

## L 3 SB 4533/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
3

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 SB 3289/07

Datum  
22.08.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 3 SB 4533/08

Datum  
02.12.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung der Eigenschaft als Schwerbehinderter.

Nachdem der Beklagte bereits zwei Anträge des 1952 geborenen Klägers auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens 20 abgelehnt hatte, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 03.06.2004 wegen der Funktionsbeeinträchtigungen "Funktionsbehinderung des linken Handgelenks" (Teil-GdB 10), "degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Polyarthrose, Schulter-Arm-Syndrom, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung bei der Kniegelenke" (Teil-GdB 20) und "chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung" (Teil-GdB 20) beim Kläger einen GdB von 30 seit 04.03.2004 fest. Der dagegen vom Kläger erhobene Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 05.11.2004). Die zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobene Klage (S 3 SB 4770/04) nahm der Kläger zurück.

Am 14.02.2007 stellte der Kläger einen Antrag auf Erhöhung des GdB. Der Beklagte holte beim behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. P. einen Befundbericht vom 01.03.2007 ein (behandelte Leiden: Wirbelsäulensyndrom; Gonalgien beidseits; Coxarthrose beidseits; rezidivierendes Schulter-Arm-Syndrom beidseits; Rhizarthrose links; Epicondylitis ulnaris humeri rechts; Depression mit Somatisierungsstörung; Schlafapnoe-Syndrom; Zustand nach Verkehrsunfall 1989 mit Radiusfraktur distal links und Commotio cerebri; COPD bei Nikotinabusus; beginnende Prostatohypertrophie II. °). Ergänzend fügte Dr. P. Arztbriefe der den Kläger behandelnden Ärzte seit 14.04.2004 bei. Unter Berücksichtigung dieser medizinischen Unterlagen gelangte Dr. Z. vom Ärztlichen Dienst des Beklagten in der gutachterlichen Stellungnahme vom 07.03.2007 zu der Beurteilung, beim Kläger lägen degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Polyarthrose, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke (Teil-GdB 20), chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung, Schlafapnoe-Syndrom (Teil-GdB 30), Funktionsbehinderung des linken Handgelenkes, Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes (Teil-GdB 10) und seelische Störung (Teil-GdB 10) vor. Daraus resultiere ein Gesamt-GdB von 40.

Mit Bescheid vom 12.03.2007 stellte der Beklagte hierauf einen GdB von 40 seit 14.02.2007 fest. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies er nach Einholung einer weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. C. mit Widerspruchsbescheid vom 15.06.2007 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 03.07.2007 Klage zum SG erhoben.

Das SG hat die Dr. P. seit 2007 zugegangenen Arztbriefe beigezogen, den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. und den Orthopäden Dr. S. als sachverständige Zeugen gehört und auf Antrag des Klägers ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. eingeholt.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. hat im Januar 2008 mitgeteilt, er habe beim Kläger eine Somatisierungsstörung und Dysthymia diagnostiziert. Welchen GdB diese Funktionsbeeinträchtigung bedinge, sei nur durch ein Gutachten zu klären.

Dr. S. hat unter dem 29.01.2008 ausgeführt, er habe den Kläger wegen einer initialen Dysplasiecoxarthrose beidseits, einem chronisch degenerativen HWS-LWS-Syndrom, einer Radiocarpalarthrose links, einer Rhizarthrose links bei Zustand nach in Fehlstellung verheilte distaler Radiusfraktur links, einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom links, ACG-Arthrose links, einer initialen Gonarthrose beidseits und Knick-

Senk-Füßen beidseits behandelt. Seiner Meinung nach könnte der GdB der orthopädischen Erkrankungen mit 30 bewertet werden.

Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 09.06.2008 dargelegt, es handle sich beim Kläger um de-generative Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, beider Hüftgelenke, des Daumengrundgelenkes, Handgelenkes und Schultergelenkes links und beginnend beider Knie-gelenke, eine Fußgewölbeformität, eine mäßige chronische Dysthymie mit somatoformen Stö-rungen und ein Schlafapnoesyndrom. Die degenerativen Wirbelsäulen- und Gelenkver-änderungen bedingten einen GdB von 30, die Schlafapnoe und chronische Bronchitis von 20, die Beweglichkeitsbeeinträchtigung des linken Handgelenkes von 10 und die Dysthymie von 20. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.08.2008 hat das SG die Klage abgewiesen. In seiner Begründung hat es ausgeführt, nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens stehe fest, dass eine weitere wesent-liche Änderung, wie bereits mit den angefochtenen Bescheiden festgestellt, nicht nachweisbar sei. Das Schlafapnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit der nächtlichen Maskenbeatmung sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Dieser sei in dem bisherigen Teil-GdB von 30 enthalten. Auf orthopädischem Gebiet sei den aktuell beigezogenen Befundberichten keine wesentliche Ände-rung gegenüber den Funktionsbeeinträchtigungen, die dem Bescheid vom 03.06.2004 zugrunde gelegen hätten, zu entnehmen. Im Arztbrief vom 02.07.2007 habe Dr. S. die Hüft-, Knie- und Sprunggelenke als zur Zeit frei beschrieben und frische neurologische Defizite verneint. Auf nervenfachärztlichem Gebiet sei zusätzlich eine seelische Störung zu berücksichtigen. Ob hierfür entsprechend dem Vorschlag des Dr. G. ein Teil-GdB von 20 oder nur, wie vom Beklagten an-genommen, ein solcher von 10 anzusetzen sei, könne dahingestellt bleiben, weil unter Berück-sichtigung der bisherigen Teil-GdB-Werte von 30, 20 und 10 auch bei Annahme eines weiteren Teil-GdB von 20 für die seelische Störung ein Gesamt-GdB von 50 nicht begründbar sei.

Gegen den am 27.08.2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 24.09.2008 Berufung eingelegt. Er trägt vor, die Funktionsbeeinträchtigungen auf lungenärztlichem Gebiet einschließ-lich des Schlafapnoe-Syndroms seien mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Auch die Be-hinderungen auf fachorthopädischem Gebiet bedingten nach der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. S. einen Teil-GdB von 30. Damit sei es von entscheidungserheblicher Bedeutung, ob die bei ihm vorliegende seelische Störung mit einem Teil-GdB von 10 oder wie im Gutachten von Dr. G. mit einem Teil-GdB von 20 in Ansatz zu bringen sei. Bei Annahme von Teil-GdB-Werten von 30, 30 und 20 sei die Feststellung eines Gesamt-GdB von 50 in Einklang zu bringen mit den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (AHP).

Der Senat hat zunächst Dr. S. erneut als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat unter dem 28.11.2008 mitgeteilt, er habe den Kläger letztmals am 17.01.2008 untersucht. Er habe bei ihm eine schmerzhaft eingeschränkte HWS- und LWS-Beweglichkeit, einen Klopfschmerz der ge-samten Lendenwirbelsäule, eine endgradige Bewegungseinschränkung des linken Handgelenkes, einen Druck- und Bewegungsschmerz über dem Daumensattelgelenk links, eine verminderte grobe Kraft der linken oberen Extremität gegenüber rechts sowie ein Krepitieren der Knie und einen leichten Druckschmerz im Bereich der medialen Gelenkspalten beidseits bei im Übrigen weitgehend freier Beweglichkeit der großen Gelenke festgestellt. Der Faustschluss, die Finger-spreizung und der Spitzgriff seien links möglich, aber etwas schwächer als rechts.

Nachdem der Kläger anlässlich eines Erörterungstermins mitgeteilt hatte, dass er sich nunmehr bei dem Orthopäden Dr. C. in Behandlung befinde und vor kurzem den HNO-Arzt Dr. E. und den Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. M. konsultiert habe, hat der Senat ergänzend auch bei diesen Ärzten sachverständige Zeugenauskünfte eingeholt.

