
Datum: 02.07.2013
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 2. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 2 SB 746/11
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2013:0702.S2SB746.11.00

Sachgebiet: Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Der Bescheid vom 25.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.05.2011 wird aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, bei dem Kläger unter Abänderung des Bescheids vom 07.01.2009 ab Antrag vom 13.08.2010 einen Gesamt-GdB von 50 festzustellen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Der Beklagte hat dem Kläger 9/10 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:	1
Der Kläger begehrt die Feststellung eines höheren GdB als des bereits festgestellten von 40.	2
Bei dem am 00.00.1966 geborenen Kläger wurde seinerzeit mit Bescheid vom 01.07.2009 ein GdB von 40 ausgehend von einem Schmerzsyndrom mit 30, einer psychischen Abhängigkeit mit 30 und einem Wirbelsäulensyndrom mit 20 festgestellt.	3
Am 13.08.2010 beantragte der Kläger die Feststellung eines höheren GdB unter Hinweis auf eine chronische Nesselsucht, seine Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, und seines verschlechterten Allgemeinzustandes. Nach Prüfung der medizinischen Unterlagen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.10.2010 die Feststellung eines höheren GdB ab. Dagegen erhob der Kläger Widerspruch und wies erneut auf seine	4

Erkrankungen hin. Für die Einzelheiten wird auf die Widerspruchsbegründung vom 03.02.2011 Bezug genommen. Mit Widerspruchsbescheid vom 06.05.2011 wies die Bezirksregierung Münster den Widerspruch zurück. Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt des Widerspruchsbescheids Bezug genommen.

Mit der dagegen erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Anliegen weiter. Er verweist auf seine orthopädischen Leiden, die Nesselsucht, ein Schmerzsyndrom und ein Fibromyalgiesyndrom. 5

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts zunächst ein dermatologisches Sachverständigengutachten bei Dr. C vom 04.07.2012, ein orthopädisches Sachverständigengutachten bei Dr. Q vom 16.07.2012 und ein nervenfachärztliches Sachverständigengutachten bei Dr. D vom 07.08.2012 eingeholt. Nach dem Hinweis des Sachverständigen Dr. D auf eine Lungenfunktionseinschränkung hat das Gericht dann ein internistisches Sachverständigengutachten bei Dr. A vom 03.01.2013 eingeholt. 6

Im Übrigen wird wegen der Einzelheiten Bezug genommen auf die Gerichtsakte und die beigezogene Akte des Verwaltungsverfahrens. Deren Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 7

Entscheidungsgründe: 8

Die zulässige Klage ist im Wesentlichen begründet. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 25.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.05.2011 in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert. Denn die genannten Bescheide sind rechtswidrig, soweit dort kein GdB von 50 festgestellt wird. Der Grad der Behinderung beträgt ab dem 13.08.2010 insgesamt 50. Lediglich soweit ein GdB von "mindestens" 50 beantragt und damit inzident auch ein höherer GdB begehrt wurde, war die Klage abzuweisen. 9

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß § 69 Abs. 1 SGB IX stellt der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständige Beklagte das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen gemäß § 69 Abs. 4 SGB IX die zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Abs. 1. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Bei mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtauswirkung maßgeblich. Für die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionseinschränkung waren bis zum 31.12.2008 die Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht heranzuziehen. Für die Zeit ab dem 01.01.2009 ist insoweit nun die Versorgungsmedizinverordnung anzuwenden. Diese Verordnung regelt gemäß ihrem § 1 VersMedV unter anderem die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung von Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes. Die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien 10

sind gemäß § 2 VersMedV in der Anlage zu § 2 enthalten. Bei dieser Anlage handelt es sich dann letztlich um eine Fortentwicklung der früheren medizinischen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht.

