

L 8 SB 2406/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 4 SB 831/10

Datum

05.05.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2406/11

Datum

20.09.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Mai 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die (Erst-)Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 ab dem 25.03.2009.

Der 1963 geborene Kläger ist türkischer Staatsangehöriger, er verfügt seit 20.07.1988 über einen unbefristeten Aufenthaltstitel und lebt in K ... Am 25.03.2009 beantragte er beim Landratsamt K. erstmals die Feststellung eines GdB. Zu diesem Antrag gab er als Gesundheitsstörungen an: - Rückenbeschwerden, - Arthrose in beiden Schultern, - Bluthochdruck, - Senk-Spreiz-Fuß beidseits und - Operation am linken Ellenbogen wegen eines Arbeitsunfalles.

Der Beklagte zog daraufhin Unterlagen vom behandelnden Hausarzt, dem Facharzt für Allgemeinmedizin/Sportmedizin/Akupunktur Dr. B., bei. Dieser teilte mit, im Vordergrund stünden die Beschwerden des linken Ellenbogens nach einem Arbeitsunfall mit Radiusköpfchenimpression-Mehrfragmentfraktur links mit Knorpeldefekt und Zustand nach operativer Sanierung. Eine Reoperation stehe an. Behandelt werde der Kläger auch wegen chronischer Rückenschmerzen. An der linken Schulter bestünden seit Jahren Schmerzen, eine Röntgenuntersuchung habe Arthrose im linken Schultergelenk ergeben. Da auch Bewegungseinschränkungen bestünden, sei eine Omarthrose klinisch sehr wahrscheinlich. Die vorliegenden Befunde zeigten durchschnittliche Blutdruckwerte, eine Organbeteiligung habe nicht festgestellt werden können.

Nach Einholung einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dres. Z./K. vom 22.08.2009, die die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und des Schulter-Arm-Syndroms mit einem GdB von 10 und die Funktionsbehinderung des linken Ellenbogens ebenfalls mit einem GdB von 10 bewertet hatten, lehnte das Landratsamt K. mit Bescheid vom 28.08.2009 die Feststellung eines GdB und die Ausstellung eines Ausweises nach [§ 69 SGB IX](#) ab. Eine Feststellung sei nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliege; vorliegend bedingten die Funktionseinschränkungen jedoch keinen GdB von wenigstens 20.

Auf den Widerspruch des Klägers vom 23.09.2009 hin zog das Landratsamt K. Unterlagen der BG Handel und Warendistribution (BGHW) bei, insbesondere den Ausführlichen Krankheitsbericht der BG-Unfallklinik L. vom 18.09.2009. Aus diesem Bericht ist zu entnehmen, dass der Kläger wieder Arbeitsfähigkeit in seinem Beruf als LKW-Fahrer erreicht habe, sich jedoch jetzt wegen persistierender Ellenbogengelenksbeschwerden erneut vorgestellt habe. Die Ellenbogengelenksfunktion links sei mittlerweile auf Extension/Flexion 0/5/115 Grad und Pro-/Supination von 90/0/90 Grad verbessert. Das Ellenbogengelenk sei stabil; eine fachneurologische Konsultation habe eine periphere Nervenläsion ausgeschlossen. Eine rentenberechtigende MdE bestehe nicht.

Des Weiteren zog das Landratsamt K. Unterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin/Internistin Dr. A. bei. Aus dem danach u.a. beigezogenen Bericht des Dr. M.-B. vom 13.03.2007 ergibt sich, dass arterielle Durchblutungsstörungen der Beine ausgeschlossen werden konnten und dass der Kläger im Jahr 1983 zwei Mal an der Bandscheibe operiert worden war. Aus einem weiteren von Dr. A. vorgelegten Bericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie/Rehabilitationswesen Dr. H. vom 20.09.2007 ergibt sich, dass der Kläger an Kopfschmerzen unklarer Genese gelitten habe.

Auf Grundlage einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. K. vom 31.12.2009, der die Funktionsbehinderungen als zutreffend

bewertet ansah, wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.2010 zurück.

Mit seiner Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) vom 26.02.2010 hat sich der Kläger hiergegen gewandt. Er habe am 24.01.2009 einen Arbeitsunfall mit Radiusköpfchenimpressions-Mehrfragmentfraktur links mit zentralem Knorpelschaden am Capitulum humeri erlitten, welcher operativ habe versorgt werden müssen. Es bestünden auch eine Vielzahl weiterer Beschwerden: - chronische Rückenschmerzen, - Cervicalsyndrom, - Osteochondrose HWK 5/6, - Hyperlordosierte Haltung, - z.N. Bandscheiben OP LWS, - Omarthrose an der linken Schulter mit Einschränkungen der Gebrauchsfähigkeit/Arthrose/Schultergelenksarthrose/ACG-Arthrose bds., - Impingementsyndrom bds. Schulter/Painful Arc, - Bursitis subacromialis Supraspinatustendopathie, - Metatarsalgie links, - Myalgie li. pelvitrochantäre Gruppe, - Knick-Senk-Spreizfuß bds. - Ellenbogenbeschwerden, - Vertigo, - leichte Perfusionsstörung dorsal in der Pons, - Kopfschmerzen, - Katarakt, - Arterielle Hypertonie, - Leistenhernie rechts, - V.a. Prostatitis, - V.a. Autoimmunthyreoiditis, - Z.n. Helicobacterassozierte Gastritis, - Hämorrhoiden und - Adipositas.

