

## L 8 SB 5819/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 21 SB 8354/05

Datum

26.11.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 5819/07

Datum

19.12.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.11.2007 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger Anspruch auf Erhöhung des 1999 mit 30 festgestellten Grades der Behinderung (GdB) hat.

Bei dem 1944 geborenen Kläger hatte das Versorgungsamt Stuttgart mit Bescheid vom 27.12.1999 (in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.06.2000) den GdB von 30 festgestellt. Der Feststellung lagen als Behinderung zu Grunde eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes (Teil-GdB 20), Knorpelschäden am rechten Kniegelenk (Teil-GdB 20) und eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Teil-GdB 10). Anträge des Klägers auf Neufeststellung des bei ihm vorliegenden GdB wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands wurden in den Folgejahren abgelehnt (Bescheide vom 18.02.2002, 24.06.2003 und 18.03.2004).

Am 07.07.2005 beantragte der Kläger erneut die Neufeststellung wegen Verschlimmerung der bisherigen Gesundheitsstörungen und wegen neu hinzutretener Erkrankungen (Blut im Urin und ein Hörschaden mit Ohrgeräusch). Allgemeinmediziner Dr. D. legte im Juli 2005 einen Befundbericht vor, dem u. a. Arztbriefe des Orthopäden Dr. G. vom 15.09.2004 (rechtes Kniegelenk endgradig bewegungseingeschränkt, Bänder stabil, kein Erguss, Rumpfwirbelsäulenbeweglichkeit endgradig eingeschränkt, neurologisch unauffällig), vom 24.09.2004 (subtotale Ruptur des vorderen Kreuzbandes rechts bei klinischer Stabilität des Kniegelenks) sowie vom 04.07.2005 (Halswirbelsäulen(HWS)-Beweglichkeit endgradig eingeschränkt, grob neurologisch unauffällig) und des HNO-Arztes PD Dr. H. vom 15.04.2005 (Schwerhörigkeit von 20 dB am linken Ohr bei altersentsprechender Hörfähigkeit am rechten Ohr, Diagnose: Verdacht auf Otosklerose links, Therapievorschlagn: Stapesersatzplastik links) beigelegt waren. Nach versorgungsärztlicher Auswertung (versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Harz vom 12.08.2005) lehnte der Beklagte den Antrag auf Neufeststellung mit Bescheid vom 16.08.2005 ab.

Der Kläger legte hiergegen unter Vorlage weiterer Arztbriefe (Arztbriefe von Dr. B./Dr. D. ohne Datum; von Dr. G. vom 20.01.2004 und vom Urologen Dr. L. vom 24.10.2000 sowie vom 20. und 24.09.2004 - Spontanabgang des kleinen Kelchkonkrementes der linken Niere bei sonografisch unauffälligem Befund beider Nieren und derzeitiger Beschwerdefreiheit) Widerspruch ein. Gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. M. vom 05.10.2005 wies das Landesversorgungsamt mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2005 den Widerspruch zurück.

Der Kläger erhob am 28.12.2005 beim Sozialgericht Stuttgart Klage mit der Begründung, in erster Linie wende er sich gegen die zu geringe Bewertung der Funktionsbeeinträchtigung im Bereich der Wirbelsäule. Außerdem sei die Schwerhörigkeit nicht anerkannt worden.

Das Sozialgericht hörte den HNO-Arzt Dr. K. (Aussage vom 25.04.2006), den Allgemeinmediziner Dr. B. (Aussage vom 25.04.2006) und den Orthopäden Dr. G. (Aussage vom 28.04.2006) schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. K. teilte mit, beim Kläger sei im Januar 2006 eine Stapektomie links durchgeführt worden. Das Kontrollaudiogramm vom Februar 2006 zeige eine mittelgradige Schwerhörigkeit links, die sich

nach der durchgeführten Mittelohroperation vermutlich im weiteren Verlauf bessern werde. Dr. B. er verwies u.a. auf die beigefügten Arztbriefe von Dr. K. vom 05.04.2005 (kombinierte Schwerhörigkeit beidseits mit weiterer Progredienz der Hörminderung, bei geklagter zunehmender Schwerhörigkeit und störendem, nächtlichem Ohrgeräusch) und von Dr. G. vom 18.11.2005 (Impingementsyndrom linkes Schultergelenk bei röntgenologisch kleiner Verkalkung im Gelenk und Omarthrose). Dr. G. teilte dem Sozialgericht mit, die linke Schulter sei in der Bewegung eingeschränkt. Eine Abduktion über 90 Grad sei kaum möglich bzw. bis 120 Grad sei zwar möglich, aber erschwert. Die Wirbelsäulenerkrankung sei gering bis mittelgradig. Die Einschätzung der Versorgungsärztin werde geteilt.

