20 und Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdB von 30-40 zu bewerten. Bei dem Kläger sind im Bereich der Halswirbelsäule die Beugefähigkeit und (deutlicher) auch die Seitwärtsneigung beeinträchtigt. Hinweise auf relevante neurologische Ausfallerscheinungen im Bereich der oberen Extremitäten sind jedoch nicht feststellbar. Im Bereich der Brustwirbelsäule besteht nur eine geringe Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, am ehesten auf dem Boden von muskulären Verkrampfungen im Sinne von Myogelosen. Die Entfaltung der Brustwirbelsäule ist bei einem Zeichen nach Ott mit 30/31,5 mittelgradig beeinträchtigt. Auch im Bereich der Lendenwirbelsäule besteht eine mittelgradige Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, da der Finger-Boden-Abstand und das Zeichen nach Schober mit 10/13cm als noch normal zu bezeichnen sind, jedoch die Streckung/Beugung der Wirbelsäule ebenso wie die Rotationsfähigkeit beeinträchtigt ist; daneben bestehen beidseits deutliche Blockaden des Kreuz-Darmbeingelenks. Nerven-einklemmungserscheinungen oder Nerven-dehnungszeichen, liegen nicht vor. Die bestehende Hypästhesie des rechten Beines ist nicht segmental und daher ätiologisch nicht eindeutig der Wirbelsäulenfunktion zuzuordnen. Insgesamt ist danach im Bereich der gesamten Wirbelsäule von maximal mittelgradigen Beeinträchtigungen auszugehen, die noch nicht so schwer sind, als dass entsprechend den oben dargestellten Kriterien der AHP 2004, 2005, 2008 bzw. der VersMedV für die Wirbelsäulenerkrankung allein ein Einzel-GdB von 30 zu rechtfertigen wäre. Dies ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Ermittlungsergebnissen, insbesondere den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. Der Sachverständige hat seine Einschätzung mit den von ihm erhobenen Befunden nach ausführlicher Untersuchung inklusive Prüfung der jeweiligen Bewegungsausmaße und unter Auswertung der vorliegenden medizinischen Unterlagen schlüssig begründet. Maßgebliche Abweichungen ergeben sich auch nicht aus dem Befundbericht der behandelnden Orthopädin Dr. S vom 16. August 2011; insbesondere sind die darin genannten Diagnosen/Beschwerden auch durch den gerichtlichen Sachverständigen erhoben und gewürdigt worden. Zudem stimmen die in der Anlage vom 25. August 2011 zu dem Bericht dargestellten Befunde mit den von dem gerichtlichen Sachverständigen erhobenen Befunden weitgehend überein. Soweit sich hier kleinere Abweichungen der Messergebnisse zeigen (z.B. Schober 10/14 gegenüber vorher 10/13; HWS-Rotation 30/0/20 statt vorher 40/0/40, HWS-Seitneigung 20/0/10 statt vorher 30/0/30; Lasègue bds. 50°) ergeben sich hieraus allein keine Anhaltspunkte für länger als sechs Monate anhaltende Funktionsstörungen. Dabei ist – wie der Beklagte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme durch die Chirurgin Dr. W vom 04. Oktober 2011 zutreffend ausführt – auch zu berücksichtigen, dass Frau Dr. S nach eigenen Angaben aufgrund der erst am 04. Mai 2011 erfolgten Erstvorstellung keine Aussagen über den Krankheitsverlauf machen kann und mit den einmalig erhobenen Befunden auf keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden kann. Bei der Erkrankung der Wirbelsäule sind zusätzlich die Veränderungen im Bereich des Brustbeins des Klägers zu berücksichtigen sind und deswegen im Ergebnis für diese Wirbelsäulenerkrankung und die Ausbildung des Falschgelenks im Bereich des Brustbeins in Verbindung mit dem in diesem Bereich bestehenden chronifizierten Schmerzsyndrom von einem GdB von 30 auszugehen. Bei dem Kläger hat eine nicht korrekte Verheilung der operativen Durchtrennung des Brustbeins nach der Bypassoperation stattgefunden und sich so im Bereich des Brustbeins eine Falschgelenkbildung eingestellt. In der Folge besteht im Bereich der Brustwirbelsäule eine deutliche Blockade der mittleren und unteren Wirbelgelenke und im Bereich des Brustbeins eine massive Druckschmerzhaftigkeit über dem mittleren Brustbein über den Gelenken zwischen Rippen und Brustbein. Zudem kann diese Pseudoarthrose könne massive Schmerzen und Beschwerden auslösen und