Das SG hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 26 bis 29, 30 und 31, 32 bis 34, 36 bis 44, 51 und 64 bis 72 der SG-Akte Bezug genommen.

Die Chirurgen/Orthopäden Dres K./W. haben dem SG unter dem Datum des 01.04.2010 mitgeteilt, der Kläger habe sich nur einmal am 24.10.2006 vorgestellt.

Dr. J., Chirurg/Durchgangsarzt, hat dem SG geschrieben, er habe den Kläger zuletzt vor acht Jahren gesehen.

Der Orthopäde Dr. T. hat am 20.04.2010 ausgeführt, in den letzten zwei Jahren habe sich der Kläger nur einmal, am 23.06.2009, vorgestellt. Der Kläger habe über Schulterschmerzen beidseits und Kreuzschmerz geklagt. Festgestellt worden sei eine SIG Blockierung, eine Lumboischialgie, ein Impingementsyndrom der Schultern beidseits, eine Bursitis subacromialis, eine Supraspinatustendopathie, eine ACG Arthrose. Dr. T. hat angegeben, die Einschätzung des versorgungsärztlichen Dienstes zum GdB zu teilen, jedoch sei ihm die Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks unbekannt ...

Prof. Dr. M., Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie im Städtischen Klinikum K., hat dem SG am 19.04.2010 mitgeteilt, am 24.01.2009 eine Radiusköpfchenimpressions-Mehrfragmentfraktur links mit zentralem Knorpelschaden am Capitulum humeri, nebenbefundlich eine arterielle Hypertonie, festgestellt zu haben. Am 24.04.2009 sei eine Beugung von 100°, Streckung von fast 10° möglich gewesen. Es seien noch Druckschmerzen über dem Radiusköpfchen angegeben worden, die Röntgenkontrolle habe eine knöchern konsolidierte Radiusköpfchenfraktur, osteosynthetisch verborgt, ohne Dislokation gezeigt. Es bestehe eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im linken Ellenbogengelenk. Den GdB hat Prof. Dr. M. auf 10 eingeschätzt.

Dr. A. hat dem SG geschrieben, den Kläger am 04.02.2008 zuletzt wegen Schmerzen am linken Schulterblatt und am Mittelfuß behandelt zu haben (Diagnosen: V.a. PAH links, Metatarsalgie bei Senk-Spreizfuß, Ausschluss von helicobacterassoziierter Gastritis).

Für den Hausarzt Dr. B. teilte die Fachärztin für Allgemeinmedizin/Sportmedizin/Akupunktur Dr. E. die Diagnosen eines Diabetes mellitus, eines Verdachts auf depressive Erkrankung, eines unklaren Schwindels, unklarer Kopfschmerzen, einer Hepatopathie, einer arteriellen Hypertonie, einer Adipositas sowie einer Hypercholesterinämie mit. Zur Zeit bestehe der Verdacht auf eine mittelgradige Depression mit psychosomatischem Beschwerdekomples. Als einzige körperliche Behinderung sei ein Zustand nach Radiusköpfchenfraktur Typ Maisson II links, mit Knorpelläsion am Epicondylus humero radialis zentral durch einen Arbeitsunfall anzumerken. Der Verdacht einer mittelgradigen Depression werde zur Zeit noch abgeklärt bzw. medikamentös therapiert. Sie teile die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes zur Bewertung des GdB.

Des Weiteren hat das SG die Akten der BGHW beigezogen und verschiedene ärztliche Berichte zur Akte genommen. Wegen des Inhalts wird auf Blatt 73 bis 99 der SG-Akten Bezug genommen.

Das SG hat zusätzlich das neurologisch-psychiatrische Gutachten bei Dr. H., Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Rehabilitationswesen eingeholt. Wegen des Inhalts wird auf Blatt 111 bis 123 der SG-Akten Bezug genommen. Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 17.12.2010 festgestellt, beim Kläger bestehe auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet eine anhaltende depressive Episode verbunden mit einer Angststörung (Monophobie). Dieser sei dadurch im Lebensgenuss und in der Lebensgestaltung beeinträchtigt. Der Schweregrad sei mittelgradig, den GdB hat er auf 30 eingeschätzt.

Des Weiteren hat das SG einen Bericht des Städtischen Klinikums K. - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin - vom 10.12.2010 über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 30.09.2010 bis zum 23.11.2010. Wegen des Inhalts wird auf Blatt 129 bis 132 der SG-Akten Bezug genommen.