Der Kläger verwies auf die vorgelegte Bescheinigung von Dr. K. vom 29.03.2007, wonach es zu keiner eindeutigen Besserung des Hörvermögens nach der Mittelohroperation im Januar 2006 gekommen sei.

Die Beklagte verwies auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 10.07.2006 und von Dr. G ... vom 16.08.2007, wonach eine Hörminderung in einem Ausprägungsgrad, der Auswirkungen auf den Gesamt-GdB bedinge, nicht zu erwarten sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 26.11.2007 hob das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide auf und verpflichtete den Beklagten, einen GdB von 40 ab 07.07.2005 festzustellen. Im Übrigen wies es die Klage ab. In den Entscheidungsgründen folgte das Sozialgericht der Bewertung des Beklagten hinsichtlich der Wirbelsäulenerkrankung (GdB von 10), der Schultererkrankung (GdB von 20), der Kniegelenk- und Hüftgelenkserkrankung (GdB von 20) und dem Nierensteinleiden (GdB von 10). Die sich aus der sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. K. ergebende geringgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts mit mittelgradiger Innenohrschwerhörigkeit rechts (gemeint links) rechtfertige einen GdB von 20, was in der Gesamtschau einen Gesamt-GdB von 40 ergebe. Der Gerichtsbescheid wurde jeweils mit Empfangsbekanntnis dem Kläger am 30.11.2007 und dem Beklagten am 27.11.2007 zugestellt.

Der Kläger hat am 10.12.2007 und der Beklagte hat am 28.01.2008 Berufung eingelegt.

Der Kläger rügt, dass das Sozialgericht die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Orthopädie nicht hinreichend aufgeklärt habe, denn Dr. G. habe nur eine subjektive Einschätzung der Schweregrade vorgenommen. Den ärztlichen Stellungnahmen von Dr. D. und Dr. B. seien dagegen eine deutlich rezidivierende Bewegungseinschränkung in allen drei Wirbelsäulenabschnitten und schmerzhafte Muskelverspannungen im Bereich der Wirbelsäule zu entnehmen. Auch die Funktionsbehinderungen des Schultergelenkes, des Hüftgelenkes und des Kniegelenkes rechtfertigten einen Teil-GdB von jeweils mindestens 30. Für die mit einem Teil-GdB von 20 bewertete kombinierte beidseitige Schwerhörigkeit habe es das Sozialgericht versäumt, ein aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm einzuholen. Auch sei zu berücksichtigen, dass er unter erheblichen Ohrgeräuschen leide, was bislang nicht berücksichtigt worden sei. Nunmehr stünden die Schwerhörigkeit und die Ohrgeräusche im Vordergrund, weshalb die Einholung eines ohrenärztlichen Gutachtens angeregt werde.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgericht Stuttgart vom 26.11.2007 und den Bescheid des Beklagten vom 16.08.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 14.12.2005 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, ab 07.07.2005 einen Grad der Behinderung von mindestens 50 festzustellen und die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.11.2007 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Beklagte macht geltend, das Sozialgericht habe nicht berücksichtigt, dass die Angabe einer mittelgradigen oder geringgradigen Schwerhörigkeit nicht ausreiche. Maßgeblich für das Ausmaß der Schwerhörigkeit sei ein aktuelles Ton- und Sprachaudiogramm, das trotz des versorgungsärztlichen Hinweises nicht beigezogen worden sei. Ein Teil-GdB von 20 auf HNO-ärztlichem Gebiet sei nicht nachgewiesen.

Der Senat hat von Dr. K. die sachverständige Zeugenaussage vom 16.06.2008 eingeholt. Danach sei der Kläger nach dem 13.10.2006, dem Zeitpunkt der Nachoperation am linken Ohr, am 18.01., 29.03.2007 und am 28.01.2008 in seiner ambulanten Behandlung gewesen. Der Kläger habe über Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche links geklagt. Der Aussage ist das Tonaudiogramm vom 28.01.2008 beigefügt worden.

In der vom Beklagten vorgelegten versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05.09.2008 hält Dr. G ... unter Hinweis auf die Tabelle B der Anhaltspunkte für den aus dem Tonaudiogramm vom 28.01.2008 ersichtlichen Hörverlust von neun Prozent rechts und 44 Prozent links einen GdB von 10 für gerechtfertigt. Ein aussagekräftiges Sprachaudiogramm liege bislang immer noch nicht vor, eine eventuelle Sprachbarriere wäre jedoch zu beachten. Bei derzeitiger Sachlage sei ein GdB erhöhender Ausprägungsgrad der Hörminderung nicht belegt.