Zur Überzeugung der Kammer ist eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse in Form einer Verschlechterung der Gesundheit des Klägers insbesondere durch das Hinzutreten einer Atemwegserkrankung eingetreten. Der Dermatologe Dr. C diagnostiziert eine chronisch wiederkehrende Nesselsucht mit einem Einzelwert von 10. Die Orthopädin Dr. Q diagnostiziert eine Funktionsstörung der Wirbelsäule, die sie ab August 2010 zunächst mit 20 und ab Januar 2011 dann wegen der weiteren Verschlechterung mit 30 bewertet. Der Nervenfacharzt Dr. D diagnostiziert eine stärker behindernde psychische Störung in Form eines Schmerzsyndroms sowohl des Rückens als auch der Gelenke und bewertet dieses mit 30. Und der Internist und Sozialmediziner Dr. A diagnostiziert eine Lungenfunktionsstörung mit einem Einzelwert von 20. Die medizinischen Ausführungen der Sachverständigen lassen Unrichtigkeiten, Widersprüche oder Fehlschlüsse in medizinischer Hinsicht nicht erkennen. Sie haben sich eindeutig mit den erhobenen medizinischen Befunden, mit den aktenkundigen Befunden und dem Vorbringen der Beteiligten auseinandergesetzt. Aus den einzelnen Funktionsstörungen war hier sodann ein Gesamt-GdB zu bilden. Dieser liegt zur Überzeugung des Gerichts bei 50 seit der Antragstellung. Denn nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX ist bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen, die eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verursachen, der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Gemäß Teil A Nr. 3 c) VMG ist bei der Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung dabei in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelwert bedingt und dann im Hinblick auf weitere Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird. Eine Addition der Einzelwerte ist dabei nach Teil A Nr. 3 a) VMG nicht zulässig. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass gemäß Teil A Nr. 3 d) ee) VMG - von Ausnahmefällen abgesehen - leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Grad der Behinderung von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen. Dies gilt selbst dann, wenn mehrere derartig leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Grad der Behinderung von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Diese Regelung ist so auszulegen, dass Leiden, die mit einem Grad der Behinderung von "gerade eben" 20, also einem "schwachen" Grad der Behinderung von 20 bewertet werden, grundsätzlich nicht in die Gesamt-GdB-Bildung einfließen. Leiden, die mit einem "mittleren" oder "hohen" GdB von 20 bewertet werden, sind dann geeignet, das Gesamtmaß der Beeinträchtigung zu erhöhen, wenn Sie unabhängig nebeneinander und neben der Hauptbeeinträchtigung stehen oder sich untereinander oder mit dem Hauptleiden verstärken bzw. besonders nachteilig aufeinander auswirken. (Vergleiche zum vorstehenden LSG NRW, Urteil vom 31.03.2009, Az.: L 6 SB 110 / 08). Bei der Bildung des Gesamt-GdB gibt es also keine feste mathematische Formel zur Bildung des Ergebnisses. Die Bildung des Gesamt-GdB ist letztlich eine wertende Betrachtung, bei der alle denkbaren Krankheiten und Krankheitskombinationen in einer Skala von Null bis 100 in zehn denkbare Zehnerschritte, mathematisch also in 10 Lösungsvarianten, unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls und Einbringung aller sozialmedizinischen Erfahrung eingeteilt werden müssen. Ein Gesamt-GdB von 50 kann nach den Ausführungen in Ziffer 18 der Anhaltspunkte 2008 dabei nur angenommen werden, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines

Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung oder bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung. Diese Vergleichsüberlegung ist auch, wenn sie in der neuen Versorgungsmedizinverordnung nicht mehr formuliert ist, weiterhin eine Auslegungshilfe. Bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen sind unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen gemäß Ziffer A3b der Versorgungsmedizinverordnung Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdS-Werte angegeben sind, wobei die GdS-Tabelle für den GdB entsprechend gilt. Insoweit ist hier von der Funktionseinschränkung der stärker behindernden psychischen Störung in Form des Schmerzsyndroms des Rückens und der Gelenke mit 30 als stärkster Einzelbehinderung auszugehen. Dabei korrespondiert das Schmerzsyndrom des Rückens mit der Tatsache, dass der Kläger bereits mehrmals an der Halswirbelsäule operiert wurde. Und das Schmerzsyndrom der Gelenke korrespondiert mit den Äußerungen der behandelnden Ärzte, es liege ein Fibromyalgiesyndrom im Sinne eines Weichteilrheumatismus vor, der von Gelenksbeschwerden teils nur schwer abzugrenzen ist. Entscheidend für die Beurteilung im Schwerbehindertenrecht ist jedoch das Maß der Funktionseinschränkung und nicht die Frage, ob es sich um eine internistische-rheumatische oder eine nervenfachärztliche Erkrankung handelt. Zu dieser höchsten Einzelbehinderung kommt dann die Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit einem Einzelwert von 20 bzw. 30 hinzu. Dabei ist zu beachten, dass sich die beiden Einzelbehinderungen jedenfalls hinsichtlich der Schmerzkomponente der Wirbelsäule überlagern, so dass insoweit eine Erhöhung erforderlich ist, aber dann mit 10 Punkten durchgehend für den gesamten streitigen Zeitraum auch angemessen ist. Dies gilt insbesondere, da nach den Ausführungen von Dr. D eine verstärkte psychophysische Erschöpfung aufgrund des Schmerzsyndroms nicht festzustellen war. Nun war durch das Gericht zu entscheiden, ob sich die Atemwegserkrankung des Klägers, die Dr. A mit 20 bewertet, als Einzelbehinderung sich weiter erhöhend auswirkt. Dr. A spricht sich zwar im Ergebnis knapp dagegen aus, was das Gericht im Lichte des später vom behandelnden Lungenfacharztes Dr. I vorgelegten Berichts über die Lungenfunktion nicht überzeugt hat. Dr. A hat aber zugleich bereits bedeutsame Einzelaspekte für eine eigene Abwägung des Gerichts aufgezeigt hat. So schreibt Dr. A zur Begründung zwar einerseits, dass am Untersuchungstag keine respiratorische Insuffizienz bestanden habe, obwohl ein aktueller Bronchialinfekt mit Beteiligung der Nasennebenhöhle vorgelegen habe. Andererseits beschreibt er zuvor bei der Beurteilung der Lungenfunktionsstörung auf Blatt 29 seines Gutachtens, dass der Kläger (zwar) unter Ruhebedingungen und bei leichten körperlichen Belastungen ausreichend Luft habe. Sobald er sich jedoch etwas mehr anstrenge, schneller gehe, bergauf gehe oder Treppen steige, nähmen die Atembeschwerden zu, so dass er erst einmal eine Pause einlegen müsse. Die Atembeschwerden seien auch witterungsabhängig. Feuchtkalte und neblige Witterungslagen verträge der Kläger nicht. Auf Seite 30 führt er dann aus, bei mehrfachen lungenfachärztlichen Untersuchungen und auch zwischenzeitlich sei eine leichte Erniedrigung des Sauerstoffpartialdrucks im Sinne einer respiratorischen Partialinsuffizienz festgestellt worden. Aktuell könne er diese jedoch nicht feststellen. Aus den Parametern der Lungenfunktionsprüfung, die Dr. A dort im Wege der Bodyplethysmographie durchgeführt hat, lässt sich jedenfalls erkennen, dass der doch recht kräftig und athletisch gebaute Kläger mit einem maximalen Ausatemvolumen von 3,77 bei erwarteten 4,92 Litern Vitalkapazität doch ein relativ kleines aktives Lungenvolumen hat. Insbesondere der bedeutsame Parameter FEV1, der die Menge Luft beschreibt, die bei forciertem Ausatmen in der ersten Sekunde herausgebracht werden kann, und der allgemein als Hinweis auf eine Funktionseinschränkung gilt, wenn er unter 75% liegt, lag auch am Tag der Untersuchung bei Dr. A, dem 13.12.2012 jedenfalls bei nur 70,3 %. Aus dem Bericht des behandelnden

