

L 8 SB 924/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 8612/08

Datum
10.12.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 924/10

Datum
22.02.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. Dezember 2009 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte erstattet ein Viertel der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Neufeststellung seines Grades der Behinderung (GdB) mit mindestens 50.

Der 1953 geborene Kläger ist k. Staatsangehöriger und unbefristet zum Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt. Für ihn wurde zuletzt mit Bescheid vom 29.07.2004 ein GdB von 30 wegen einer Herzleistungsminderung, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen (GdB 10), degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung beider Schultergelenke, Polyarthrose (20), einer seelischen Störung (10), einer Schwerhörigkeit beidseits (10) und eines Diabetes mellitus, der mit oralen Antidiabetika und Diät einstellbar war (20), festgestellt.

Am 12.09.2008 beantragte der Kläger die Neufeststellung seiner Behinderung. Dazu gab er an, unter dem Diabetes mellitus, Herzrhythmusstörungen, Zustand nach Myokardinfarkt, Rücken- und Gelenkbeschwerden, einem Nervenleiden und einer Innenohrschwerhörigkeit zu leiden. Der Beklagte nahm einen Arztbrief des Kardiologen PD Dr. He. vom 23.11.2006 zu den Akten, der eine arterielle Hypertonie (RR 100/80 mmHg unter Medikation), ein intermittierendes Vorhofflimmern, das im Langzeit-EKG tachykard übergeleitet werde, und einen Diabetes mellitus (Behandlung mit Meglucon) diagnostizierte. Der Kardiologe Dr. G. berichtete am 10.01.2007, er könne keine Zeichen einer Herzinsuffizienz feststellen. Es bestehe eine absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern.

Der Dermatologe Dr. Le. stellte in einem Brief vom 04.12.2007 ein Basaliom (Basalzellkarzinom) fest. Die Radiologin Dr. Schn. beschrieb am 23.04.2008 eine mittelgradige hypertrophe AC-Gelenksarthrose, degenerative Tendopathie von Supra- und Infraspinatussehne, ansatznah, keine Partialruptur oder Komplettruptur und eine hochgradige Degeneration der langen Bizepssehne mit Partialruptur in der linken Schulter. Der Radiologe Dr. St. teilte am 29.05.2008 eine Arthrose im AC-Gelenk mit Anbauten, diskrete subacromiale Osteophyten, eine deutliche Tendinose/Tendinitis der Supraspinatussehne aber keine wesentliche Bursitis und den Verdacht auf einen Einriss des Labrum in der rechten Schulter mit.

Die Ärztin für Neurologie Dr. S.-G. diagnostizierte unter dem 07.07.2008 eine Zervikobrachialgie links sowie ein Karpaltunnelsyndrom (KTS) beidseits. Der Kläger habe seit Januar 2008 Schmerzen in der linken Schulter und im linken Oberarm. Er könne die Arme nur noch unter Schmerzen abspreizen. Außerdem habe er Schmerzen in der gesamten linken Hand und ein Pelzigkeitsgefühl am 3. und 4. Finger. Die Beineigenreflexe waren nicht auslösbar.

Der Orthopäde Dr. P. berichtete am 19.08.2008 über ein chronisches Wirbelsäulensyndrom mit Bandscheibendestruktion C5/6/7 (Neigung 30/0/20°, Rotation 40/0/40°) und L5/S1 mit persistierender Lumboischialgie (Ott 30/33 cm, Schober 10/13 cm, abgeschwächte Reflexe). Weiterhin bestehe eine Periarthropathie humero scapularis bei AC-Gelenksarthrose beidseits (Rotation 10/0/50°, Hebung 120/0/20°) und eine Hüftgelenksarthrose beidseits bei Zustand nach Oberschenkelchaftfraktur links (Beugung 90/10/0°, Rotation 40/0/30°).

Nach Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. M. 11.10.2008) lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 20.10.2008 eine Änderung der bisherigen Entscheidung ab. Dagegen erhob der Kläger am 14.11.2008 Widerspruch, den der Beklagte zum Anlass nahm, einen Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. Pe. vom 19.11.2008 einzuholen. Dort hatte der Kläger eine erhöhte Gereiztheit, Schlafstörung und

Verstimmung mit dem Verlust von Interesse berichtet. Der Kläger sei noch kontaktfähig bei inadäquaten etwas aufgestaumtem Affekt. Er sei zu gemeinsamen Miterleben und Mitfühlen unfähig, ruhelos und emotional nicht reif und dekonzentriert. Er neige zu Selbstbeobachtung. Der Kläger habe ihn sporadisch, d.h. einmal im Jahr 2004 und dreimal im Jahr 2008 aufgesucht zu Gesprächen bei der bestehenden Dysthymie ohne Phasen. Er sei zurückhaltend geworden, desinteressiert und in sich gekehrt. Der Kläger strebe die Rente an.

Nach erneuter Anhörung des ärztlichen Dienstes (Dr. La. 07.12.2008) wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2008 zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 18.12.2008 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG), zu deren Begründung er ausführte, dass die vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen nicht hinreichend berücksichtigt worden seien.

Das SG holte von Amts wegen ein Gutachten des Internisten Dr. Schu. aufgrund einer Untersuchung am 19.05.2009 ein. Dort gab der Kläger an, dass die psychischen Schäden die schlimmsten seien. Er komme sich in seiner Familie überflüssig vor. Sein Hauptproblem seien das Herz und der erhöhte Blutdruck. Er müsse mindestens drei- bis viermal nachts heraus zum Wasserlassen. Außerdem wache er nachts auf wegen orthopädischer Probleme und habe dann den Eindruck von Atemnot. Beim Autofahren habe er Probleme mit dem Fuß, dort habe er kein Gefühl. Das Hörvermögen stellte Dr. Schu. als in der Untersuchungssituation unbeeinträchtigt dar, d.h. weder seien offenkundige Missverständnisse festzustellen noch werde ein gehörbedingtes Nachfrage notwendig. Die Hörgeräte trug der Kläger bei der Untersuchung nicht. Der Blutdruck lag im Liegen bei 140/90 mmHg, im Stehen bei 160/90 mmHg, eine Herzrhythmusstörung sei nicht feststellbar. Patella- und Achillessehnenreflex waren unauffällig. Die Stimmungslage wirke etwas depressiv ausgelenkt, das Beschwerdebild weise Inkonsistenzen auf, wirke streckenweise eher verwaschen. Zeichen für eine höherwertige emotionale Störung bestünden nicht. Das EKG bestätige eine Tachy-Arrhythmie mit Vorhofflimmern. Der Langzeitblutzucker (HbA1c) lag bei 9,7 %, die Glukose im Blut war erhöht. Der Blutdruck sei nicht korrekt eingestellt, auch sei die Herzfrequenz zu hoch. Der Test auf Betablocker im Blut habe ergeben, dass der Kläger die Betablocker vor der Untersuchung nicht eingenommen habe. Die Ergometrie, die zu einem Abbruch wegen der zu hohen Herzfrequenz geführt habe, könne deshalb nicht als Kriterium für eine absolute Leistungsminderung angesehen werden. Der Wert für eine kardiale Insuffizienz liege nah am Normbereich, so dass eine relevante myokardiale Insuffizienz nicht vorliege. Der Zucker sei nicht korrekt eingestellt, der Kläger berichte über die Einnahme eines Metforminpräparates. Der Fettstoffwechsel sei ebenfalls stark derangiert. Es bestehe eine Nephropathie, die allerdings noch keine Nierenfunktionseinschränkung von Belang bedeute. Die Behandlung erfordere im Grundsatz ein insulinotropes Antidiabetikum, so dass ein GdB von 20 angemessen sei. Auf nervenärztlichem Fachgebiet habe es keine Anhaltspunkte für eine Änderung von Belang ergeben. Das angeblich regelmäßig genommene Antidepressivum habe sich im Serum nicht nachweisen lassen. Die Herzleistungsminderung, Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck seien mit einem GdB von 10, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Funktionsbehinderung beider Schultergelenke, Polyarthrose mit 20, die seelische Störung mit 10 und die Schwerhörigkeit mit ebenfalls 10 zu berücksichtigen. Der Gesamt-GdB betrage 30.