Dr. C. hat in seiner Auskunft vom 05.04.2009 ausgeführt, er habe den Kläger zwischen dem 29.05.2007 und 11.11.2008 behandelt. Er habe eine am linken Daumenballen etwas vergrößerte Kontur, einen Druckschmerz über dem Daumensattelgelenk mit Rotations- und Bewegungs-schmerz, einen Klopf- und Druckschmerz lumbal und eine schmerzhaft deutlich eingeschränkte Entfaltung der Lendenwirbelsäule, einen Spreizfuß mit plantarer Mehrbeschwielung D 2 - 4, einen Druckschmerz auf Höhe des Kreuzdarmbeingelenkes links, einen paravertebralen Muskel-hartspann, eine schmerzhaft eingeschränkte Linksrotation der Halswirbelsäule und schmerzhaft eingeschränkte Reklination sowie einen geringen Druckschmerz paravertebral und zuletzt eine Konturvergrößerung bei mäßigem Erguß des Kniegelenkes, einen Druckschmerz über dem Ge-lenkspalt und ein retropatellares Krepitieren, eine schmerzhaft eingeschränkte Extension und Flexion sowie gering rotationseingeschränkte Hüftgelenke und einen mäßigen Druckschmerz pertrochantär festgestellt. Er hat einen Arztbrief des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. vom 05.06.2008 (Diagnosen Rhizarthrose links; sonstige sekundäre Arthrose: Unterarm links, Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom links) beigelegt.

Dr. E. hat mitgeteilt, der Kläger sei bei ihm zuletzt im Januar 2006 in Behandlung gewesen. Er hat das damals erstellte Tonaudiogramm beigelegt.

Der Lungenfacharzt M. hat angegeben, er habe den Kläger letztmals am 12.12.2006 untersucht.

In den versorgungsärztlichen Stellungnahmen vom 06.02.2009 bzw. 09.07.2009 haben Dr. W. bzw. Dr. B. ausgeführt, weder aus der Auskunft von Dr. S. noch aus der von Dr. C. ergäben sich Befunde, die eine Anhebung des GdB im Rahmen der orthopädischen Behinderung begründen könnten. Aus den von Dr. G. angegebenen knappen psychischen Befunden lasse sich kein höhe-rer Teil-GdB als 10 ableiten. Die Ärzte M. und Dr. E. hätten den Kläger letztmalig im Jahr 2006 untersucht. Die im von Dr. E. zur Verfügung gestellten Tonaudiogramm zu sehende Hochtou-senke erreiche nicht das Ausmaß einer messbaren Behinderung.

Der Kläger hat weitere Arztbriefe der Orthopädin Dr. O. vom 30.03.2009 (Diagnose: Lumboi-schialgie links; Befund: Geringe Beinlängendifferenz rechts länger als links, verkürzte ischiocrurale Muskulatur, Hüftgelenksbeweglichkeit Flexion/Extension beidseits 115/0/5 Grad, Abduktion jeweils 35 Grad, MER der unteren Extremität seitengleich lebhaft, Sensibilität intakt, Lasegue negativ, Kraft ungestört, Druckschmerz L5/S1 rechts) und des Radiologen Dr. L. vom 02.06.2009 über eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 29.05.2009 (Neuroforaminaeinengung zwischen L 2 und L 5, zusätzlich mediolateral kräftige Bandscheiben-protrusion mit entsprechender Spinalkanalenge im Segment L 4/5) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. August 2008 aufzuheben sowie den Bescheid des Beklagten vom 12. März 2007 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheids vom 15. Juni 2007 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von insgesamt 50 ab Antragstellung festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entscheidet, ist zulässig. Berufungsaus-schließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der angegriffene Gerichtsbescheid des SG ist in der Sache nicht zu beanstanden. Der Bescheid des Beklagten vom 12.03.2007 in der Gestalt des Wi-derspruchsbescheids vom 15.06.2007 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, da er keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40 hat.

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungs-aktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Ver-waltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben (§ 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozial-gesetzbuch [SGB X]). Eine wesentliche Änderung liegt dann vor, wenn sich der Gesundheits-zustand verändert hat, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als 6 Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdB-Grades wenigstens 10 beträgt.

Eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers gegenüber dem im Bescheid vom 03.06.2004/Widerspruchsbescheid vom 05.11.2004 ist lediglich insoweit eingetreten, als der damals festgestellte GdB von 30 nunmehr seit dem 14.02.2007 40 beträgt. Eine darüber hin-ausgehende Änderung liegt nicht vor. Der Änderung hat der Beklagte mit Bescheid vom 12.03.2007/Widerspruchsbescheid vom 15.06.2007 Rechnung getragen.