Mit richterlicher Verfügung vom 04.11.2008 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass die Praxis Dr. K. auf telefonische Rückfrage bestätigt habe, dass während der Behandlung des Klägers kein Sprachtest durchgeführt worden und daher auch kein Sprachaudiogramm in den Patientenunterlagen vorhanden sei.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten, die Akte des Sozialgerichts und auf die vor dem Senat angefallene Akte im Berufungsverfahren verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Mit Zustimmung der Beteiligten konnte der Senat durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft und nach [§ 151 SGG](#) auch im Übrigen zulässig.

Die am 28.01.2008 erhobene und damit nicht innerhalb der Berufungsfrist eingegangene Berufung des Beklagten ist als unselbständige

Anschlussberufung zulässig (§ 202 SGG i. V. m. § 524 Zivilprozessordnung (ZPO)), wobei die an die Berufungserwiderungsfrist geknüpfte Anschlussberufungsfrist (§ 524 Abs. 2 Satz 3 ZPO) im sozialgerichtlichen Verfahren nicht gilt, denn im SGG findet sich keine mit § 520 ZPO vergleichbare Regelung (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz Kommentar, 8. Aufl., § 143 Rdnr. 5).

Die Berufung des Klägers ist nicht begründet, dagegen ist die Anschlussberufung des Beklagten begründet.

Der angefochtene Gerichtsbescheid war abzuändern, denn die angefochtenen Bescheide des Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 30.

Rechtsgrundlage für die Neufeststellung ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 § 48 SGB X Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen - welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören - zugrunde gelegten Teil-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG, Urteil vom 10.09.1997 - 9 RVs 15/96 - BSGE 81, 50 bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des § 77 SGG unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustandes mit dem bindend festgestellten - früheren - Behinderungszustand ermittelt werden. Dies ist vorliegend der 1999 mit einem GdB von 30 bewertete Behinderungszustand. Die nachfolgenden Ablehnungsbescheide sind keine Verwaltungsakte mit Dauerwirkung.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind seit 01.07.2001 die Vorschriften des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX), die an die Stelle der durch dieses Gesetz aufgehobenen Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) getreten sind (vgl. Art. 63, 68 des Gesetzes vom 19.06.2001 BGBl. I S. 1046). Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB IX die in § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) festgelegten Maßstäbe entsprechend. Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt (§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX).

Diese Vorschriften sind weitgehend inhaltsgleich mit den bis zum 30.06.2001 geltenden Vorschriften der §§ 3 und 4 SchwbG, weshalb die bisherigen Grundsätze zur GdB-Bewertung weiter angewandt werden können. Inwieweit in Einzelfällen Gesundheitsstörungen über die damit verbundenen Funktionseinschränkungen hinaus Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben und auch diese Auswirkungen insoweit bei der GdB-Einschätzung zu berücksichtigen sind (vgl. BSG Urteil vom 07.11.2001 - B 9 SB 1/01 R -), kann dahin stehen, denn solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei orientiert sich der Senat im Interesse der Gleichbehandlung aller Behinderten an den Bewertungsmaßstäben, die in den AP niedergelegt sind (vgl. BSG SozR 3870 § 3 SchwbG Nr. 4, SozR 3-3870 § 4 SchwbG Nr. 19 und Urteil vom 07.11.2001 a.a.O.). Die AP besitzen zwar keine Normqualität, weil sie weder auf einem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften beruhen. Sie sind vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, und haben deshalb normähnliche Auswirkungen. Auch sind sie im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden (vgl. BSGE 72, 285, 286; BSG SozR 3-3870 a.a.O.).

Nach diesen Grundsätzen ist zur Überzeugung des Senats keine wesentliche Änderung im Behinderungszustand des Klägers eingetreten, der eine Erhöhung des GdB von 30 erfordert.

Die nach Aussage des als sachverständigen Zeugen gehörten Orthopäden Dr. G. beim Kläger bestehende Funktionseinschränkung am linken Schultergelenk beinhaltet eine Bewegungseinschränkung in der Abduktion bis 90 Grad ohne Stabilitätsverlust der Schulter, was nach den AP (Abschnitt 26.18) einen (Teil-)GdB von 20 rechtfertigt. Dies hat das Sozialgericht zutreffend ausgeführt, weshalb der Senat hierauf verweist.