Der Beklagte unterbreitete daraufhin ein auf die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 17.03.2011 gestütztes Vergleichsangebot (Schriftsatz vom 22.03.2011) über die Feststellung eines GdB von 30 seit März 2010 auf Grundlage einer Seelischen Störung (Teil-GdB 30), einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule/Schulter-Arm-,Syndrom (Teil-GdB 10) und einer Funktionsbehinderung des linken Ellenbogens (Teil-GdB 10). Der Kläger ließ hierzu ausführen, der GdB von 30 sei bei weitem nicht angemessen. Er klage seit Jahren über Schmerzen, die immer wieder durch Spritzen zu stillen versucht würden.

Das SG hat mit Urteil vom 05.05.2011 den Bescheid des Landratsamts K. vom 28.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Regierungspräsidiums S. - Landesversorgungsamt - vom 28.01.2010 abgeändert und den Beklagten verurteilt, den Gesamt-GdB des Klägers für die Zeit ab dem 01.03.2010 (Eintritt der Verschlimmerung laut Gutachter Dr. H.) mit 30 festzustellen. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen. Aus orthopädischer Sicht seien die Radiusköpfchenimpressions-Mehrfragmentfraktur links mit zentralem Knorpelschaden bei leichtem Schweregrad sowie die leicht eingeschränkte Ellenbogenbeweglichkeit links auch zusammen genommen nur mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten; hierfür spreche auch, die nur niederfrequent in Anspruch genommenen Behandlungen beim Orthopäden. Auch unter Gesamtbetrachtung sämtlicher Funktionseinschränkungen vor allem auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei kein höherer Gesamt-GdB als 30 - und nur ab 01.03.2010 - zu rechtfertigen.

Das Landratsamt K. hat mit Bescheid vom 20.05.2011 das Urteil des SG umgesetzt und einen GdB von 30 ab 01.03.2010 festgestellt; hiergegen hat der Kläger am 22.06.2011 Widerspruch eingelegt.

Gegen das seiner Prozessbevollmächtigten am 12.05.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10.06.2011 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Dem Krankenblatt sei zu entnehmen, dass er über längere Zeit wegen Beschwerden im orthopädischen Bereich bei Dr. T. in Behandlung gewesen sei, insbesondere wegen Schmerzen in der HWS und Schulter beidseits. Ein GdB von 10 könne bei weitem nicht angemessen sein.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 05.05.2011, den Bescheid des Landratsamtes K. vom 20.05.2011 abzuändern, dessen Bescheid vom 28.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 28.01.2010 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen GdB von mindestens 50 ab 25.03.2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, soweit das Begehren des Klägers über das Angebot vom 07.02.2013 hinausgeht.

Der Beklagte ist der Berufung unter Vorlage von versorgungsärztlichen Stellungnahmen (Dr. G. vom 15.11.2011) entgegengetreten.

Der Senat hat Dr. T. erneut als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 37 bis 45 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. T. hat mitgeteilt, neu aufgetreten seien im März 2011 Beschwerden im Handgelenk rechts, die auf degenerative Veränderungen im Daumengrundgelenk sowie eine Sehnenscheidenentzündung zurückgeführt worden seien. Es handele sich um eine vorübergehende Gesundheitsstörung.

Hierzu hat sich der Beklagte mit versorgungsärztlicher Stellungnahme des Dr. K. vom 02.02.2012 geäußert.

Gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat ein orthopädisches Gutachten bei Dr. L. eingeholt. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 56 bis 76 der Senatsakte Bezug genommen. Der Orthopäde Dr. L. hat in seinem Gutachten vom 13.06.2012 ausgeführt, an Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur vorübergehender Art finde sich ein degeneratives unteres Cervicalsyndrom mit leichter bis mittelgradiger funktioneller Beeinträchtigung ohne Hinweiszeichen für ein cervicales radikuläres Reizsyndrom. Weiterhin bestehe ein Impingementsyndrom beider Schultergelenke bei zusätzlicher AC-Gelenksarthrose mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung. Die retraktile Capsulitis beider Schultergelenke wirke sich insbesondere nachteilig aus auf die bzw. zeige funktionelle Negativwechselwirkungen in Bezug auf die fortbestehende Bewegungs- und Belastungsdefizite des linken Ellbogengelenkes nach Radiusköpfchenfraktur und zentraler Knorpelläsion am Capitulum humeri. Weiterhin finde sich ein Zustand nach Nucleotomie mit Revisionseingriff aus dem Jahr 1983. Derzeit bestehe eine Lumbalgie ohne sensomotorisches Wurzelreizsyndrom bei computertomographisch objektivierter Osteochondrose und Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 mit Neuroforaminastenoze L4/5 und L5/S1 beidseits. Die Hüftgelenksarthrose sei beidseits dem Röntgenstadium II. zuzuordnen und verursache eine signifikante Beeinträchtigung der Hüftbeuge- und Innenrotationsfähigkeit bds. Die Gonarthrose sei beidseits noch im Initialstadium und verursache keine nennenswerten Funktionsbeeinträchtigung. Die Arthrosen der tragenden Gelenke würden signifikant negativ beeinträchtigt durch die Adipositas per magna (1,80m, 120kg). Die Schultersteife beidseits sowie das Streck- und Beugedefizit linkes Ellbogengelenk sowie die Coxarthrose II. Grades beidseits sei mit einem GdB von 30, der Zustand nach Nucleotomie mit fortbestehender Lumbalgie bei Osteochondrose L4-S1 sowie degeneratives unteres Cervicalsyndrom bei Chondrose C5/6. mit einem GdB von 10 zu bewerten. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen sowie der internistischen Problematik ergebe sich ein Gesamt-GdB von 50. Die orthopädische Beurteilung gelte seit Antragstellung am 25.03.2009.