Dr. Schu. veranlasste eine Zusatzbegutachtung durch den Orthopäden Dr. Kr. vom 28.05.2009. Dort gab der Kläger Schmerzen im rechten Bein mit Gefühlsstörungen und Neigung zu Krämpfen an. Außerdem habe er Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und Schmerzen in der Bandscheibe bis an den Kopf, in der linken Schulter und im linken Unterarm sowie in der ganzen linken Hand. Mit der linken Hand könne er kein Blatt heben. Seit drei bis vier Jahren sei es ihm nicht möglich auf dem Rücken zu schlafen. Dr. Kr. stellte wiederholt auftretende Beschwerden im Bereich der LWS mit anamnestischer Ausstrahlung im Bereich des rechten Beins, nicht dermatompassend, ohne auffällige Umfangminderung im Bereich der unteren Extremitäten bei Nachweis von degenerativen Veränderungen und Bandscheibenvorwölbungen ohne Bandscheibenvorfall (Finger-Boden-Abstand vom 31,5 cm, Schober 10/14 cm, Ott 30/31,5 cm) fest. Die Brustwirbelsäule (BWS) weise degenerative Veränderungen auf, die teilweise altersüberschreitend seien. Die Halswirbelsäule (HWS) sei alterskorrekt beweglich mit ausstrahlenden Beschwerden im Bereich des Armes auf der linken Seite, ca. Dermatome C6 mit Nachweis von degenerativen Veränderungen sowie eines Bandscheibenvorfalles in dieser Etage. Weiterhin sei neurologisch ein KTS nachgewiesen ohne Nachweis einer nervalen Schädigung aus der HWS. Es bestünden wiederholte Belastungsschmerzen bei altersentsprechender Beweglichkeit im Bereich beider Schultern (160/0/30°) ohne Nachweis einer Schädigung der Rotatorenmanschette links bei degenerativen Veränderungen des Schultergelenks. Im Bereich der rechten Hüfte bestehe eine endgradige Bewegungseinschränkung (Streckung/Beugung 0/5/120°) mit beginnenden alterskorrekten degenerativen Veränderungen. Die Oberschenkelfraktur links sei folgenlos ausgeheilt. Weiterhin bestehe ein Übergewicht. Dr. Kr. kam zu dem Ergebnis, dass die Wirbelsäulenbeschwerden mit einem GdB von 20 weiterhin ausreichend eingeschätzt seien. Die Beschwerden in den Schultergelenken seien bei einer Beweglichkeit über 120° nicht separat einstuftbar. Die im Röntgenbild erkennbaren Veränderungen im Bereich von Hüften und Kniegelenken bedürften keiner separaten Einstufung, weil teilweise gar keine Beschwerden angegeben würden. Auf orthopädischem Fachgebiet sei deshalb der GdB von 20 korrekt.

Das SG veranlasste weiterhin eine Zusatzbegutachtung durch den HNO-Arzt Dr. S. ... In seinem Gutachten vom 08.06.2009 beschrieb Dr. S., dass Umgangssprache für Zahlen bei einem Abstand von deutlich mehr als acht Metern verstanden werde. Flüstersprache werde beidseits mit einem Abstand von vier bis fünf Metern verstanden. Im Tonaudiogramm werde eine Hörschwelle von 60 bis 90 dB ermittelt. Das entspreche einer hochgradigen Schwerhörigkeit. Der Kläger könne aber während der Untersuchungssituation ohne Verwendung einer Hörhilfe auch einem Gespräch folgen, das in mit einer sehr leisen Stimme geführt werde. Nachdem der Kläger auf diesen Umstand hingewiesen worden sei, habe sich eine Hörkurve ergeben, die dem klinischen Eindruck entspreche. An beiden Ohren werde bei 500 Hz, 1000 Hz und 2000 Hz eine Hörschwelle von 20 dB, bei 4000 Hz von 40 dB angegeben. Die Angaben im Sprachaudiogramm seien aufgrund schlechter Deutschkenntnisse nicht reproduzierbar. Nach Auswertung nach der Tabelle nach Röser zur Ermittlung des prozentualen Hörverlusts aus dem Tonaudiogramm, insbesondere bei Lärm-schwerhörigkeit ergebe sich ein Hörverlust von 10% auf jedem Ohr, bei der Ermittlung nach der Tabelle nach Röser zur Ermittlung des Hörverlusts bei regelmäßigen Verlauf der Gehörschwelle ergebe sich sein Verlust von 25% auf dem rechten und 20% auf dem linken Ohr unter Berücksichtigung des Hörverlustes bei 1000 Hz und 3000 Hz. Insgesamt sei die Innenohrschwerhörigkeit mit einem GdB von 10 zu bewerten. Ohrgeräusche habe der Kläger auch auf mehrmaliges Nachfragen verneint.

Mit Urteil vom 10.12.2009 wies das SG die Klage ab und stützte sich zur Begründung auf die eingeholten ärztlichen Gutachten.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 29.01.2010 zugestellte Urteil richtet sich die am 25.02.2010 eingelegte Berufung des Klägers. Zur Begründung führt er aus, dass die Behinderungen und auch eine Hauterkrankung nicht ausreichend gewürdigt worden seien. Die orthopädischen Beschwerden bedingten einen GdB von mehr als 20, die diabetische Polyneuropathie sei gar nicht berücksichtigt worden ebenso wenig wie eine Carotis-Stenose beidseits. Schließlich habe das SG auch eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung durchführen

müssen, weil eine Dysthymia vorliege. Außerdem habe sein jetzt behandelnder Nervenarzt eine kognitive Leistungsstörung, eine langdauernde depressive Episode, einen Diabetes mellitus, eine diabetessichere Polyneuropathie, eine labile Hypertonie und Hypertriglyzeridämie festgestellt. Es sei auch nicht richtig, dass er seine Medikamente nicht regelmäßig einnehme. Bei einem aktuellen HbA1c von 10,3% sei die Einstellung des Diabetes nicht zufriedenstellend. Auch das HNO-ärztliche Gutachten sei nicht nachvollziehbar, der Gutachter gelange zu ganz anderen Ergebnissen als Dr. Si., die langjährig behandelnde HNO-Ärztin. Es bestehe ein Tinnitus aurium sowie ein Drehschwindel mit Gleichgewichtsstörung.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.12.2009 sowie den Bescheid vom 20.10.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 seit dem 01.05.2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er schließt sich dem angefochtenen Urteil an und meint, dass das 2007 diagnostizierte und entfernte Basalzellkarzinom keinen GdB bedinge.

Der Senat hat zur Aufklärung des Sachverhalts den Neurologen und Psychiater Dr. Schr. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Er hat unter dem 29.09.2010 angegeben, der Kläger befinde sich seit 26.05.2009 nach zweimaliger Behandlung in den Jahren 2004 und 2005 wieder bei ihm in Behandlung. Er habe kontinuierlich eine depressive Symptomatik angegeben mit Antriebsstörungen, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, psychomotorischer Verlangsamung sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Er berichte über Missempfindungen, Kribbelgefühle, eine abendliche Restless Legs Symptomatik, dazu Gleichgewichtsstörungen und Taubheitsgefühle an den Füßen. Die Mimik sei eingemauert, depressiv wirkend mit Augenfalte und nach unten gezogenen Mundwinkeln. Das formale Denken sei eher verlangsamt aber zielgerichtet geordnet. Es liege eine deutliche Vitalitätsminderung vor und eine ganz ausgeprägte Hedoniestörung bis hin zur Anhedonie. Psychomotorisch wirke der Kläger eingemauert, starr. Klinisch und neurophysiologisch fänden sich Hinweise auf eine eher leichtere beginnende Polyneuropathie vermutlich diabetischer Genese. Unter Therapie mit Citalopram fühle der Kläger sich etwas stabiler aber insgesamt gehe es ihm nicht gut. Es bestehe eine chronische Depression und Dysthymie, eine diabetische Polyneuropathie mit Störung des Gleichgewichts, der Tiefensensibilität und quälenden Parästhesien und eine hypertoniebedingte Störung der Hirntätigkeit auf seinem Fachgebiet. Die psychische Symptomatik habe seit Mitte 2009 deutlich zugenommen.