Außerdem besteht nach Dr. G. beim Kläger eine endgradige Bewegungseinschränkung des Kniegelenks rechts mit stabilen Bändern und Partialruptur/Subtotalruptur des vorderen Kreuzbandes rechts ohne Nachweis von Knorpel- oder Meniskusschaden. Die Gonarthrose im rechten Kniegelenk, die Dr. B. in seiner sachverständigen Zeugen unter Bezugnahme auf den Befundbericht von Dr. G. vom 19.05.2003 erwähnt, geht somit ebenfalls nicht mit wesentlichen Funktionseinschränkungen einher. Die einseitige geringgradige Bewegungseinschränkung des Kniegelenks wird nach den AP mit einem GdB von 0 bis 10 bewertet (vgl. Abschnitt 26.18). Unter Berücksichtigung der in den neueren Befunden nicht mehr erwähnten Coxarthrose, die im Reha-Entlassungsbericht der Klinik für Rehabilitation "Am Kurpark Bad Kissingen" vom 17.10.2003 auch nur als Verdachtsdiagnose genannt wird, und der Kreuzbandschädigung rechts, freilich ohne Stabilitätsverlust, ist die funktionelle Beeinträchtigung der rechten Extremität mit einem Teil-GdB von 20, wie das Sozialgericht ebenfalls zutreffend ausgeführt hat, zu Gunsten des Klägers hinreichend berücksichtigt.

Die Wirbelsäulenproblematik beim Kläger mit in die Schultern ausstrahlenden Beschwerden seitens der Halswirbelsäule (Cervicobrachialgie) und in die Hüfte/Beine ausstrahlenden Beschwerden der Lendenwirbelsäule (Lumboischialgie), die sowohl Dr. B. wie auch Dr. G. in ihren sachverständigen Zeugenaussagen vor dem Sozialgericht beschrieben haben, sind nicht mit neurologischen Ausfallerscheinungen verbunden. Ein Lendenwirbelsäulensyndrom bzw. Lumboischialgien wurden während des Heilverfahrens im September/Oktober 2003 nicht diagnostiziert, ein diagnostiziertes chronisches Zervikalsyndrom hatte sich gebessert (vgl. Entlassungsbericht vom 17.10.2003). Eine erneute Behandlungsbedürftigkeit wegen Cervicobrachialgie trat beim Kläger erst wieder ab Juli 2005 auf, wobei weitere Konsultationen beim Orthopäden Dr. G. nach dessen schriftlicher Zeugenaussage vom 28.04.2006 erst im November 2005 und März 2006 erfolgten. Dr. B. hat darauf hingewiesen, dass einmalig im September 2004 geäußerte Beschwerden in der Brustwirbelsäule keine therapeutischen Maßnahmen erforderten. Daraus folgt für den Senat, dass die Wirbelsäulenbeschwerden des Klägers allenfalls mit selten und kurzdauernd auftretenden leichten Wirbelsäulensyndromen, ohne wesentliche Instabilität einhergehen und somit nur geringgradige funktionelle Auswirkungen haben (vgl. AP, Abschn. 26.18). Danach sind Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen mit einem GdB

von 10 zu bewerten, was das Sozialgericht ebenfalls zutreffend dargelegt hat.

Die versorgungsärztliche Bewertung von Dr. W. vom 10.07.2006, wonach es bei der GdB-Bewertung der auf orthopädischem Gebiet zu beurteilenden Funktionseinschränkungen verbleibe, ist für den Senat somit überzeugend. Der Senat hat hinsichtlich des orthopädisches Fachgebiets daher keine Veranlassung zu weiteren medizinischen Ermittlungen gesehen. Dr. G. als behandelnder Orthopäde hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 28.04.2006 ausdrücklich der versorgungsärztlichen Bewertung zugestimmt. Der Kläger hat im Berufungsverfahren zuletzt auch nicht mehr maßgebend auf diese Gesundheitsstörungen abgestellt.

Hinsichtlich der urologisch zu beurteilenden Beschwerden bzw. des Nierensteinleidens sind keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen den Arztbriefen des Urologen Dr. L. zu entnehmen, vielmehr kam es im September 2004 zu einem Spontanabgang des kleinen Kelchkonkrementes links bei nunmehr sonografisch unauffälligem Befund beider Nieren. Der für die rezidivierende Mikrohaematurie (pathologische Ausscheidung von Erythrozyten (rote Blutkörperchen) im Harn) bei präsphinktärer Enge ohne Operationsindikation bzw. das Nierensteinleiden (vgl. Arztbrief von Dr. L. vom 20.09.2005) angesetzte GdB von 10 entspricht Abschnitt 26.12 der AP und ist damit nicht zu beanstanden. Auch insoweit sind die Ausführung des Sozialgerichts zutreffend.