Hierzu hat sich der Beklagte mit versorgungsärztlicher Stellungnahme von Dr. R. vom 22.08.2012 geäußert.

Auf ergänzende Frage des Senats hat Dr. L. mitgeteilt (Blatt 85 der Senatsakte), der Kläger habe seit der Begutachtung zwei Sprechstundenkontakte gehabt. Bei der ersten Untersuchung habe sich eine Lumboischialgie rechts, eine HWS-Blockierung und eine entzündliche Schultersteife beidseits gefunden. Der zweite Kontakt am 24.09.2012 habe ein Cervicalsyndrom mit Hinterhauptsneuralgie sowie weiterhin entzündliche Schultersteife und chronifizierte Lumbalgie ergeben.

Hierzu hat sich der Beklagte mit versorgungsärztlicher Stellungnahme von Dr. W. vom 07.11.2012 geäußert.

Im Auftrag des Senats hat der Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie Dr. S. am 29.11.2012 ein weiteres orthopädisches Gutachten erstellt. Wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 91 bis 107 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. S. hat beim Kläger eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Hals- und Lendenabschnitt, eine Funktionsbehinderung der Schultergelenke, eine Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks nach operativ behandelter Fraktur des Speichenköpfchens, eine Funktionsbehinderung der Hüft- und Kniegelenke bei Arthrosen sowie eine Bauchmuskelschwäche und weiche Leiste bds. bei Adipositas permagna festgestellt. Es liege keine Funktionsbeeinträchtigung vor, die sich auf eine andere besonders nachteilig auswirke oder zu einer Überschneidung führe. Keine der vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen bedinge eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit. Er hat die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Hals- und Lendenabschnitt mit einem GdB 10, die Funktionsbehinderung der Schultergelenke, Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks nach operativ behandelter Fraktur des Speichenköpfchens mit einem GdB von 20, die Funktionsbehinderung der Hüft- und Kniegelenke bei Arthrosen mit einem GdB von 10 sowie die Bauchmuskelschwäche und weiche Leiste beidseits bei Adipositas per magna mit einem GdB von 10 bewertet. Unter Mitberücksichtigung der seelischen Störung mit einem Einzel-GdB von 30 hat er den Gesamt-GdB auf 40 ab 01.03.2010 geschätzt.

Der Beklagte hat daraufhin unter Bezugnahme auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme vom 02.02.2013 (Dr. A.-B.) angeboten, im Wege des Vergleichs den GdB ab Juni 2012 auf 40 und eine dauernde Einbuße der körperlichen Bewegungsfreiheit festzustellen (Seelische Störung, Teil-GdB 30; Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, Teil-GdB 10, Funktionsbehinderung des linken

Ellenbogengelenkes, Funktionsbehinderung des Schultergelenkes, Teil-GdB 20, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, bei degenerativen Veränderungen, Teil-GdB 10). Der Kläger hat den Vergleichsvorschlag nicht angenommen. Insbesondere die internistischen Erkrankungen seien nicht vollständig erfasst. Auch habe Dr. L. einen höheren GdB angenommen. Durch das Zusammenwirken der Erkrankungen und Beeinträchtigungen sei er in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so erheblich beeinträchtigt, dass hier die Voraussetzungen einer Schwerbehinderung vorlägen.

In der mündlichen Verhandlung vom 20.09.2013 hat der Beklagte im Wege eines Teilanerkenntnisses einen Gesamt-GdB von 40 ab 02.05.2012 anerkannt. Der Kläger hat das Teilanerkenntnis angenommen und den Rechtsstreit im Übrigen fortgeführt. Er hat u.a. unter Vorlage eines Berichts von Prof. Dr. M. vom 13.09.2013 ausgeführt, wegen Bandscheibenvorfalles an beiden Seiten des Halses seit 09.09.2013 eine Halskrause tragen zu müssen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet. Zwar war der Bescheid vom 28.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 28.01.2010 nur teilweise rechtmäßig, denn der Kläger hat Anspruch auf Feststellung eines GdB von 40 seit 02.05.2012, doch hat sich insoweit der Rechtsstreit erledigt. Denn mit dem vom Kläger angenommenen entsprechenden Teilanerkenntnis ist der Beklagte dem insoweit teilbaren Begehren des Klägers nachgekommen, weshalb sich der Rechtsstreit insoweit erledigt hat ([§ 101 Abs. 2 SGG](#)). Damit war in diesem Umfang weder der angefochtene Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids noch das angefochtene Urteil insoweit abzuändern. Über den im angenommenen Teilanerkenntnis dem Kläger zuerkannten Gesamt-GdB von 40 ab 02.05.2012 hinaus hat dieser keinen weitergehenden Anspruch.

