L 8 SB 1252/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 15 SB 3703/11
Datum
18.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1252/13
Datum
24.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 18. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Der 1969 geborene Kläger ist türkischer Staatsangehöriger und im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung. Er beantragte am 03.09.2010 beim Landratsamt L. - Versorgungsangelegenheiten - (LRA) erstmals die Feststellung des GdB. Er machte als Behinderungen Gesundheitsstörungen im linken Kniegelenk, ein Knochenödem am lateralen Femurcondylus, ein Schmerzsyndrom und Funktionsstörungen, degenerative Veränderungen, eine BWK-V-Fraktur, Veränderungen im Gehirn und ein stark eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie und Adipositas III° geltend. Der Kläger legte hierzu medizinische Befundunterlagen vor (insbesondere Berichte E.-K. vom 13.09.2007, 21.09.2009 und 03.04.2008, Diagnosen: Adipositas III°, BMI 44, laparoskopische Anlage eines Magenbandes am 20.09.2007, Innenmeniskus-Vorderhornlappenriss und Riss am Hinterhorn, Hoffa-Hypertrophie, Impingementsyndrom, Chondromalacia Tibiaplateau, Plica mediopatellaris, Synovialitis am linken Knie, arterielle Hypertonie; Gemeinschaftspraxis Dres K., W., S. vom 14.09.2007, 10.03.2008, 28.05.2009 und 11.03.2010, Diagnosen: Osteochondrose, Spondylarthrose, Instabilität der Wirbelsäule, Adipositas permagna, Knochenödem am lateralen Femurcondylus (Knochenmarködemsyndrom), degenerative Discopathie mit ossären Reaktionen an den Wirbelkörpercircumferenzen und an den Gelenkfacetten bei Betonung auf Höhe HWK7/BWK1 und BWK1/2 mit mittelbetonten teils verkalkten Bandscheibenvorfällen, intracerebrale Verkalkungen rechts bei Zustand nach Trauma; Dr. S. vom 13.03.2008, 08.09.2008 und 09.09.2008, Diagnosen: Degeneration des linken Innenmeniskus mit Einrissen, mäßiger Gelenkserguss, frische Deckenplattenimpression des BWK 5 ohne Hinterkantenbeteiligung, Spondyloarthrosen im lumbosakralen Übergang; Dr. S. vom 20.02.2009 und 27.04.2009, Diagnose: Zustand nach BWK-Fraktur; OP-Bericht Orthopädische Klinik M. vom 13.01.2010 über eine IM-HH-Teilresektionen, AM-Teilresektion und partielle Synovektomie jeweils links). Das LRA holte außerdem Befundberichte des Dr. K. vom 22.12.2010 (Gesundheitsstörungen: Atypische Vene rechts temporal, Ausschluss postkontusionelle Veränderungen) sowie des Dr. K. vom 11.07.2007, 13.08.2007 und 18.06.2007 (Diagnosen: V.a. arterielle Hypertonie und KHK, Thoraxschmerz unbekannter Ursache, Adipositas) ein. Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen schlug der Versorgungsarzt Dr. W. in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 16.11.2010 wegen Knorpelschäden am linken Kniegelenk, Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks (Teil-GdB 20), Angina Pectoris, Bluthochdruck und Adipositas permagna (Teil-GdB 10), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, mit Verformung verheilter Wirbelbruch (Teil-GdB 10) und einer kognitiven Teilleistungsschwäche (Teil-GdB 10) den Gesamt-GdB mit 30 vor.

Mit Bescheid vom 22.11.2010 stellte das LRA beim Kläger den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des § 33b Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 06.09.2010 fest. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 15.12.2010 Widerspruch ein, mit dem er geltend machte, die Funktionseinschränkungen - insbesondere Knie- und Rückenbeschwerden sowie ein eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis - seien nicht ordnungsgemäß bemessen sowie ein Diabetes, Bluthochdruck, eine Schlafapnoe, Kopfschmerzen sowie eine Depression nicht berücksichtigt worden. Der Kläger legte ein Gutachten des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K. vom 06.05.2010 an die S. I. Versicherung vor sowie Berichte des Dr. S. vom 28.02.2011 (Diagnosen: Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, Adipositas III°, Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom, KHK bei Zustand nach PTCA, Anpassungsstörung) sowie der Ärztin für Neurologie M. vom 16.02.2011 (Diagnosen: Cephalgie bei unklarer rechts temporaler Verkalkung, DD Gefäßmalformation/Kavernom). In den vom LRA eingeholten weiteren gutachtlichen Stellungnahmen der Versorgungsärztin Dr. K.-K. vom 20.04.2011 und 23.05.2011 wurde wegen Knorpelschäden an beiden Kniegelenken und einer Funktionsbehinderung beider Kniegelenke

(Teil-GdB 30), Angina pectoris, Bluthochdruck und Adipositas permagna (Teil-GdB 10), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, mit Verformung verheilter Wirbelbruch (Teil-GdB 10) und einer kognitiven Teilleistungsschwäche (Teil-GdB 10) der Gesamt-GdB mit 40 vorgeschlagen; der Diabetes mellitus und eine Cephalgie bedingten keinen Teil-GdB von mindestens 10 und ein Schulter-Arm-Syndrom sei nicht belegt.