Der Beklagte hat vergleichsweise die Feststellung eines GdB von 40 ab 01.07.2009 angeboten (Schreiben vom 15.02.2011 und 24.02.2012). Dazu stützt er sich auf Stellungnahmen von Dr. Gö. vom 08.02.2011 und Dr. Re. vom 22.02.2012).

Der Kläger hat einen Kurzarztbrief des K.-Krankenhauses S. vom 01.12.2010 vorgelegt, in dem die Diagnose einer instabilen Angina pectoris, einer koronaren Eingefäßkrankung mit 50% Stenose im Abgang eines Marginalastes, ein permanentes Vorhofflimmern, eine arterielle Hypertonie und ein Diabetes mellitus mitgeteilt werden. Durch das Vorhofflimmern fühle der Kläger sich subjektiv nicht eingeschränkt, so dass eine Rhythmisierung nicht unbedingt notwendig sei. Die Koronarangiographie habe keinen interventionsbedürftigen Befund ergeben. In dem endgültigen Entlassungsbericht vom 20.01.2011 ist eine normale Herzfrequenz unter Therapie mit Betablockern beschrieben.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts Arztunterlagen des Kardiologen PD Dr. He. beigezogen. Er hat das permanente Vorhofflimmern bestätigt und bei einem Blutdruck von zuletzt 160/100 mmHg eine Umstellung der blutdrucksenkenden Medikation empfohlen (Arztbriefe vom 24.06.2009, 23.07.2009, 15.07.2010).

Der Senat hat von Amts wegen ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Schü. aufgrund einer Untersuchung am 28.06.2011 eingeholt. Dort hat der Kläger angegeben, es gehe ihm von der Stimmung her mal besser mal schlechter, je nachdem wie er sich belastet fühle. In der Familie sei alles für ihn wie Nebel, er fühle sich nicht akzeptiert. Sich in der häuslichen Situation zu wehren falle ihm schwer. Im Vergleich zu früher fühle er sich außer seinem Weg, ziehe sich zurück und sei am liebsten allein. Er habe oft Ängste, er rede etwas falsch und habe Angst davor, dass seine Frau explodiere. Auch wenn die Probleme in erster Linie die Beziehung zu seiner Frau beträfen, sei sie der einzige Mensch, der ihm helfe. Mit den Kindern komme er zurecht. Seine Frau erinnere ihn an Termine, die richtige Kleidung, Essen und Trinken und Medikamente, weil er ansonsten alles vergesse. Er fühle sich wie ein leerer Eimer und habe Kopfschmerzen im Sinne eines Drückens vom Nacken bis in die Parietalregion beidseits wie ein Ballon. Er sehe wie im Nebel, der Augenarzt habe nichts feststellen können. Er könne jetzt durch den Nebel nicht einmal mehr Briefe ohne Lupe lesen. Er gehe etwa alle drei Monate zu Dr. Schr. ... Er könne sich an nichts erinnern, wisse nicht, wann er geheiratet habe und wie viele Geschwister er habe, aber es habe Schwierigkeiten wegen Finanzproblemen gegeben. Im weiteren Verlauf der Untersuchung habe er sich erinnert, dass er schon einmal verheiratet und geschieden gewesen sei und er mit seiner jetzigen Frau keine Kinder habe. Er schlafe nachts nicht gut und könne auch seinen Tagesablauf nicht schildern. Er lese auch, z.B. ein Lehrbuch über Autotechnik. Mit dem Inhalt der Bücher komme er gut zurecht. Er habe einen relativ großen Freundeskreis, auch enge Freunde, versuche aber Distanz zu wahren. Die Achillessehnenreflexe seien nicht hinreichend darstellbar gewesen. Eine sockenförmige oder Minderwahrnehmung entsprechend einem KTS habe der Kläger verneint. Das Vibrationsempfinden im Vorfuß sei auf 6/8 und damit nicht relevant herabgesetzt. Pseudoataktische Störungen hat Dr. Schü. nicht feststellen können. Das KTS könne derzeit nicht bestätigt werden, ein behindernder Befund liege nicht vor. Dr. Schü. ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger zwar teilweise in seiner Schilderung depressiv wirke, aber immer wieder deutliche "vorstellungsbedingte" Komponenten auffielen. Er gebe an, gar nicht zu schlafen, gleichzeitig sage er beim Aufwachen müde zu sein. Die gebotenen Gedächtnisstörungen habe er nicht konsistent durchgehalten. Ereignisse betreffend einen angeblichen Nervenzusammenbruch in den 90er Jahren aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten habe er sehr genau schildern und auf Nachfrage auch exakte Angaben machen können. Eine länger andauernde Demenz lasse sich anhand der beruflichen Anamnese weitgehend ausschließen. Auch die Tatsache, dass er technische Bücher ohne besondere Schwierigkeiten aufnehmen könne, spreche gegen eine Demenz. Der Kläger habe insgesamt nicht authentisch gewirkt, vielmehr habe er Orientierungsschwierigkeiten berichtet, die sich an Vorstellungen orientiert hätten, wie sie bei medizinischen Laien hinsichtlich psychischer Störungen oder Erkrankungen häufig anzutreffen seien. Demgegenüber sei eine depressive Symptomatik eindeutig vorhanden. Es handle sich aber nicht um einen schwerwiegenden Befund mit gravierenden Rückwirkungen auf die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Ein GdB von 20 sei großzügig bemessen, aber noch zu rechtfertigen. Diagnostisch bestehe insofern zum Bericht von Dr. Schr. keine wesentliche Divergenz, insbesondere spreche das Auftreten des Klägers durchaus für die Diagnose einer "Pseudodemenz". Der Kläger hat gegen dieses

Gutachten Einwendungen erhoben.

Der Kläger hat einen Entlassungsbericht des M. Hospitals S. vom 28.06.2011 vorgelegt, in dem die Diagnose "demenzielle Entwicklung DD Pseudodemenz bei Depression" sowie ein Schmerzsyndrom bei AC-Gelenksarthrose, Lumbago, Spinalkanalstenose und ein permanentes Vorhofflimmern mit Marcumartherapie angegeben sind. Der Kläger hat dort eine seit fünf Jahren zunehmende Vergesslichkeit und Konzentrationsschwäche angegeben. Er habe Aggressionen und Depressionen, fühle sich oft niedergeschlagen und schlafe sehr schlecht. Außerdem bemerke er sowohl auf Deutsch als auch auf Kroatisch Wortfindungsstörungen. In den Untersuchungsbefunden wird eine freie Beweglichkeit des Kopfes geschildert. Die verschiedenen Gang- und Standvarianten waren möglich, Hackengang und Seitlängergang unsicher. Die neurologischen apparativen Untersuchungen haben einen Normalbefund, am Nervus suralis links eine verspannungsbedingt leicht reduzierte SNAP gezeigt. Ein CT der gesamten Wirbelsäule hat einen altersentsprechend regelrechten Befund aufgewiesen. Eine Lumbalpunktion habe keine akut entzündliche Veränderung erbracht, die Demenzparameter seien normwertig. Ein Test habe formal den Verdacht einer Demenz ergeben, allerdings komme auch eine pseudodementielle Entwicklung in Frage, so dass eine weitere psychiatrische Anbindung empfohlen werde.