Der Bescheid des Landratsamts K. vom 20.05.2011, mit dem dieses das Urteil des SG umgesetzt hatte, ist mangels eigenen Regelungsgehalts kein ersetzender Verwaltungsakt im Sinne von [§ 96 SGG](#) (Engelmann in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl., § 31 Rn. 30). Der im Zuge der vorläufigen Vollstreckbarkeit des SG-Urteils ([§ 154 SGG](#)) ergangene Ausführungsbescheid wird von der Berufung des Klägers gegen das diesen Sachverhalt regelnde Urteil mit erfasst, ohne dass es hierzu einer Klage nach [§§ 153 Abs. 1, 96 SGG](#) bedarf, über die der Senat gesondert zu befinden hätte (vgl. Leitherer in Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, § 96 Rn. 7 und 4b, jeweils m.w.N.). Der Senat hat dementsprechend den Berufungsantrag des Klägers sachdienlich gefasst und nur aus Gründen der Klarstellung den Ausführungsbescheid aufgenommen.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Feststellung und Bewertung eines GdB 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, der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 11.10.2012 ([BGBl. I S. 2122](#)), entsprechend. Diese VersMedV hat zum 01.01.2009 an die Stelle im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV gesetzt. 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. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht (ständige Rechtsprechung des Senats). Dabei ist die Feststellung der Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen als solche eine medizinische Frage und bedarf der medizinischen Sachaufklärung durch die Behörden im Sinne des [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) bzw. nachfolgend der Tatsachengerichte. Auf dieser Basis hat der Senat die in der Verwaltungsakte, der SG-Akte sowie in der Senatsakte vorliegenden ärztlichen Unterlagen, die der Kläger zum Teil auch selbst vorgelegt hatte, die Auskünfte der befragten Ärzte sowie die vom Senat und dem SG eingeholten Gutachten seiner Entscheidung zugrunde gelegt.

Vorliegend hat Dr. H. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet - von beiden Beteiligten unwidersprochen und unter Berücksichtigung des vom Kläger angegebenen Schwindels (Vertigo) - eine anhaltende depressive Episode verbunden mit einer Angststörung (Monophobie) festgestellt, die den Kläger in seinem Lebensgenuss und in der Lebensgestaltung beeinträchtigt. Der Schweregrad ist als stärker behindernde Störung einzustufen (B 3.7 VG), der entsprechende Teil-GdB beträgt 30. Diese Bewertung wird auch durch die Schilderungen des Klägers bzw. seines Sohnes beim Gutachter Dr. H. gestützt, wonach der Kläger zwei- bis dreimal die Woche zur Moschee gehe, sonntags gebe es dort auch Frühstück, wo er in Kontakt mit anderen Menschen stehe (Blatt 117 der SG-Akte = Seite 7 des Gutachtens). Auch zeigt die Arbeitstätigkeit des Klägers in der Auslieferung von Fisch und Fleisch (dazu vgl. das Gutachten Dr. S., Blatt 93 der Senatsakte = Seite 3 des Gutachtens), dass ein sozialer Rückzug mit mindestens mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen nicht in vollem Umfang erfolgt war.

Auf internistischem Fachgebiet hat der Kläger zwar eine ganze Reihe von Erkrankungen geltend gemacht (leichte Perfusionsstörung dorsal in der Pons, Arterielle Hypertonie, V.a. Prostatitis, V.a. Autoimmunthyreoiditis, Z.n. helicobacterassozierte Gastritis, Hämorrhoiden und Adipositas), doch konnten weder der Kläger noch die behandelnden Ärzte eine GdB-berechtigen Funktionseinschränkungen mitteilen. So ist der Blutdruck bei durchschnittlichen Werten ohne Organbeteiligung, insbesondere ohne kardiologische Schäden (dazu vgl. Bericht Dr. L., Blatt 68 der SG-Akte) geblieben und medikamentös eingestellt (vgl. Gutachten Dr. S., Blatt 93 der Senatsakte = Seite 3 des Gutachtens). Eine arterielle Durchblutungsstörungen der Beine konnte schon 2007 ausgeschlossen werden (Bericht Dr. M.-B. vom 13.03.2007, Blatt 47 der Verwaltungsakte). Auch eine helicobacterassozierte Gastritis konnte ausgeschlossen werden (vgl. Auskunft Dr. A. gegenüber dem SG).