erklärt einen nicht unerheblichen Teil der von dem Kläger angegebenen Herzbeschwerden. Indes sind die Beeinträchtigung durch die Schmerzauswirkungen entgegen den Ausführungen des Sachverständigen Dr. H nicht mit einem GdB von 80 zu bewerten, da keine entsprechenden funktionellen Beeinträchtigungen vorliegen würden. Vielmehr ist in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Sachverständigen Dr. S analog zu einer mittelgradigen Beeinträchtigung in einem Segment der Wirbelsäule von einem Einzel-GdB von 20 auszugehen, so dass sich für die Wirbelsäulenerkrankungen insgesamt ein GdB von 30 ergebe. Eine weitergehende Anhebung des für die Wirbelsäulenerkrankung anzusetzenden GdB auf über 30, wie der Kläger sie fordert, ist nicht gerechtfertigt. Das außergewöhnliche Schmerzsyndrom im Bereich der Brustwirbelsäule und des Brustbeins, auf das der Kläger gemäß Teil A Nr. 26.18 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV die Bewertung mit einem GdB von über 30 stützen möchte, ist –wie dargelegt- bereits bei der Bildung des GdB von 30 für die Wirbelsäulenerkrankung berücksichtigt worden. Eine weitergehende Berücksichtigung mit der Folge einer weiteren Erhöhung des GdB für die Wirbelsäulenerkrankung ist nicht angezeigt. Eine solche Erhöhung ergibt sich auch nicht daraus, dass –wie der Kläger behauptet- die in den unteren Gliedmaßen beim seitlichen Beugen bestehenden Schmerzen nicht berücksichtigt worden seien. Denn die Hypästhesie des rechten Beines ist –wie dargestellt- durchaus gewürdigt worden. Zudem ist für die mit Wirbelsäulensyndromen einhergehenden Schmerzen in Teil A Nr. 26.18 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV geregelt, dass diese in den dort genannten GdB bereits mitberücksichtigt sind.

Weiter bestehen bei dem Kläger Funktionseinschränkungen im Zusammenhang mit dem Bluthochdruck, der operierten Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße und dem erneuten Gefäßverschluss mit Stent-Implantation nach Gefäßaufweitung 8/2009, die mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sind. Nach Teil A Nr. 26.9 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 71) und Teil B Nr. 9.1.1 und 9.1.2 der Anlage zu § 2 der VersMedV ist der GdB für Herzkrankheiten (Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathie, angeborene Herzfehler u.a.) ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinung wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen, schwere körperliche Arbeit) und ohne Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung mit 0-10, für Herzkrankheiten mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen, mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (mindestens 2 Minuten) mit 20-40 und erst für Herzkrankheiten mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit) und Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) mit 50-70 zu bewerten. Weiterhin sieht Teil A Nr. 26.9 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 72) und Teil B Nr. 9.1.2 der Anlage zu § 2 der VersMedV vor, dass der GdB nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig ist. Für Bluthochdruck ist in Teil A Nr. 26.9 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 75) und Teil B Nr. 9.3 der Anlage zu § 2 der VersMedV vorgesehen, dass eine leichte Form des Bluthochdrucks (keine oder geringe Leistungseinschränkungen –höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) zu einem GdB von 0-10 führt, während erst eine mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung mit einem GdB von 20-40 zu bewerten ist. Bei dem Kläger liegen durch den Bluthochdruck, die operierte Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße und den erneuten Gefäßverschluss mit Stent-Implantation nach Gefäßaufweitung 8/2009 nur mittelschwere Funktionseinschränkungen geringen Umfangs vor. Bei dem Kläger seit der Bypass-Operation wird eine häufige, engmaschige kardiologische Untersuchung und Diagnostik durchgeführt, die ausweislich der vorliegenden Befunde und auch des aktuellen Linksherzkatheter-Befundes vom 28. Januar 2011 insgesamt unauffällig gewesen ist. Lediglich im Bereich des Bypasses, der auf den Ramus diagonalis eingeführt worden ist, findet sich ein vollständiger Verschluss, während alle anderen drei Bypässe unauffällig sind. Bei insgesamt uneingeschränkter Ejektionsfraktion des Herzens sind die von dem Kläger angegebenen Beschwerden von Seiten des Herzens nicht primär den Durchblutungsstörungen zuzuordnen. Dies ergibt sich aus den Darlegungen des Sachverständigen Dr. S sowie den vorliegenden Untersuchungsbefunden und weiteren medizinischen Unterlagen. Unter Berücksichtigung dieser Feststellungen sowie der dargestellten Kriterien der VersMedV/AHP geht der Senat von einem anzusetzenden Einzel-GdB von 20 aus. Die Einschätzung der Herzerkrankung mit einem Einzel-GdB von 30, die der Sachverständige Dr. S vornimmt, ist als zu hoch bemessen anzusehen. Insbesondere liegt ein weitestgehend unauffälliger Befund hinsichtlich der Herzdurchblutung vor. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die wesentlichen funktionellen Beeinträchtigungen auch des Herzleidens durch die Wirbelsäulenerkrankung bzw. die Funktionsstörungen im Bereich des Brustbeins und die dadurch ausgelösten Schmerzen generiert werden, wie auch der Sachverständige Dr. S ausführt. Diese finden jedoch –wie bereits dargestellt- bei der Bewertung des GdB für die Hauptleiden des Klägers ausreichend Berücksichtigung. Eine erneute Berücksichtigung dieser Beschwerden im Bereich des Sternums bei der Bemessung des GdB für die Herzerkrankung, für die Dr. S bis auf den Verschluss des Bypasses des Ramus diagonalis keine Funktionseinschränkungen feststellt, ist entgegen der Einschätzung des Sachverständigen nicht vorzunehmen. Zudem folgt der Senat aus den zutreffenden Gründen des erstinstanzlichen Urteils, auf die insoweit unter Verzicht auf die weitere Darstellung gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen wird, nicht der abweichenden Einschätzung des Dr. H. Auch aus dem Befundbericht der behandelnden Kardiologin Dr. B ergibt sich nichts Abweichendes. Deren Angaben bestätigen vielmehr einen stabilen kardiologischen Befund und einen guten Allgemeinzustand des Klägers.