Der Kläger hat einen Arztbrief von Dr. Schr. vom 18.05.2011 vorgelegt, nach dem der Kläger immer mehr in ein Loch rutsche, Gedächtnis und Konzentration würden schlechter, er könne auch nicht mehr gut denken, beide Sprachen, kroatisch und deutsch, würden lückenhafter. In den durchgeführten Tests habe sich ein Demenzverdacht ergeben. Für Dr. Schr. sei deutlich auffallend die erheblich verschlechterte deutsche Sprache.

Der Kläger hat schließlich ein Gutachten des Psychiaters Dr. Rö. vom 16.06. und 30.09.2011 für das SG im Rechtsstreit um eine Rente wegen Erwerbsminderung vorgelegt. Dort hat der Kläger eine Konzentrationsschwäche, innere Unruhe, Schlaflosigkeit, trübe Gedanken, innere Gespanntheit, Beklemmungsgefühle, Reizbarkeit, Grübeleien, Angstgefühl, Neigung zum Weinen, Erschöpfungssymptome, Schwächegefühle, Müdigkeit, Energielosigkeit und rasche Erschöpfbarkeit angegeben. Außerdem habe er Gleichgewichtsstörungen, Schwindelgefühle, Ohnmachtsanfälle, Taubheitsgefühle in den Händen und leide unter Einschlafen von Händen und Füßen. Die Ehefrau des Klägers hat angegeben, es gehe ihm sehr wechselhaft. Oft sitze er nur herum, sei passiv eingestellt und könne nur wenig laufen. Er sitze oft vor dem Fernseher und habe sich sehr zurückgezogen, sei sehr still geworden. Er habe wenig Kontakt, wolle viel alleine bleiben und sei verstimmt. Zuhause schimpfe und schreie er manchmal. Dr. Rö. hat eine Herabsetzung des Gehörs beidseits, einen Blutzucker von 120 mg/dl, einen Blutdruck von 154/104 mmHg, einen links nicht und rechts schwach tastbaren Fußpuls und einen fehlenden Achillessehnenreflex festgestellt. Der Finger-Boden-Abstand betrage 40 cm, beidseits finde sich ein bei 60° positiver Lasègue, die Hüftgelenkbeweglichkeit sei rechts schmerzhaft eingeschränkt. Die Feinmotorik sei verlangsamt, die Sprache nicht neurologisch gestört. Der Kläger sei anfangs sehr wortkarg und nehme nur mühsam im Gespräch Kontakt auf. Erst gegen Ende erfahre der Gutachter, dass er 1997 ein zweites Mal geheiratet habe und die erste Ehe geschieden worden sei. An die Scheidung wolle er nicht erinnert werden. Im Laufe der Untersuchung werde der Kläger etwas zutraulicher und weniger in sich verböhrt und verfestigt. Die Stimmung sei jedoch durchgehend gedrückt und depressiv. Zu Hause bestehe offenbar eine Neigung zu Impulsdurchbrüchen sowie zum Antriebsmangel mit Interesseverlust und ausgeprägter Rückzugstendenz. Dr. Rö. ist deshalb zu dem Ergebnis gekommen, dass eine chronifizierte depressive Verstimmung vorliege. Ein Großteil der Beschwerden sei glaubhaft, einfühlbar und auch mit organischen Veränderungen vereinbar. Die Diagnose laute Depression mit Demenz oder Pseudodemenz.

Der Senat hat die Akten des SG aus dem Verfahren um eine Rente wegen Erwerbsminderung beigezogen (S 2 R 3695/10). Der Internist, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und Kardiologe, Allergologe Dr. Ma. hat am 01.03.2011 ein internistisch kardiologisches Gutachten erstattet. Zu der dortigen Untersuchung ist der Kläger zu Fuß in 20 min gelangt. Er hat Angaben zu seinem Tagesablauf gemacht. Besondere Hobbies habe er nicht. Der Schlaf sei gestört. Seine Gehstrecke sei wegen Knochenschmerzen wechselnd eingeschränkt. Bei Belastung habe er Luftnot, es bestünden Schmerzen in den Hüften und im rechten Arm sowie keine Kraft im linken Arm. Schwindel hat der Kläger verneint. Das Hörvermögen sei bezüglich Umgangssprache unauffällig gewesen. Der Blutdruck habe bei 160/110 mmHg gelegen, die Herzaktion sei mit 96 Schlägen pro Minute regelmäßig. Das Gangbild sei harmonisch unauffällig, der Finger-Boden-Abstand betrage 32 cm. Sämtliche Gliedmaßen seien frei beweglich. Dr. Ma. hat keine depressive Verstimmung feststellen können. Der Kläger zeige sich kooperativ mit adäquater Krankheitschilderung. In der Echokardiographie zeige sich eine linksventrikuläre Hypertrophie mit ansonsten keinen Besonderheiten und ein Vorhofflimmern. Ein Belastungs-EKG habe wegen starker Schmerzen im Bereich des rechten Beins nicht durchgeführt werden können. In den Akten befinde sich aber ein Belastungs-EKG von Dr. He. vom 15.07.2010, nach dem der Kläger mit 75 und 150 Watt über je zwei Minuten habe belastet werden können. Der Kläger habe insofern angegeben, dass sich sein Zustand seit 2001 nicht wesentlich verändert habe. Im Serum seien 111 mg/dl Glukose vorhanden gewesen und der HbA1c-Wert habe bei 6,1% gelegen. Es bestehe ein erhebliches Übergewicht von 103 kg bei 176 cm Körpergröße.

Der Kläger hat im Rentenverfahren eine Bescheinigung des Orthopäden Dr. A. vom 06.06.2011 und des Dr. P. vom 19.05.2011 vorgelegt, in der sie Bewegungsausmaße der Schultern, Hüften und Wirbelsäule angegeben haben. Weiterhin hat er einen Arztbrief des Orthopäden Dr. Gei. vom 23.05.2011 vorgelegt (myofasciales Triggerpunktsyndrom bei degenerativer LWS, rezidivierende Wurzelreizsymptomatik L4/5, Omarthrose beidseits, initiale Coxarthrose beidseits, diabetischer Fuß).

In einem Arztbrief vom 29.07.2011 hat der Kardiologe PD Dr. He. kardiale Beschwerdefreiheit mitgeteilt.

Der Kläger hat einen Arztbrief des Dr. Schr. vom 19.07.2012 zu den Akten des Senats gereicht. Dort hat der Kläger angegeben, er werde trotz Medikation wieder aggressiv gegen seine Ehefrau. Er sei wie besoffen, das Gedächtnis sei auch schlecht, er sei aber vor allem intolerant und aggressiv. In den von Dr. Schr. durchgeführten Tests hat der Kläger dieselben Werte erreicht wie zuvor. Im Vordergrund der Beschwerden stehe diesmal ein Tinnitus rechts, der behandlungsresistent sei. Eine erkennbare Ursache hat Dr. Schr. nicht gefunden. Es gebe Hinweise für eine deutlichere kognitive Leistungsstörung und beginnende hirnorganische Wesensänderung. Grund könne ein demenzielles Syndrom als auch vaskulär bedingte Veränderungen sein.

Der Neurologe und Psychiater Dr. Ge. hat in Briefen vom 25.05.2012 und 06.07.2012 geschildert, der Kläger beklage Vergesslichkeit, er behalte keine Namen mehr und verlege häufig Gegenstände. Er wolle entgegen seinen Gewohnheiten immer alleine sein, ziehe sich zurück. Menschenkontakte regten ihn auf, er reagiere schnell explosiv. Mittlerweile halte er sich für unheilbar krank. In den Tests habe sich eine leichte kognitive Beeinträchtigung gezeigt.