Pneumologen Dr. I vom 13.05.2013 ergibt sich, dass dieser eine FEV1-Wert im Bereich ≥ 50 bis (70% des Sollwertes festgestellt hat. Er beschreibt sodann eine gesicherte, chronische obstruktive Lungenkrankheit. Letztlich fallen die Diagnosen von Dr. A und Dr. I nicht widersprüchlich auseinander, sondern gerade die pneumologische Leistungsfähigkeit des Menschen unterliegt täglichen Schwankungen in Abhängigkeit von Luftdruck, Luftfeuchtigkeit, sonstigen Witterungsparametern, Schwebstoffen wie Pollen in der Luft und vielen innerkörperlichen Parametern. Da Dr. A bereits mehrfache vorherige Lungenfunktionsuntersuchungen mit einer zwischenzeitlichen leichten Erniedrigung des Sauerstoffpartialdrucks beschrieben hat, Dr. A jedenfalls eine bestenfalls grenzwertige und jedenfalls nicht gute Lungenfunktion feststellen konnte und Dr. I nachfolgend eine obstruktive Lungenfunktionseinschränkung beschreibt, in seinem Bericht andererseits auch eine Sauerstoffsättigung von 97% als Normalbefund beschreibt, zeigt dies deutlich, dass sich der Kläger pneumologisch im Grenzbereich befindet. Insoweit ist die Befundung von Dr. A und Dr. I nicht widersprüchlich. Letztlich war für das Gericht zur Bejahung einer Erhöhung Ausschlag gebend, dass die chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit einer Einschränkung der Atemleistungsfähigkeit jedenfalls eingeschränkt ist. Da die dauernde Lungenfunktionseinschränkung auch geringen Grades in der Versorgungsmedizinverordnung unter Ziffer 8.3 bereits ein Bewertungsspektrum von 20-40 eröffnet, vermochte das Gericht nicht die Auffassung einzunehmen, dass es sich um eine gesundheitliche Einschränkung handle, die sich gar nicht erhöhend auswirke. Die Lungenfunktionseinschränkung betrifft, soweit nicht ausnahmsweise eine unmittelbare Beeinträchtigung des das Zwerchfell ervervierenden nervus phrenicus im Bereich der Halswirbelsäule vorliegt, ohnehin einen anderen Formenkreis der Körperfunktionen als die teils sich überlagernden Erkrankungen der Wirbelsäule und des Schmerzsyndroms. Insgesamt war zur Überzeugung des Gerichts ein Gesamt-GdB von 50 für den gesamten streitigen Zeitraum angemessen. Eine wesentliche Funktion der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft sind die dadurch ausgelösten Schutzrechte in der Arbeitswelt. Dies zeigt umgekehrt, dass ein GdB von 50 nicht erst vergeben werden kann, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr regelmäßig verrichtet werden könnten. Der Kläger leidet immerhin unter einer Einschränkung der Wirbelsäule nach mehrfachen Operationen der Halswirbelsäule mit Einengung der dortigen Nervenaustrittspunkte, einem stärker behindernden Schmerzsyndrom und einer leichten Lungenfunktionseinschränkung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und trägt dem geringfügigen Unterliegen des Klägers Rechnung. 12