Hinsichtlich der Hämorrhoiden (letztmals ärztlich erwähnt im Bericht von Dr. K. vom 09.12.2003, Blatt 43 der Verwaltungsakte) wurden keine Beschwerden und aktuell auch keine Existenz mitgeteilt, sodass eine GdB-Festlegung auf 0 erfolgt (B 10.2.4. VG). Die Adipositas (120 Kg bei 180 cm = BMI 37 kg/m²) allein bedingt keinen GdB (B 15.3 VG). Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdB begründen (a.a.O.). Die Auswirkungen der Adipositas für den Stütz- und Bewegungsapparat sind bei den orthopädischen Funktionseinschränkungen berücksichtigt. Die vom Kläger angegebene leichte Perfusionsstörung dorsal in der Pons konnte im streitigen Zeitraum nicht nachgewiesen werden. Insbesondere hat der Hausarzt hierzu keine näheren Angaben gemacht und der Arzt für Lungen- und Bronchialkunde/Allergologe M. im Bericht vom 05.05.2010 (Blatt 70 der SG-Akte) einen auffälligen Befund über Herz und Lunge nicht feststellen können. Auch eine Prostatitis konnte im streitigen Zeitraum nicht erhärtet werden. Der von Dr. E. mitgeteilte Diabetes mellitus ist mittels medikamentöser Therapie durch Metformin, die regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann, behandelt (vgl. Gutachten Dr. S., Blatt 93 der Senatsakte = Seite 3 des Gutachtens) und ohne Folgen geblieben (dazu B 15.1 VG). Im Ergebnis kann sich der Senat im Hinblick auf das internistische Fachgebiet nicht davon überzeugen, dass Funktionsbeeinträchtigungen in einem GdB-relevanten Ausmaß vorliegen.

Der angegebene Katarakt konnte ebenfalls nicht festgestellt werden; insbesondere hat der Kläger beim Gutachter Dr. L., der die Seh- und Hörfähigkeit als nicht beeinträchtigt festgestellt hat, aber auch bei keinem der anderen Gutachter oder Arzt im streitigen Zeitraum hierzu entsprechendes angegeben. Ein Teil-GdB folgt hieraus nicht.

Auf orthopädischem Fachgebiet haben die Gutachter Dr. L. und Dr. S. im Wesentlichen dieselben Erkrankungen festgestellt. So hat Dr. L. ein unteres Cervikalsyndrom bei Chondrose C5/6 mit ventraler Spondylose, ein Impingementsyndrom beider Schultergelenke mit AC-Gelenksarthrose, ein persistierendes Bewegungs- und Belastungsdefizit linkes Ellenbogengelenk nach Radiusköpfchenmehrfragmentfraktur mit zentralem Knorpelschaden linksilateral, eine initiale Fingergelenkspolyarthrose, eine Lumbalgie bei Osteochondrose und Spondylarthrose L 4/5 und L 5/S1 beidseits, eine Coxarthrose beidseits sowie eine Gonarthrose beidseits festgestellt (vgl. Blatt 69 bis 71 der Senatsakte = Seite 14 ff des Gutachtens). Hieraus ergeben sich eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Hals- und Lendenabschnitt, eine Funktionsbehinderung der Schultergelenke, eine Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks nach operativ behandelter Fraktur des Speichenköpfchens, eine Funktionsbehinderung der Hüft- und Kniegelenke bei Arthrosen sowie Bauchmuskelschwäche und weiche Leiste bds. bei Adipositas per magna (Gutachten Dr. S., Blatt 100 der Senatsakte = Seite 10 des Gutachtens). Dr. L. hat - mit anderen Worten - dieselben Funktionsbehinderungen beschrieben (vgl. Blatt 73 f der Senatsakte = 18 f seines Gutachtens). Wesentliche Unterschiede zwischen den Gutachtern ergeben sich alleine hinsichtlich der Bewertung der Schwere dieser Funktionseinschränkungen - sowie hinsichtlich der Bildung des Gesamt-GdB (dazu siehe unten). Während Dr. L. die Funktionsbehinderungen der Schulter sowie die Streck- und Beugedefizite des linken Ellenbogens sowie die Coxarthrose beidseits als mittelschwer und mit einem Teil-GdB von 30 bewertet, im Übrigen jeweils ein Teil-GdB von 10 für angemessen hält, hat Dr. S. die Funktionsbehinderung der Schultergelenke, Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks nach operativ behandelter Fraktur des Speichenköpfchens mit einem GdB von 20, im Übrigen jeweils mit einem GdB von 10, bewertet.