Der Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde A. N. hat am 04.07.2012 ein Ohrgeräusch seit drei Monaten beschrieben. Es bestehe beidseits eine Innenohrhochtonschwerhörigkeit, beidseits sei die 30 dB Schwelle erreicht.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Ri. hat in einer ärztlichen Bescheinigung vom 15.08.2012 darauf hingewiesen, dass zwei Neurologen unabhängig voneinander kognitive Defizite festgestellt hätten, die man durchaus als beginnende Demenz (mild cognitive impairment) bezeichnen könne. Von einer Verbesserung der Angelegenheit sei kaum auszugehen. Ursache sei wahrscheinlich eine Kombination aus arteriosklerotischen und metabolischen Ursachen mit vaskulären Ereignissen (am ehesten Mikroembolien bei absoluter Arrhythmie und Vorhofflimmern). Ein absoluter Verlust des Geruchssinnes halte ebenso wie die Ohrgeräusche seit Monaten an.

In der Zeit vom 09.07.2012 bis 13.07.2012 hat sich der Kläger in stationärer Behandlung im K.-Krankenhaus, S. wegen eines fieberhaften Harnwegsinfekts mit Splenomegalie und Leberparenchymschaden bei latenter Hyperthyreose befunden (Entlassungsbericht vom 09.07.2012). Unter antibiotischer Therapie haben sich die mit dem Harnwegsinfekt verbundenen Entzündungswerte verbessert, die Flankenschmerzen haben nur langsam abgenommen.

Der Beklagte hat sein Vergleichsangebot unter Vorlage einer Stellungnahme von Dr. Bru. vom 25.10.2012 aufrecht erhalten.

Der Senat hat schließlich Dr. Ri. schriftlich als sachverständigen Zeugen zur derzeitigen Therapie des Diabetes mellitus befragt. Er hat unter dem 15.01.2013 angegeben, der Kläger werde von ihm engmaschig, d.h. mehrmals im Monat gesehen. Das liege zum einen an der Krankheitsdynamik, zum anderen an der verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit des Klägers. Der Kläger werde mit einer maximalen oralen antidiabetischen Therapie behandelt, bestehend aus Metformin, einem Gliptin und einem Sulfonylharnstoff. Die Blutzuckereinstellung sei hierunter sehr gut. Hypoglykämien träten selten auf und würden meistens durch parallel stattfindende übermäßige körperliche Betätigung ausgelöst. Er erinnere sich z.B. an einen durchgeführten Umzug. Der Kläger führe selbst keine Blutzuckermessungen durch. Er sei aber in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben, die Einstellung der maßgeblichen Werte sei eher strikt und unter anderem deshalb gut gelungen, weil die Ehefrau des Klägers ihr Ess- und Kochverhalten nachhaltig auf die Krankheit ihres Mannes eingestellt habe. Blutzuckermessungen fänden in der Praxis in ca. 3-4 monatigen Abständen statt. Darüber hinaus sei eine Blutzuckerbestimmung aus der Fingerbeere bei ihm in der Praxis mit dem Kläger vereinbart. Eine Insulintherapie finde nicht statt, sei nicht notwendig und im Hinblick auf die kognitive Einschränkung auch nur schwer durchführbar. Der Kläger nehme außerdem Marcumar, Simvastatin zur Senkung der Blutfette, einen Betablocker zur Frequenzkontrolle bei tachykarder Herzrhythmusstörung. Weiterhin diskutiere man derzeit mit den behandelnden Neurologen eine Medikation mit einem Cholinesterasehemmer zur Behandlung der Demenzproblematik. Dr. Ri. hat Laborwerte vorgelegt (HbA1c 6,3 bzw. 6,4, TSH 0,98, 0,65 und 0,93 bei einem angegebenen Referenzbereich von 0,27 bis 4,2).

Der Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung vom 22.02.2013 ein Teilanerkennnis dahingehend abgegeben, dass ab Mai 2009 ein GdB von 40 festgestellt wird. Der Kläger hat dieses Teilanerkennnis zur teilweise Erledigung des Rechtsstreits angenommen und seine Berufung auf die Zeit ab 01.05.2009 beschränkt.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf einen Band Akten des Beklagten, einen Band Akten des Sozialgerichts Stuttgart sowie die beim Senat angefallene Akte.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung ist unbegründet soweit sie über das angenommene Teilanerkennnis des Beklagten vom 22.02.2013 hinausgeht. Dem Kläger steht ab Mai 2009 kein höherer GdB als 40 zu.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (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 Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach 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 (§ 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 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 – 9/9a RVs 1/91 – BSGE 72, 285; BSG, Urteil vom 09.04.1997 – 9 RVs 4/95 – SozR 3-3870 § 4 Nr. 19; BSG, Urteil vom 18.09.2003 – B 9 SB 3/02 R – BSGE 91, 205; BSG, Urteil vom 29.08.1990 – 9a/9 RVs 7/89 – BSG SozR 3 3870 § 4 Nr. 1).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP, die im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 16 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und

Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere § 69 SGB IX - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - RdNr 27, 30 mwN). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [aaO](#), RdNr 30).

Nach diesen Kriterien ist sind die beim Kläger vorliegenden Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule mit einem GdB von 20 angemessen aber auch ausreichend bewertet. Nach Nr. 18.9 Teil B VG bedingen Wirbelsäulenschäden, die keine Bewegungseinschränkung oder Instabilität verursachen einen GdB von 0. Bei geringen funktionellen Auswirkungen wird ein GdB von 10 angenommen, bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, d.h. Verformung, häufig rezidivierenden oder anhaltenden Bewegungseinschränkungen oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierenden und über Tage andauernden Wirbelsäulensyndromen wird ein GdB von 20 angenommen. Ein GdB von 30 ist gerechtfertigt bei schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit z.B. häufig rezidivierenden und Wochen andauernden ausgeprägten Wirbelsäulensyndromen oder bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten.

Bei dem Kläger liegen mittelgradige Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt und allenfalls leichtgradige Auswirkungen in den beiden anderen Wirbelsäulenabschnitten vor. Nach dem Gutachten von Dr. Kr. vom 28.05.2009 war die Beweglichkeit in der LWS etwas eingeschränkt. Die BWS wies degenerative Veränderungen auf, ohne dass Dr. Kr. insofern eine mehr als geringfügige Bewegungseinschränkung feststellen konnte. Die HWS hat er als weitgehend frei beweglich festgestellt. Darüber hinaus besteht eine subjektive Gefühlstörung und Schmerzen im rechten Bein und wiederkehrende Nervenwurzelreizerscheinungen in der Wirbelsäule (Lasègue zwischen 50° und 70° positiv, von Dr. Gei. als Pseudolasègue bezeichnet). Diese Befunde stimmen im Wesentlichen mit den von Dr. P. und Dr. A. im laufenden Berufungsverfahren angegebenen Werten überein. Auch Dr. Rö. und Dr. Ma. haben in ihren Gutachten ähnliche Werte mitgeteilt. Die in den Händen zwischenzeitlich angegebenen Gefühlstörungen hat Dr. Schü. in seinem Gutachten nicht nachvollziehen können und sind auch von den inzwischen behandelnden Neurologen und Psychiatern nicht mehr nachvollzogen worden. Die Nervenleitgeschwindigkeiten der von der HWS ausgehenden Nerven waren ebenso regelrecht wie die des Nervus tibialis für das Bein. Schwergradige Einschränkungen der LWS oder wenigstens mittelgradige Einschränkungen in der BWS oder HWS ergeben sich aus diesen Befunden auch unter Berücksichtigung der vom Kläger angegebenen Schmerzen nicht. Ein GdB von 20 ist ausreichend.

Das von Dr. S.-G. im Juli 2008 diagnostizierte KTS bedingt keinen GdB von wenigstens 10. Der Kläger hat insofern bei den Untersuchungen durch Dr. Kr., Dr. Schü. und Dr. Rö. eine Kraftlosigkeit in der linken Hand thematisiert, die aber bei den Begutachtungen so nicht nachvollzogen werden konnte. Die Nervenleitgeschwindigkeiten sind regelrecht. Ein manifestes KTS mit motorischen oder sensiblen Einschränkungen ergibt sich daraus nicht.