Wegen der rechtlichen Voraussetzungen der zu treffenden Entscheidung, der bei der Feststellung des GdB anzuwendenden Maßstäbe sowie der danach für die von den Gesundheitsstörungen des Klägers ausgehenden Funktionsbeeinträchtigungen anzusetzenden Einzel-GdB verweist der Se-nat im Wesentlichen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die ausführlichen und zutreffenden Aus-führungen des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid. Ergänzend ist lediglich festzustellen, dass seit 01.01.2009 die AHP 2008 durch den im Wesentlichen unveränderten Teil A und B der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" zu § 2 der Ver-sorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 (VMG) ersetzt werden. Eine andere Beurteilung der hier in Frage stehenden Funktionsbeeinträchtigungen im Vergleich zu den vom SG berück-sichtigten AHP 2008 ergibt sich daraus jedoch nicht.

Weiter ist Folgendes auszuführen:

Die chronische Bronchitis, Lungenfunktionseinschränkung, Schlafapnoe-Syndrom sind gemäß Nr. 26.8 (S. 67 - 70) AHP 2008 bzw. Nr. 8.2 - 8.7 (S. 43 - 45) der VMG mit einem GdB von 30 angemessen bewertet, nachdem die CPAP-Therapie bezüglich der obstruktiven Schlafapnoe des Klägers ausweislich des Entlassungsberichts der K. vom 03.05.2007 eine sehr gute Einstellung erbrachte. Seither befand sich der Kläger nicht mehr in Behandlung der K. ... Die letzte Be-handlung bei dem Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde M. fand im Dezember 2006 statt.

Aufgrund der von Dr. S., Dr. C. und Dr. O. erhobenen Befunde ist für die degenerativen Ver-änderungen der Wirbelsäule, Polyarthrose, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke kein höherer Teil-GdB als 20 und für die Funktions-behinderung des linken Handgelenkes und Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes kein höherer GdB als 10 gerechtfertigt. Mit einem GdB von 20 sind gemäß Nr. 26.18 (S. 116) AHP bzw. 18.9 (S. 89 f.) VMG die beim Kläger immer wieder zutage tretenden Bewegungsein-schränkungen im Bereich der Wirbelsäule, der Druckschmerz L5/S1 und auch die immer wieder auftretenden Schmerzen, die ausweislich der Auskunft von Dr. C. nur einmal links in den Ober-schenkel ausstrahlten, angemessen bewertet. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Lasegue'sche Zeichen stets negativ war, die Kraft ungestört war und auch neurologisch kein pathologischer Befund im Bereich der unteren Extremitäten gefunden werden konnte. Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung der Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 29.05.2008. Diese zeigte zwar eine Neuroforaminaeinengung zwischen L2 und 5 und eine mediolateral kräftige Bandscheibenprotrusion mit entsprechender Spinalkanalenge im Segment L4/5. Nicht entscheidend sind jedoch die Befunde, die sich auf-grund der bildgebenden Verfahren ergeben, sondern die Funktionsbeeinträchtigungen. Letztere sind gering, allenfalls zeitweise mittelgradig. Eine Erhöhung ergibt sich auch nicht aufgrund der vom Kläger beklagten Beschwerden von Seiten der Hüftgelenke, nachdem Dr. S. die großen Gelenke als frei beweglich bezeichnete, Dr. C. die Hüftgelenke nur als gering rotationsein-geschränkt beschrieb und Dr. O. bezüglich der Hüftgelenke eine Beweglichkeit für die Flexion/Extension von 115/0/5 Grad mitteilte. Nr. 26.18 (S. 124) AHP 2008 bzw. Nr. 18.14 (S. 98/99) der VMG sehen erst bei einer Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0/10/90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig einen GdB zwischen 10 und 20 und beidseitig einen GdB zwischen 20 und 30 vor. Diese Werte werden beim Kläger nicht erreicht. Bewegungseinschränkungen und Schmerzen aufgrund der Polyarthrose gehen aus den beigezogenen sachverständigen Zeugen-auskünften nicht hervor. Auch eine Bewegungseinschränkung von Seiten der Kniegelenke, die eine Erhöhung des GdB bedingen würde, lässt sich den sachverständigen Zeugenauskünften nicht entnehmen. Dr. C. hat insoweit lediglich mitgeteilt, dass die Extension/Flexion am 19.08.2008 bei stabilem Kapselbandapparat, Druckschmerz über dem medialen und lateralen Gelenkspalt und retropatellarem Krepitieren sowie Konturvergrößerung schmerzhaft ein-geschränkt war. Auch Dr. S. hat nur ein Krepitieren der Knie und einen leichten Druckschmerz im

Bereich der medialen Gelenkspalten beidseits festgestellt. Dr. O. hat insoweit keinen Befund erhoben. Eine Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, ausgeprägte Knorpelschäden oder eine Lockerung des Kniebandapparates, die zu einer Erhöhung des GdB von 20 führen könnten (Nr. 26.18 [S. 126] AHP 2008 bzw. Nr. 18.14 [S. 99 - 101] der VMG), liegt damit nicht vor.