Weiter liegt bei dem Kläger nach dem Gutachten des Dr. S eine beidseitige Schultergelenksfunktionsstörung vor, die mit einem GdB von 10 zu bewerten ist. Im Bereich der Schultergelenke finden sich deutliche Druckschmerzhaftigkeiten über den Schulterreckgelenken und den Bizepssehnenansätzen und über beiden Schultergelenken ist ein Reiben rechts mehr als links feststellbar. Die Schultergelenkbeweglichkeit ist in allen Ebenen endgradig beeinträchtigt, wobei das rechte Schultergelenk geringgradig stärker beeinträchtigt ist. Insgesamt ist die Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit der Schultergelenke gering beeinträchtigt, da eine Einschränkung der Abduktion auf 140° vorliegt. Nach der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 18.13 sowie Nr. 26.18 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 119), wonach die Bewegungseinschränkung des Schultergelenks mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten ist, wenn der Arm nur um 120° zu erheben ist und eine entsprechende Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit vorliegt, ist danach der Ansatz eines Einzel-GdB von 10 gerechtfertigt.

Der Senat folgt auch der Einschätzung des Dr. S hinsichtlich der Polyarthrose mit wiederkehrender Schwellneigung der Hände, die danach mit einem GdB von 10 zu bewerten ist. Höhergradige funktionelle Beeinträchtigung waren im Bereich der Hände nicht feststellbar, weswegen diese Gesundheitsstörung aufgrund der häufig wiederkehrenden Entzündungen und Schwellneigungen mit einem GdB von 10, nicht jedoch höher zu bewerten ist. Denn nach Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 18.13 sowie Nr. 26.18 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 120) ist eine Bewegungseinschränkung des Handgelenks z.B. bei Streckung/Beugung bis 30-0-40 anzunehmen ist und bedingt einen GdB von 10. Ausweislich der insbesondere in dem Gutachten des Dr. S erhobenen Bewegungsausmaße waren Bewegungseinschränkungen der Handgelenke nicht feststellbar. Der Auffassung des Klägers, dass das Anschwellen der Hände/Handgelenke mit einem höheren GdB zu bemessen sei, als dies durch den Sachverständigen erfolgt sei, da der Kläger die Hände/Handgelenke z.B. zum Autofahren nicht mehr

zweckmäßig nutzen könne, folgt der Senat danach nicht. Dieser Umstand ist vielmehr durch die Berücksichtigung des GdB von 10 trotz des Umstandes, dass Bewegungseinschränkungen gerade nicht feststellbar waren, ausreichend gewürdigt. Ebenso überzeugen nicht die weiteren Einwände des Klägers zu den Ausführungen des Sachverständigen hinsichtlich der Einschätzung der Behinderungen im Bereich der oberen Gliedmaßen. Der Kläger hat insoweit eingewandt, dass der Sachverständige die in der Untersuchung mitgeteilten Bewegungsschmerzen in den Ellenbogengelenken sowie die Unmöglichkeit von Drehbewegungen und der Ausführung kraftaufwendiger Tätigkeiten mit der linken Hand im Gutachten nicht erwähnt habe. Dies ist nicht zutreffend, wie die Ausführungen des Sachverständigen zu den Beschwerdeschilderungen durch den Kläger zeigen. So hat Dr. S in seinem Gutachten auf Seite 4 unten als Beschwerdeschilderung durch den Kläger aufgenommen: "Ebenso habe er Beschwerden und Schmerzen in den Ellenbogen und in den Handgelenken beidseitig" und auf Seite 6 vierter Absatz weiter ausgeführt: "Er könne deswegen auch nicht zugreifen wegen der Schmerzen im Unterarm." Zudem zeigen die weiterhin dargestellten Untersuchungsergebnisse, dass der Sachverständige den Kläger auch hinsichtlich der oberen Gliedmaßen ausführlich untersucht hat.