Die Beschwerden von Seiten der Schultern bedingen ebenfalls keinen GdB von wenigstens 10. Nach Nr. 18.13 Teil B VG führt eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks einschließlich des Schultergürtels, die zur Unmöglichkeit einer Armhebung über 120° hinaus mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit führt, zu einem GdB von 10. Bei höhergradigen und gegebenenfalls beidseitigen Einschränkungen ergibt sich ein höherer GdB. Der Kläger kann nach dem Gutachten von Dr. Kr., dem die von Dr. A. und Dr. P. während des laufenden Berufungsverfahrens mitgeteilten Werte entsprechen, beide Arme bis über 160° heben ohne wesentliche Einschränkungen in der Dreh- und Spreizfähigkeit zu haben. Die von Dr. S.-G. im Juli 2008 geschilderten Einschränkungen waren insofern vorübergehender Natur. Ein GdB von wenigstens 10 ergibt sich daraus nicht.

Die Beschwerden von Seiten der Hüften sind nicht mit einem eigenen GdB zu berücksichtigen. Gemäß Nr. 18.14 Teil B VG ist eine Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks geringen Grades, die zu einer Streckung/Beugung bis zu 0/10/90 führt, mit einem GdB von 10 bis 20 zu bewerten. Beim Kläger liegt nach allen vorliegenden ärztlichen Unterlagen (Gutachten Dr. Kr., Mitteilungen von Dr. P. und Dr. A.) eine beginnende Hüftgelenksarthrose mit immer mal wieder angegebenen Schmerzen bei einer Beugefähigkeit bis 120° bzw. 125° vor. Eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne einer Behinderung ist daraus nicht abzuleiten, wie Dr. Kr. schon in seinem Gutachten vom 28.05.2009 zutreffend ausgeführt hat. Die von Dr. P. am 19.08.2008 geschilderten höhergradigen Einschränkungen haben sich in der Folge nicht bestätigt.

Der von Dr. P. mitgeteilte Senk-Spreizfuß führt mangels Hinweises auf statische Auswirkungen der Fußfehlform nicht zu einem GdB von wenigstens 10, Nr. 18.14 Teil B VG.

Die von Dr. Schr. in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 29.09.2010 beschriebene Polyneuropathie der Beine bedingt ebenfalls keinen GdB von wenigstens 10. Nach Nr. 3.11 Teil B VG ergeben sich bei den Polyneuropathien die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund motorischer Ausfälle, sensibler Störungen oder Kombinationen von beidem. Der GdB ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden nach Nr. 18.14 Teil B VG einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen z.B. der Feinbewegungen führen können. Dr. Schr. hat insofern Missempfindungen, Kribbelgefühle und eine Symptomatik unruhiger Beine geschildert. Der Kläger habe außerdem Gleichgewichtsstörungen und Taubheitsgefühle an den Füßen mitgeteilt. In den Untersuchungen im M. Hospital, bei Dr. Schü. und auch bei Dr. Rö. hat der Kläger diese Beschwerden nicht mehr geschildert, insbesondere hat er strumpfförmige Missempfindungen weder bei diesen Untersuchungen angegeben noch werden sie in dem Bericht von Dr. Ge. vom 25.05.2012 erwähnt. Vielmehr kann der Kläger die verschiedenen Gang- und Standvarianten vorführen, obwohl die Achillessehnenreflexe nicht auslösbar sind. Bei Dr. Ge. werden sie sogar sämtlich als sicher beschrieben. Sichere Nervenausfälle haben weder Dr. Schr. noch Dr. Schü. noch das M. Hospital feststellen können. Die unruhigen Beine hat der Kläger in der Folge nicht mehr angegeben, obwohl er in den Angaben zur Vorgeschichte in den verschiedenen Gutachtenssituationen mehrfach Schlafstörungen geschildert hat und dazu auch weiter befragt worden ist. Beeinträchtigungen der Feinbewegung der Beine haben die Ärzte sämtlich nicht beschrieben. Auch unter Berücksichtigung der an den Beinen aufgetretenen Schmerzen, die wesentlich schon bei der Einschätzung der Folgen der Wirbelsäulenbeeinträchtigung berücksichtigt worden sind, ist daraus kein GdB von mindestens 10 abzuleiten.

Das im Jahr 2007 entfernte Basaliom (Basalzellkarzinom) führt nicht zur Berücksichtigung eines eigenen GdB. Nach Nr. 17.13 Teil B VG ist nach Entfernung eines malignen Tumors der Haut in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Während dieser Zeit wird ein GdB von 50 und mehr angenommen. Ausgenommen von dieser Regelung sind nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Nr. 17.13 Teil B VG Basalzellkarzinome. Für die Entfernung eines solchen Basalzellkarzinoms wird - sofern keine weiteren Komplikationen z.B. mit deren

Entfernung verbunden sind - kein GdB festgestellt. Beim Kläger ist im Dezember 2007 ein Basalzellkarzinom am Ohr festgestellt worden. Weitergehende Beeinträchtigungen hat der Kläger aufgrund dieser Behandlung oder in Folge des Karzinoms nicht. Ein eigener GdB resultiert daraus nicht.

Die Schwerhörigkeit des Klägers einschließlich des seit April 2012 aufgetretenen Ohrgeräuschs bedingt einen GdB von allenfalls 10. Gemäß Nr. 5.2 Teil B VG wird der Hörverlust in erster Linie aus dem Sprachaudiogramm ermittelt. Wenn ein solches nicht durchführbar ist, kann auf das Tonaudiogramm zurückgegriffen werden, mit dessen Hilfe anhand der Tabelle nach Röser gemäß Nr. 5.2.2 Teil B VG der prozentuale Hörverlust ermittelt wird. Dem prozentualen Hörverlust werden dann nach der Tabelle unter Nr. 5.2.4 Teil B VG GdB Werte zugeordnet. Nach dem überzeugenden Gutachten von Dr. S. war vom Kläger ein verwertbares Sprachaudiogramm nicht zu ermitteln. Der Kläger gab bei dem entsprechenden Test einen erheblichen Hörverlust an, der weder mit dem Eindruck in der Untersuchung durch Dr. Schu. noch mit demjenigen bei Dr. S. vereinbar war. Dort hörte er ohne Hörhilfen Gespräche teilweise in normaler Zimmerlautstärke, teilweise mit leiser Stimme und sogar im Abstand von bis zu fünf Metern mit Flüsterstimme. Dem entspricht - wie Dr. S. nachvollziehbar begründet - das zuletzt durchgeführte Tonaudiogramm, aus dem sich auf beiden Ohren die Hörschwelle bei 20 dB für 500, 1000 und 2000 Hertz und bei 40 dB bei 4000 Hertz ergibt. Daraus ist ein Hörverlust auf jedem Ohr von 18 % zu ermitteln. Das führt nach Nr. 5.2.4 Teil B VG zu einem GdB von 0.

Neue Erkenntnisse ergeben sich aus dem Arztbrief von Dr. N. vom 04.07.2012 nicht. Danach hat die Hochtonschwerhörigkeit beidseits 30 dB erreicht. Das entspricht im Wesentlichen den Werten von Dr. S., der bei 4000 Hertz eine Hörschwelle von 40 dB ermittelt hat.

Ohrgeräusche ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen bedingen nach Nr. 5.3 einen GdB von 0 bis 10. Bei erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen wird ein GdB von 20 angenommen. Bei einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit wegen des Tinnitus wird ein GdB von 30 bis 40 angenommen. Der Arzt N. hat die Ohrgeräusche festgestellt und eine Defocussierung vorgeschlagen. Wesentliche psychische Begleiterscheinungen hat weder er noch Dr. Ri. oder Dr. Schr. geschildert, so dass nur unter Berücksichtigung der Innenohrhochtonschwerhörigkeit ein GdB von allenfalls 10 angenommen werden kann.