Mit Teil-Abhilfebescheid vom 25.05.2011 stellte das LRA beim Kläger den GdB mit 40 seit dem 06.09.2010 fest. Im Übrigen wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid des Regierungspräsidiums S. - Landesversorgungsamt - vom 09.09.2011 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger am 13.10.2011 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG), mit der er einen GdB von mindestens 50 geltend machte. Er machte im Verlaufe des Klageverfahrens zur Begründung geltend, Funktionsbeeinträchtigungen beider Kniegelenke, Rückenbeschwerden, tägliche Kopfschmerzen sowie Konzentrationsstörungen durch eine Gefäßmalformation, eine Depression, ein Hörverlust und Ohrgeräusche, ein Hautekzem sowie eine Beinverkürzung um 3 cm seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Der Kläger legte Unterlagen vor, insbesondere Tonaudiogramme des Betriebsarztes des Arbeitgebers des Klägers vom 19.01.2006, 20.01.2009 und 26.01.2012 sowie Unterlagen der Edel- und Unedelmetall-Berufsgenossenschaft.

Das SG hörte im Verlauf des Klageverfahrens vom Kläger benannte behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Orthopäde Dr. Dr. D. teilte in seiner Stellungnahme vom 09.12.2011 den Behandlungsverlauf sowie die Befunde mit und stimmte auf seinem Fachgebiet der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. K.-K. vom 20.04.2011 zu. Er legte Befundberichte von Dr. S. vom 18.03.2011 (Beurteilung MRT rechtes Kniegelenk am 15.03.2011: Arthrose des Femoropatellargelenks bei Patelladysplasie sowie Außenmeniskus-Degeneration mit Rissbildung insbesondere Vorderhorn, Degeneration II° des Innenmeniskus ohne Hinweis für Einriss) sowie Dr. S. vom 23.05.2011 und 26.04.2010 (Diagnosen: Zustand nach supcontraler Resektion des linken Innenmeniskushinterhorns, medialseitige Chondromalazie Grad IV mit beginnender Osteonekrose im medialen Tibiaplateau, Zustand nach geringer Deckenplatten Impression des BWK5 ohne residuelles Knochenmarksödem; kein Nachweis einer Diskushernie in HWS und BWS bei angedeuteten Diskusprotrusionen HWK7 bis BWK2, regelgerechte paravertebrale Weichteilstrukturen) vor. Die Fachärztin für Neurologie M. teilte in ihrer Stellungnahme vom 07.12.2011 (unter Vorlage medizinischer Befundunterlagen) den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde sowie Diagnosen mit. Hinsichtlich der von ihr untersuchten Gesundheitsstörungen des Klägers (Cephalgien) schätzte sie den GdB auf 0 ein; eine cerebrale Verkalkung sei durch eine durchgeführte Kernspintomographie ohne Indikation einer operativen Behandlung abschließend abgeklärt. Die Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Innere Medizin K. legte im Rahmen ihrer Anhörung ihren Befundbericht vom 04.12.2010 (Diagnosen: Obstruktives Schlafapnoesyndrom - CPAP-Therapie seit 11/09, kein Infiltrat oder Herdbefund, arterielle Hypertonie, Adipositas, Zustand nach Magenbanding) sowie einen Entlassungsbericht der Klinik L. vom 12.11.2009 (Diagnosen: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, CPAP-Anpassung, Obesitas und Hypertonie) vor. Der Facharzt für Psychiatrie Dr. G. teilte in seiner Stellungnahme vom 21.11.2012 den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen (depressive Episode) mit. Er schätzte für die seelische Störung den GdB mit 20 und unter Berücksichtigung der sonstigen körperlichen Beschwerden die Gesamt-GdB auf mindestens 50 bis 60 ein.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.02.2013 wies das SG die Klage ab. Es führte zur Begründung seiner Entscheidung aus, aufgrund der eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen und der vorliegenden Befunde stehe fest, dass vom Beklagten die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke mit einem Teil-GdB von 30, die Angina pectoris, der Bluthochdruck und die Adipositas permagna mit einem Teil-GdB von 10, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10 sowie die kognitive Teilleistungsschwäche mit einem Teil-GdB von 10 rechtmäßig bewertet seien. Das Gericht könne sich der nicht nachvollziehbaren Einschätzung des Dr. G., die seelische Störung sei mit einem GdB von mindestens 20 zu bewerten, nicht anschließen. Die seelische Störung dürfte tatsächlich allenfalls im Bereich eines Teil-GdB von 10 liegen. Ein höherer Gesamt-GdB als 40 könne nicht angenommen werden. Nichts anderes ergäbe sich selbst dann, wenn der von Dr. G. angenommene Teil-GdB von 20 zu Grunde gelegt werde.