Der Senat geht hinsichtlich der von dem Sachverständigen mitgeteilten Erkrankungen in psychischer Sicht (Depression, Hinweise auf Somatisierungsstörung) zudem davon aus, dass diese mit einem GdB von 10 zu berücksichtigen sind. Die Stimmungslage, Affektivität und emotionalen Reaktionen des Klägers waren in der Untersuchung durch den gerichtlichen Sachverständigen normal. Die angegebenen Beschwerden in Form von auftretenden Ängsten ohne Grund, Lebensüberdrußgefühlen und erhöhter Erregbarkeit sind nach dessen überzeugenden Ausführungen als geringe depressive Störung im Sinne einer Dysthymie zu werten. Hinweise auf eine höhergradige depressive Störung oder sonstige psychische Alterationen haben sich bei weitestgehend unauffälligem psychiatrischem Befund und unter Berücksichtigung der Erhebungen nach dem Beck-Depressions-Inventar nicht gefunden. Auch Hinweise auf eine relevante Somatisierung lagen in der Untersuchung nur sehr diskret vor. Unter Berücksichtigung der Vorgaben der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 3.7 sowie Nr. 26.3 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 48), wonach leichtere psychovegetative und psychische Störungen mit einem GdB von 0-20 zu bewerten sind, ist danach ein GdB von 10 zu berücksichtigen.

Das bestehende chronische Lungenleiden ist unter Berücksichtigung der Vorgaben der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 8.2 sowie Nr. 26.8 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 67) mit einem GdB von 10 zu bewerten, da nach den vorliegenden Befunden und dem gerichtlichen Sachverständigengutachten des Dr. S nur eine geringgradige obstruktive Atemwegserkrankung besteht und höhere relevante funktionelle Beeinträchtigungen der Atemwege auch in der Begutachtung durch Dr. S nicht festgestellt werden konnten.

Letztlich folgt das Gericht auch der Bewertung des Sachverständigen Dr. S hinsichtlich des Diabetes mellitus sowie des Kniegelenksleiden. Da nach den Ausführungen des Sachverständigen die vorliegenden ärztlichen Befundberichte und Laborergebnisse einen unauffälligen Befund zeigten und allein durch Diät eine gute Einstellung vorgenommen worden ist, ist nach Teil B Nr. 15.1 der Anlage zu § 2 VersMed V sowie Nr. 26.15 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 99) für den Diabetes mellitus der Ansatz eines GdB nicht gerechtfertigt. Auch für den Bereich der Kniegelenke ist kein GdB zu berücksichtigen. Der Sachverständige hat hierzu angegeben, dass sich bei der körperlichen Untersuchung bis auf eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des rechten vorderen Kniegelenkspaltes und eine angegebene Bewegungsschmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenks kein pathologischer Befund gezeigt habe. Bei diesem Befund ist nach Teil B Nr. 18.14 der Anlage zu § 2 VersMed V sowie Nr. 26.18 AHP 2004, 2005 und 2008 (jeweils Seite 126) kein GdB anzusetzen, da insbesondere keine relevanten Bewegungseinschränkungen feststellbar waren.

Aus den genannten Funktionsbeeinträchtigungen ist unter Berücksichtigung der oben dargestellten Kriterien ein GdB von insgesamt 40 zu bilden. Ausgehend von den Wirbelsäulenschäden und Leiden im Bereich des Brustbeines des Klägers mit einem Einzel-GdB von 30 ist der GdB aufgrund des Einzel-GdB von 20 für die Herzerkrankung des Klägers auf 40 zu erhöhen. Eine Erhöhung auf 50 würde eine nicht zulässige Addition dieser Einzel-GdB bedeuten. Eine weitere Erhöhung durch die jeweils mit 10 bewerteten weiteren Einzel-GdB ist zudem nach (Teil A Nr. 3 d) ee) der Anlage zu § 2 VersMedV und Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3, 4 und AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 26) in aller Regel und so auch im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt. Auch ist die Bildung eines GdB von 50 mit der Begründung, dass letztlich Beeinträchtigungen in allen Körperbereichen vorliegen würden, entgegen der Auffassung des Klägers nicht gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war mangels Vorliegen der Voraussetzungen von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-01-19