Der von Dr. Ri. angegebene Verlust des Geruchssinns, der in dem Arztbrief des HNO Arztes N. nicht befundet wird, führt nicht zur Zuerkennung eines GdB. Nach Nr. 6.3 Teil B VG führt der völlige Verlust des Riechvermögens erst mit einer damit verbundenen Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung zu einem GdB von 15. Dr. Ri. hat einen über Monate anhaltenden Verlust des Geruchssinns mitgeteilt. Eine Beeinträchtigung der Geschmackswahrnehmung hat weder er angegeben noch der Kläger selbst vorgetragen. Ein GdB von 10 ergibt sich daraus nicht.

Die nach dem Entlassungsbericht des K.-Krankenhauses vom 09.07.2012 beim Kläger vorliegende latente Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion) führt nach Nr. 15.6 Teil B VG im Hinblick auf die zuletzt von Dr. Ri. mitgeteilten normalen Schilddrüsenwerte nicht zur Feststellung eines GdB. Das gleiche gilt nach Nr. 16.1 Teil B VG für die Vergrößerung der Milz (Splenomegalie) und gemäß Nr. 10.3 Teil B VG für den festgestellten Leberparenchymschaden ohne funktionelle Auswirkungen. Der Harnwegsinfekt war vorübergehender Natur, bleibende Schäden hat der Kläger aus diesem Infekt nicht erlitten. Die von Dr. Schu. festgestellte Nephropathie führt nicht zu Funktionsbeeinträchtigungen, wie er überzeugend und nachvollziehbar ausgeführt hat.

Der beim Kläger vorliegende Diabetes ist mit einem GdB von 20 zutreffend bewertet. Für die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) sind die GdB-Bewertungsgrundsätze durch die Zweite Verordnung zur Änderung der VersMedV ([BGBl. 2010,928](#)) mit Wirkung vom 22.07.2010 geändert worden. Mit dieser Änderung wurde Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nachvollzogen, die sowohl zu den AHP als auch zu den VG ergangen ist (BSG, Urteil vom 24.04.2008 - B [9/9a SB 10/06 R](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 9](#), v. 23.04.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#), Juris). Auf die VG in der Fassung der Änderungsverordnung kann auch für die Zeit vor deren Inkrafttreten zurückgegriffen werden (BSG, Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 12](#)). Danach gilt nach den VG Teil B 15.1 für die GdB-Bewertung eines Diabetes mellitus: Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Der GdB beträgt 0. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 20. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 30 bis 40. Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulinjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und die durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdB beträgt 50. Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdB-Werte bedingen.

Nach der Zeugenaussage von Dr. Ri. vom 15.01.2013 erfährt der Kläger eine Therapie mit oralen Antidiabetika, die eine Hypoglykämie auslösen können. Regelmäßige dokumentierte Blutzuckermessungen muss er nicht selbst ausführen, vielmehr wird in der Praxis von Dr. Ri. alle drei bis vier Monate der Blutzucker im Serum bestimmt. Darüber hinaus haben die Eheleute ihr Ess- und Kochverhalten an die Blutzuckerkrankheit des Klägers angepasst. Unter diesen Maßnahmen ist die Blutzuckereinstellung beim Kläger gut, der Blutzuckerlangzeitwert HbA1c ist fast im Normbereich, so dass Dr. Ri. eine Einstellung auf Insulin unabhängig von den psychischen Beeinträchtigungen des Klägers nicht für notwendig hält. Ein GdB von 20 ist für diese Beeinträchtigung angemessen.

Die Beschwerden des Klägers von Seiten des Herz-Kreislauf-Systems sind mit einem GdB von 10 zu bewerten. Nach Nr. 9.1.3 Teil B VG richtet sich der GdB bei Rhythmusstörungen vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens. Anfallsweise auftretende hämodynamisch relevante Rhythmusstörungen wie z.B. paroxysmale Tachykardien bedingen je nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigungen einen GdB von 10 bis 30 ohne dauernde Leistungsbeeinträchtigung und 40 und mehr bei andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens. Nach Nr. 9.1.1 Teil B VG wird eine Leistungsbeeinträchtigung des Herzens bei mittelschwerer Belastung und Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung bis 75 Watt mit einem GdB von 20 bis 40 bewertet. Bei einer Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung und Beschwerden und Auftreten pathologischer

Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt über wenigstens zwei Minuten wird ein GdB von 50 bis 70 angenommen. Ein Bluthochdruck leichter Form, d.h. ohne oder mit geringer Leistungsbeeinträchtigung führt nach Nr. 9.3 Teil B VG zu einem GdB von 0 bis 10, erst bei einer mittelschweren Form, d.h. bei Organbeteiligung oder einem diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mmHg wird ein höherer GdB angenommen.

Nach diesen Kriterien ist ein GdB von 10 noch ausreichend. Der Kläger ist nach den Befunden von PD Dr. He., die im Wesentlichen mit denjenigen von Dr. Schu. und Dr. Ma. übereinstimmen, trotz der vorliegenden Arrhythmie und des Vorhofflimmerns kardial beschwerdefrei, ein zeitweise zu hoher Herzschlag wird mit Betablockern nach Angaben von Dr. Ri. erfolgreich behandelt. Der Kläger war im Ergometer im Jahr 2010 bis 150 Watt belastbar, Hinweise auf eine Verschlechterung der Herzleistungsfunktion ergeben sich nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Ma. in seinem Gutachten vom 01.03.2011 nicht. Die Herzfrequenz war bei den Untersuchungen durch PD Dr. He. und auch während der verschiedenen stationären Behandlungen im Wesentlichen im Normbereich. Darüber hinaus muss der Kläger durchgehend mit Marcumar, d.h. mit einem Mittel zur Blutverdünnung behandelt werden, dessen Wirkung regelmäßig durch Dr. Ri. im Rahmen des Disease Management Programms überprüft wird (Quick-Bestimmung). Damit sind ebenfalls Anpassungen im Ess- und Kochverhalten verbunden (Verhinderung der Einnahme von Vitamin K durch Vermeiden bestimmter Lebensmittel). Eine Carotis Stenose hat Dr. Schr. mehrmals ausgeschlossen. Dr. Ri. führt die von ihm für glaubhaft gehaltene kognitive Leistungseinschränkung auf die absolute Arrhythmie und das Vorhofflimmern zurück, ohne dass sich aus dieser Annahme therapeutische Konsequenzen ergeben. Derzeit wird lediglich erwogen, eine medikamentöse Einstellung der vermuteten beginnenden Demenz auf einen Cholinesterasehemmer erwogen.

Darüber hinaus liegt beim Kläger ein erhöhter Blutdruck vor, ein diastolischer Wert von mehr als 100 mmHg findet sich in den verschiedenen Arztberichten und Gutachten nur vereinzelt (Gutachten Dr. Rö., Blutdruck 154/104 mmHg, Dr. Ma. 160/110 mmHg). Dr. Ri. bezeichnet die nunmehr vorgenommene Einstellung als stringent, zuletzt hat das K.-Krankenhaus im Entlassungsbericht vom 09.07.2012 einen Wert von 110/55 mmHg mitgeteilt. Zwar hat sich zwischenzeitlich eine Linksherzhypertrophie herausgestellt, die Dr. Ma. aber als grenzwertig bezeichnet hat, so dass sichere organische Auswirkungen des Bluthochdrucks bisher nicht festgestellt sind. Eine mittelgradige Bluthochdruckerkrankung ergibt sich daraus noch nicht. Ein GdB von 10 für die Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems ist deshalb ausreichend.