Der Senat konnte sich anhand der von den behandelnden Ärzten sowie dem Gutachter Dr. S. mitgeteilten Befunden davon überzeugen, dass vorliegend für die Funktionsbehinderungen der Schultergelenke und die Funktionsbehinderung des linken Ellenbogengelenks nach operativ behandelter Fraktur des Speichenköpfchens lediglich ein GdB von 20 festzusetzen war. Nach B 18.13. VG ist für eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) bei Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit ein GdB von 10, für Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit ein GdB von 20 sowie für eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk geringen Grades (Streckung/Beugung bis 0-30-120 bei freier Unterarmdrehbeweglichkeit) ein GdB von 0 bis 10 bzw. eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk stärkeren Grades (insbesondere der Beugung einschließlich Einschränkung der Unterarmdrehbeweglichkeit) ein GdB von 20 bis 30 vorgesehen. Angesichts der von Dr. S. mitgeteilten Befunde und gemessenen Bewegungsmaße der Schulter ("Druckschmerz ventral und cranial über den Schultergelenken, auch an den Eckgelenken keine tastbare Deformierung, jedoch ebenfalls mäßiggradiger Druckschmerz. Schulterblattbewegungen bds. bei Arm-Abduktion 40°, -Elevation 30°, gesamte Schulterbeweglichkeit bei Abduktion re. 100, li. 90°, Elevation bds. 110°, Rückführung re. 10, li. 15°; Außen-, Innendrehung re. 50-0-40, li. 40-0-35°, bei abgespreizten Armen re. 50-0-60, li. 50-0-45°. Kreuzgriff re. knapp, li. unvollständig ausführbar, Nacken- und Kopfgriff re. jeweils knapp, li. nur unvollständig ausführbar") und des linken Ellenbogens ("mäßig verstrichene Konturen, an der Radialseite Druckschmerz sowie 6 cm lange reizlose Operationsnarbe; Streckung-Beugung re. 0-0-130°, links bei Schmerzangabe unter der Streckbewegung 0-5-100°. Außen-, Innendrehung der Unterarme bei gebeugtem Ellenbogengelenk re. 80-0-90, links 50 (endgradig mit Schmerzangabe)-0-90°") konnte der Senat einen mittleren Schweregrad dieser Funktionsbehinderungen feststellen. Die Ausführungen von Dr. S. sind schlüssig und widerspruchsfrei, sie lassen sich anhand der sonstigen Befunde und Auskünfte der behandelnden Ärzte erklären. Soweit Dr. S. leicht abweichende Befunde und Bewegungsmaße erhoben hat, lassen sich diese Abweichungen mit einer gewissen Verschlechterung gegenüber den Vorbefunden, insbesondere der BG-Klinik und von Dr. T. erklären und rechtfertigen die Feststellung eines entsprechenden GdB von 20. Ein GdB von 30, wie vom Gutachter Dr. L., der den Kläger auch als Arzt wiederholt behandelt, angenommen, lässt sich auf Basis der auch von ihm mitgeteilten Befunde nicht begründen. Für die Überzeugung des Senats spricht auch, dass der Kläger - wie vom SG angegeben - nur in größeren Abständen orthopädische Behandlungen sowohl hinsichtlich der Schulter als auch hinsichtlich des Ellenbogengelenks in Anspruch nimmt. Dr. T. hat sogar davon berichtet, dass der Kläger erstmals im Jahr 2010 "wegen seiner Rentenansprüche" die Erkrankung des Ellenbogens angesprochen habe.

Die Schultererkrankung ist auch nicht mit einer über das übliche Maß hinausgehenden, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernden Schmerzhaftigkeit verbunden. Zwar wurde die Schulter des Klägers mittels entzündungswidriger Röntgentiefenbestrahlung behandelt, doch stellt dies Teil der regulären ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, keine spezielle ärztliche Behandlung, dar (vgl. Gutachten Dr. S., Blatt 106 der Senatsakte = 16 des Gutachtens).

Ein höherer Teil-GdB lässt sich auch nicht aus der Zusammenfassung der gerade geschilderten Funktionsbehinderungen der Schultern und des linken Ellenbogens mit der Coxarthrose beidseits bilden. Zwar sind nach A 2 Buchstabe e) VG Funktionssysteme zusammenfassend zu bewerten. Doch gehört zum Funktionssystem der Arme nicht die Hüfte, die dem Funktionssystem des Rumpfes zuzuordnen ist. Jedoch lässt sich auch die Coxarthrose einzeln oder in Zusammenschau mit den Funktionsbehinderungen des Rumpfes nicht mit einem höheren GdB als 10 bewerten. Denn es handelt sich um eine erst beginnende Coxarthrose, die dem Grad I zuzuordnen ist. Insoweit hat Dr. S. an der Hüfte beidseits knapp volle Streckfähigkeit, Beugung rechts 100, links 90 Grad, Ab-, Ansperrung rechts 30/0/20, links 30/0/15 Grad, Außen-,

Innendehnung in Streckstellungh rechts 40/0/10, links 40/10/0 Grad, in Beugstellung rechts 30/0/10, links 30/0/0 Grad mitgeteilt. Anhand dieser Werte kann eine mittelschwere Coxarthrose, wie Dr. L. sie ohne weitere Darlegung von Bewegungsmaßen angenommen hat, nicht festgestellt werden. Hinsichtlich der Coxarthrose kann daher, wie von Dr. S. vorgeschlagen, allenfalls im Zusammenwirken mit den Kniegelenksarthrosen beidseits ein GdB von 10 festgesetzt werden. Im Übrigen folgt der Senat auch den Feststellungen von Dr. S., sodass die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Hals- und Lendenabschnitt mit einem GdB von 10 und die Funktionsbehinderung der Bauchmuskelschwäche und weichen Leiste beidseits bei Adipositas permagna mit einem GdB von 10 zu bewerten sind.

Auch den von Dr. T. zuletzt angegebenen Beschwerden im Handgelenk rechts, die auf degenerative Veränderungen im Daumengrundgelenk sowie eine Sehnenscheidenentzündung zurückzuführen sind, ist kein Teil-GdB zuzuerkennen. Denn bei diesen Erkrankungen handelt es sich einerseits um funktionell nicht GdB-relevante und andererseits um vorübergehende, nicht länger als sechs Monate andauernde ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) Beeinträchtigungen - so überzeugend Dr. K. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 02.02.2012, wie auch Dr T. -, weshalb es sich hier nicht um feststellbare Behinderungen handelt.