Dagegen hat das Sozialgericht die geltend gemachte Schwerhörigkeit mit begleitenden Ohrgeräuschen unzutreffend bewertet. Nach der vom Senat im Berufungsverfahren eingeholten sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. liegt beim Kläger ausweislich des vorgelegten Tonaudiogramms vom 28.01.2008 ein Hörverlust von 9 Prozent rechts und von 44 Prozent links vor (vgl. Tabelle B in Abschnitt 26.5 der AP). Dies rechtfertigt nach der Tabelle D (AP Abschnitt 26.5) einen GdB von 10. Die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G ... vom 05.09.2008 ist insoweit für den Senat überzeugend. Die geltend gemachten Ohrgeräusche ohne weitere Symptomatik sind nach den AP (Abschnitt 26.5) mit einem GdB von 10 zu berücksichtigen. Abgesehen davon, dass im Arztbrief von Dr. K. vom 05.04.2005 noch von einem störenden, aber nur nächtlich auftretenden Ohrgeräusch die Rede ist, sind in den nachfolgenden Arztunterlagen und den eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen keine Diagnosen über weitere Begleiterscheinungen des Ohrgeräuschs enthalten und kein entsprechendes Beschwerdevorbringen des Klägers dokumentiert. Auch im gerichtlichen Verfahren hat der Kläger nur auf erhebliche Ohrgeräusche verwiesen, ohne damit verbundene sonstige funktionelle Beschwerden geltend zu machen. Die als Dauerbeeinträchtigung unterstellten Ohrgeräusche sind deshalb rechtlich integrierend mit dem Hörverlust zu berücksichtigen, was einen Teil-GdB von 10 ergibt.

Der Senat hat keine Veranlassung gesehen, das vom Kläger angeregte ohrenärztliche Gutachten einzuholen, denn das vom behandelnden Ohrenarzt vorgelegte Tonaudiogramm erlaubt eine zuverlässige Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung. Dr. K. hatte während der langjährigen Behandlung des Klägers, dessen Muttersprache nicht Deutsch ist, kein Sprachaudiogramm erstellt. Auf das Erfordernis einer fehlenden Sprachbarriere ist auch in der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G ... vom 05.09.2008 hingewiesen worden. Da das Sprachaudiogramm im Vergleich zum Tonaudiogramm eher geringere Hörverluste erwarten lässt (vgl. Königsteiner Merkblatt mit Hinweis auf Tabelle C der Anhaltspunkte 26.5, veröffentlicht u. a. in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 432), worauf die Beteiligten seitens des Senat hingewiesen worden sind, hat der Senat im Hinblick auf den aus dem Tonaudiogramm sich bereits ergebenden geringen GdB von 10 von weiteren medizinischen Ermittlungen abgesehen. Bei einem gegenüber dem Tonaudiogramm schlechter ausfallenden Sprachaudiogramm wäre darüber hinaus nicht auszuschließen, dass das Ergebnis nicht auf dem Hörverlust, sondern auf dem nicht muttersprachlich geprägten Sprachverständnis des Klägers beruht. Im Sprachtest wird die sprachliche Differenzierung unter Einsilbenwörtern und/oder mehrsilbigen Zahlwörtern gefordert. Der Kläger hat seine Beweisanregung nach dem richterlichen Hinweis und auch nach der Erklärung mit dem Einverständnis einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nicht wiederholt.

Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist nach den Grundsätzen zu verfahren, wie sie in den AP (Abschnitt 19) ihren Niederschlag gefunden haben. Danach sind bei der Festsetzung des Gesamt-GdB die Auswirkungen aller Behinderungen unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander maßgebend ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, führen nicht zu einer Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung, auch wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Behinderung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB verursacht. Dann ist im Hinblick auf weitere Behinderungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung insgesamt größer wird und deshalb dem höchsten Einzel-GdB einen Behinderungsgrad von 10 oder 20 oder mehr hinzuzufügen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Mathematische Methoden, insbesondere eine Addition der einzelnen GdB-Werte sind hierbei ausgeschlossen (BSG SozR 3870 § 3 SchwbG Nr. 4).

Der Gesamt-GdB von 30 ist unter Berücksichtigung der beiden Teil-GdB-Werte von 20 daher angemessen eingestuft. Die sich nicht gegenseitig bedingenden Teil-GdB-Werte von 10 wirken sich nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB aus.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-12-23