Die Beeinträchtigungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bedingen einen GdB von 20 im hier noch streitigen Zeitraum ab Mai 2009. Nach Nr. 3.1.a) Teil B VG ist ein Hirnschaden nachgewiesen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns - nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase - festgestellt worden sind. Bestimmend für den GdB ist nach Buchstabe b) das Ausmaß der verbleibenden Ausfallerscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidten Persönlichkeit zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschäden kommt ein GdB von 20 bis 100 in Betracht. Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen wie z.B. einer Aphasie, Apraxie oder Agnosie bedingen bei leichten Beeinträchtigungen wie z.B. einer Restaphasie einen GdB von 30 bis 40. Bei einer Aphasie mit einer deutlichen sehr ausgeprägten Kommunikationsstörung wird ein GdB von 50 bis 80 angenommen. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata bedingen einen GdB von 0 bis 20, wenn es sich um leichtere psychovegetative oder psychische Störungen handelt. Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit wie z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert bedingen einen GdB von 30 bis 40.

Beim Kläger ist ein Hirnschaden nicht nachgewiesen. Das CT des Hirn war ebenso unauffällig wie die Liquoruntersuchung und sonstige Demenzindikatoren. Lediglich ein bei Dr. Schr. durchgeführter Test, der darüber hinaus mitarbeitersabhängig ist, begründet aufgrund des dort ermittelten Werts den Verdacht auf eine Demenz, ohne dass damit die Demenz selbst nachgewiesen wäre, wie Dr. Bru. in seiner Stellungnahme vom 25.10.2012 überzeugend ausgeführt hat. Es besteht lediglich eine leichte kognitive Leistungsbeeinträchtigung, Dr. Ri. beschreibt die Störung als "mild cognitive impairment". Die von Dr. Schr. und auch dem Kläger angegebene Verschlechterung seiner Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache haben weder Dr. Rö. noch Dr. Ri. bestätigt. Auch Dr. Schr. hat diesen Umstand in seinen aktuellen Arztbriefen nicht mehr erwähnt. Eine neurologische Sprachstörung hat Dr. Rö. ausdrücklich ausgeschlossen, so dass dieses Phänomen als Teil der leichten kognitiven Leistungsschwäche einzuordnen ist.

Seit Mai 2009 ist der Kläger in psychiatrischer Behandlung bei Dr. Schr. ... Dieser hat ihn als psychomotorisch eingemauert und depressiv beschrieben. Eine medikamentöse Behandlung hatte vorübergehend Erfolg, eine Behandlung bei Dr. Schr. fand nach eigenen Angaben des Klägers nur alle drei bis vier Monate statt. Dr. Schr. hat die Einschränkungen des Klägers in seiner für den Senat abgegebenen sachverständigen Zeugenaussage vom 29.09.2010 als chronische Dysthymie, als zum depressiven Pol verschobene Stimmung, eingeordnet. Eine Depression oder gar eine ausgeprägtere depressive Störung hat er nicht angegeben und ist auch nicht erkennbar. Ein GdB von mehr als 20 ist für diese Erkrankung auch im Zusammenhang mit der in diesem Bericht bereits aufgrund der anamnestischen Angaben des Klägers angenommenen kognitiven Leistungsstörung nicht gerechtfertigt.

Seit Juni 2011 ist beim Kläger der Verdacht auf eine Demenz bzw. als Differenzialdiagnose eine Pseudodemenz aufgekommen. Dem liegen die Angaben des Klägers und seiner Ehefrau zugrunde, dass er zunehmend vergesslich werde und sich von seiner Ehefrau an die Einnahme von Medikamenten und sonstige Erledigungen des täglichen Lebens erinnern lassen muss. Er neigt sowohl nach eigener Darstellung als auch nach Darstellung seiner Ehefrau zu aggressiven Durchbrüchen und zu einem Rückzug in sich selbst, der sich unter anderem dadurch ausdrückt, dass er teilweise den ganzen Tag nichts tut oder sich vor dem Fernseher sitzt.

Diese Einschränkungen sind nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Schü. in seinem Gutachten vom 28.06.2011 noch nicht als stärker behindernden Störungen im Sinne einer ausgeprägteren depressiven Störung oder einer Entwicklung mit Krankheitswert einzuordnen. Für diese Behinderung ist ein GdB von 20 weiterhin ausreichend.

Zwar hat der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. Schü. und auch durch Dr. Rö. massive Gedächtnisstörungen bis hin zum Vergessen seiner ersten Ehe demonstriert. Diese Demonstration war aber - wie Dr. Schü. überzeugend ausgeführt hat - Folge einer zumindest aggravierten möglicherweise auch teilweise simulierten Darstellung. Der Kläger hat sich bei Dr. Schü. und auch Dr. Rö. zunächst nicht an seine erste Ehe, die Zahl seiner Geschwister und das Alter seiner Kinder erinnern können, um später diese Angaben doch zu machen. Seine Vorgeschichte und seine Leiden hat er sehr wenig stringent und teilweise widersprüchlich dargestellt. Einen Tagesablauf hat er gar nicht angeben können. Dem widersprechen seine Angaben gegenüber Dr. Ma., wo er durchaus Angaben zu seinem Tagesablauf mit Uhrzeiten

und auch die Zahl seiner Geschwister, die Geburtsdaten seiner Kinder und Einzelheiten aus seiner Lebensgeschichte darstellen konnte. Dr. Rö. beschreibt den Kläger als wortkarg und verschlossen, im Verlauf der Untersuchung aber auftauend und lebhafter werdend. Aus diesen Befunden ergibt sich ein Misstrauen gegenüber den Gutachtern auf nervenärztlichem Fachgebiet, insbesondere gegenüber Dr. Schü., der im gleichen Gutachtensinstitut tätig ist wie Dr. Schu., dessen Gutachten für das SG der Kläger als nicht zutreffend empfunden hat. Eine höhergradige Einschränkung der kognitiven Funktion ergibt sich daraus ebenso wenig wie eine weitergehende Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Gegen eine höhergradige Einschränkung der kognitiven Funktion spricht auch, dass der Kläger zur Untersuchung durch Dr. Ma. alleine zu Fuß ohne besondere Orientierungsschwierigkeiten laufen konnte und dort seine Beschwerden in adäquater Weise vortragen konnte. Weiterhin spricht gegen eine höhergradige Einschränkung der kognitiven Funktion, dass der Kläger nach eigenen Angaben Lehrbücher zu Autotechnik, also mit Ausführungen zu komplexen Vorgängen, lesen und auch verstehen kann. Ein höherer GdB als 20 ist für diese Beeinträchtigung nicht zu berücksichtigen.

Daran ändert die Tatsache nichts, dass Dr. Schr. zwischenzeitlich die Diagnose Demenz mit der Differenzialdiagnose Pseudodemenz gestellt hat. Wie Dr. Schü. überzeugend ausgeführt hat, passen die vom Kläger bei ihm angegebenen Einschränkungen durchaus auch zu der Diagnose einer Pseudodemenz, die sich aber ihrerseits als Teil der psychischen Beeinträchtigung darstellt und keinen höheren GdB als 20 bedingt.

Die Behinderung des Klägers bedingt keinen höheren Gesamt-GdB als 40. Nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Die AHP führen zur Umsetzung dieser Vorschriften aus, dass eine Addition von Einzel GdB Werten grundsätzlich unzulässig ist und auch andere Rechenmethoden für die Gesamt GdB Bildung ungeeignet sind. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird; ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. AHP Nr. 19 Abs. 3) Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG, [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#)).

Beim Kläger sind Einzel-GdB von 20 für die Wirbelsäule, 10 für die Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, 20 für die psychischen Beschwerden einschließlich der kognitiven Leistungsschwäche, von höchstens 10 für die Schwerhörigkeit einschließlich Ohrgeräusche und 20 für den Diabetes mellitus zu berücksichtigen. Ausgehend vom GdB von 20 für die Wirbelsäulenbeschwerden erhöht sich der GdB durch die Beeinträchtigung aufgrund des GdB von 20 für den Diabetes auf 30, durch die neurologische-psychiatrischen Beeinträchtigungen um weitere 10 auf 40. Die Beeinträchtigung durch die Schwerhörigkeit und die Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems sind nicht geeignet, den GdB weiter zu erhöhen.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-03-19