Soweit der Kläger zuletzt in der mündlichen Verhandlung angegeben hatte, am 09.09.2013 in der HWS Bandscheibenvorfälle i.S. einer Protrusion erlitten zu haben, eine Halskrause tragen zu müssen und hierzu einen Bericht von Prof. Dr. M. vom 13.09.2013 vorgelegt hatte, führt auch dies weder zu einer Höherbewertung des bisher festgestellten Teil-GdB noch zur Feststellung einer weiteren eigenständigen Funktionseinschränkung. Denn aus dem Bericht von Prof. Dr. M. ergibt sich - die schon bekannte - Beeinträchtigung der HWK 5/6 sowie eine Unkovertebralarthrose bei HWK 3 bis 6 mit neuroforaminaler Enge HWK 3/4 rechtsseitig. Ein diskretes Myelopathiesignal konnte wegen ausgeprägter Bewegungsartefakte nicht sicher beurteilt werden. Dieser Zustand wurde in erheblichen Teilen bereits von den Gutachtern beschrieben. Soweit er über den dort beschriebenen Umfang hinausgeht, handelt es sich nicht um einen einer Behandlung unzugänglichen, hinsichtlich der Funktionseinschränkungen dauerhaft verbleibenden Zustand. Daher konnte der Senat nicht feststellen, dass die hiermit verbundenen körperlichen Funktionseinschränkungen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen werden.

Unter Berücksichtigung dieser Feststellungen zu den einzelnen Funktionsbehinderungen und Teil-GdB ist der Gesamt-GdB festzustellen. Dieser ist nach Überzeugung des Senats - wie vom Beklagten zuletzt auch anerkannt - seit 02.05.2012 mit 40 festzustellen. Grundlage der Feststellung des Gesamt-GdB ist [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#), wonach bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden (dazu siehe oben), bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. 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, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. 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. A 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV und der VG 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](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Das ist beim Kläger nicht der Fall. Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen der bestehenden Funktionsbehinderungen auf seelischem (GdB 30) und orthopädischem Gebiet (GdB 20 bzw. 10) ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB mit 40 umfassend und zutreffend bemessen ist. Insoweit schließt sich der Senat der Einschätzung von Dr. S. an.

Der Gesamt GdB von 40 war - wie vom Beklagten anerkannt - jedoch erst ab dem 02.05.2012 (Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. L.) festzustellen. Zuvor war die entzündliche Schultersteife noch nicht als anhaltende Funktionsbehinderung anzusehen. Dies ergibt sich überzeugend aus den versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. R. vom 22.08.2012 und von Dr. A.-B. vom 02.02.2013, wobei dem von Dr. A.-B. genannten Zeitpunkt der wesentlichen Änderung ab Juni 2012 nicht zu folgen war. Zwar hat Dr. S. vorgeschlagen, die Veränderung der Schultersteife schon ab 01.03.2010 nachzuvollziehen, doch hatte Dr. T. noch am 15.06.2010 eine freie Beweglichkeit der Schulter feststellen können (Krankenblatt des Klägers, vorgelegt mit der Berufung, Blatt 28 der Senatsakte). Auch noch am 03.03.2011 hatte Dr. T. (Blatt 30 der Senatsakte) über eine Beweglichkeit beider Schultergelenke bei hoher Abduktion und Elevation, wenn auch schmerzreflektorisch eingeschränkt berichtet, jedoch auch keine Instabilität und keine Entzündungszeichen gefunden. Dagegen hatte sich der Kläger am 09.03.2011 bei ihm wegen Schulterschmerzen vorgestellt. Weitere Behandlungsdaten sind hierzu nicht aktenkundig geworden. Dr. L. hatte nach seiner Begutachtung und nach dem 13.06.2012 beim Kläger in einem Sprechstundenkontakt wiederum eine entzündliche Schultersteife diagnostiziert und aufgrund einer späteren Vorstellung des Klägers bei weiterhin bestehender Schultersteife dem Kläger noch im September 2012 eine Röntgentiefenbestrahlung und Krankengymnastik verordnet, wie seinen Angaben vom 22.10.2012 zu entnehmen ist. Nachdem diese jedoch im Ergebnis ohne Erfolg geblieben war (vgl. das Gutachten Dr. S., Blatt 101 der Senatsakte = Seite 11 des Gutachtens) konnte der Senat nicht feststellen, dass der GdB bereits vor dem 02.05.2012 durch die von Dr. L. diagnostizierte Schultergelenkbeeinträchtigung eine andauernde Funktionsbehinderung mit einem GdB von mehr als 30 erreicht war.

Nachdem der Beklagte dies so anerkannt hatte, der Kläger dieses Teilanerkennntnis angenommen hatte und nach Überzeugung des Senats ein weitergehender Feststellungsanspruch des Klägers nicht besteht, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2013-09-27