Auch die Funktionsbehinderungen des linken Hand- und Schultergelenkes sind gemäß Nr. 26.18 (S. 119-121) AHP 2008 bzw. 18.13 (S. 92-95) der VMG mit einem GdB von 10 angemessen bewertet, nachdem Dr. S. lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung des linken Hand-gelenkes, einen Druck- und Bewegungsschmerz über dem Daumensattelgelenk links und eine geringe Verminderung der groben Kraft der linken oberen Extremität bei im Wesentlichen un-behindertem Faustschluss, Fingerspreizung und Spitzgriff beschrieben hat und auch Dr. C. nur ausgeführt hat, dass der Kläger am 29.01.2008 über Schmerzen am Daumensattelgelenk links und am 29.04.2008 über vermehrte Beschwerden und ein Kribbeln und Taubheitsgefühl im Be-reich der Hand geklagt habe. Dr. A. fand bei seiner neurologischen Untersuchung nur eine Ten-denz zur Hypalgesie und Hypästhesie der Finger I - III der linken Hand und empfahl konservati-ve Maßnahmen mit Nachtlagerungsschiene. Aus dem Arztbrief von Dr. O. gehen keine darüber hinausgehenden Befunde hervor.

Auf seelischem Gebiet beschreibt Dr. G. in seinem Gutachten vom 09.06.2008 den Kläger als allseits orientiert, geordnet und im Kontakt zugewandt, von ausgeglichener Stimmungslage, un-auffälligem Antrieb, ohne Affektlabilität und psychotische Symptomatik. Eine akute Suizidalität vermochte er ebensowenig wie Abhängigkeitszeichen festzustellen. Das Denken war formal und inhaltlich geordnet, der sprachliche Rapport ungestört, Wahrnehmung, Auffassungsvermögen und Aufmerksamkeit nicht eingeschränkt. Als Diagnose hat er eine mäßige chronische Dysthy-mie mit somatoformen Störungen gestellt. Auch Dr. R. geht ausweislich seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom Januar 2008 von einer Somatisierungsstörung und Dysthymia aus. Diese Befunde sind als leichtere psychische Störung einzuordnen und rechtfertigen nach Nr. 26.3 (S. 48) AHP 2008 bzw. Nr. 3.7 (S. 27) der VMG einen GdB von nicht mehr als 10.

Die sich aus dem von Dr. E. im Januar 2006 gefertigten Tonaudiogramm ergebende Hochton-senke bedingt nach Nr. 26.5 (S. 58f.) AHP 2008 bzw. Nr. 5.2 (S. 34 f.) der VMG noch keinen GdB.

Dasselbe gilt auch für den von den HNO-Ärzten Dr. H./Dr. N. im April 2004 und von Dr. E. im Juni 2004 erwähnten und bei Dr. G. beklagten Tinnitus, nachdem psychische Begleit-erscheinungen insoweit nicht beschrieben werden (Nr. 26.5 [S. 61] AHP 2008, Nr. 5.3 [S. 37] der VMG).

Aus den Einzel-GdB-Werten von 30 für die chronische Bronchitis, Lungenfunktionsein-schränkung, Schlafapnoe-Syndrom sowie 20 für die degenerativen Veränderungen der Wirbel-säule, Polyarthrose, Funktionsbehinderung beider Hüft- und Kniegelenke und jeweils 10 für Funktionsbehinderung des linken Hand- und Schultergelenkes und seelische Störung resultiert gemäß den den Senat überzeugenden Ausführungen der Ärzte des Versorgungsärztlichen Dienstes ein Gesamt-GdB von 40. Dies entspricht auch dem von Dr. G. in seinem auf Antrag des Klägers erstatteten Gutachten genannten Wert.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-01-18