Gegen den den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 22.02.2013 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die vom Kläger durch seine Prozessbevollmächtigten am 20.03.2013 eingelegte Berufung. Der Kläger hat zur Begründung vorgetragen, er leide unter einer Vielzahl von Funktionsbeeinträchtigungen hinsichtlich beider Kniegelenke und der linken Hand, einer Schlafapnoe-Erkrankung, Bluthochdruck, Adipositas per magna, Angina pectoris, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, mit Verformung verheilter Wirbelbruch, kognitiver Teilleistungsschwäche und Depressionen. Dr. G. habe die Funktionsbeeinträchtigung durch die seelische Störung mit einem Einzel-GdB von mindestens 40 eingeschätzt, der das SG fehlerhaft nicht gefolgt sei. Die Kniebeschwerden seien mit einem Teil-GdB von 30 zu niedrig bewertet. Ebenso die Rückenbeschwerden mit einem Teil-GdB von 10, wozu sich Dr. Dr. D. nicht geäußert habe. Bei einem Unfall am 07.09.2008 sei er bei einer Wanderung Treppenstufen herabgestürzt und mit dem Rücken sowie den Hinterkopf auf die Treppenstufen aufgeschlagen. Er habe sich dabei eine Deckplattenimpressionsfraktur sowie eine Gefäßmalformation zugezogen und sei 4 Monate arbeitsunfähig gewesen. Bis heute leide er unter massiven Rückenbeschwerden, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen. Das SG habe weitere Ermittlungen hierzu nicht angestellt. Zu bemängeln sei auch, dass das SG wegen der Herzbeschwerden und dem Bluthochdruck die behandelnde Kardiologin nicht sachverständig vernommen habe. Das SG habe auch die Schlafapnoe-Erkrankung nicht berücksichtigt, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bemessen sei.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 18. Februar 2013 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 22. November 2010 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 25. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. September 2011 zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit mindestens 50 seit dem 3. September 2010 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Unter Berücksichtigung eines Teil-GdB von 30 für beide Kniegelenke und dem Schlafapnoe-Syndrom mit einem Teil-GdB von 20 und weiteren Teil-GdB-Werten von 10 lasse sich ein höherer GdB als 40 nicht ermitteln. Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 02.05.2013 vorgelegt, in der unter zusätzlicher Berücksichtigung einer Schwerhörigkeit beidseits mit einem Teil-GdB von 10 und eines Teil-GdB 20 für das Schlafapnoe-Syndrom der Gesamt-GdB mit 40 angenommenen wurde.

Der Senat hat den Kardiologen Dr. S., den Orthopäden Dr. S. und Dr. G. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. S. hat in seiner

Stellungnahme vom 10.07.2013 den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen mitgeteilt. Beim Belastungs-EKG am 10.04.2013 habe eine leichte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bestanden. Dr. S. hat Befundberichte vom 27.03.2013, 10.04.2013 und 07.05.2013 (Diagnosen: Koronarsklerose 07.05.2013, Ausschluss koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus - orale Therapie - diabetische Nephropathie, Adipositas III°, Zustand nach Magenband-OP und BWS-Fraktur, anamnestisch Schlafapnoe-Syndrom) vorgelegt. Dr. S. teilte in seiner Stellungnahme vom 22.07.2013 den Behandlungsverlauf, die erhobenen Befunde und Diagnosen (Verformung des 5. Brustwirbelkörpers nach Fraktur aufgrund Treppensturzes vom 07.09.2008, fortgeschrittene mediale Gonarthrose links bei Zustand nach Innen- und Außenmeniskus-OP am 15.01.2010) mit. Beim Kläger bestehe eine leichte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit Bewegungseinschränkung und eine verminderte Belastbarkeit der Brustwirbelsäule sowie eine leichte bis mittelgradige Funktionsbeeinträchtigung des linken Kniegelenks mit endgradigem Streckdefizit. Dr. S. hat medizinische Befundunterlagen vorgelegt. Der Facharzt für Psychiatrie Dr. G. hat in seiner Stellungnahme vom 07.08.2013 den Behandlungsverlauf sowie die erhobenen Befunde mitgeteilt und eine Veränderung im Gesundheitszustand des Klägers seit November 2012 verneint.

Der Kläger hat im Verlauf des Berufungsverfahrens eine Polyneuropathie sowie ein Karpaltunnelsyndrom als weiter zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen geltend gemacht und Befundberichte von Dr. L. vom 05.06.2013 (MRT Angiographie Schädel am 05.06.2013), Dr. S. vom 23.05.2011 (Diagnosen: Beginnende Degeneration der Bandscheiben im cervikothoracalen Übergang, Zustand nach Fraktur der BWK5 mit geringer Deckplattenimpression, Ausschluss Bandscheibenvorfall) und Dr. W. vom 25.01.2011 (Diagnosen intracerebrale Verkalkung rechts bei ansonsten unauffälligem Neurocranium) sowie ein Lichtbild vorgelegt (Schriftsatz vom 07.08.2013). Auf die Aufforderung des Senats, mitzuteilen, bei welchem Arzt Befunde über das Karpaltunnelsyndrom beigezogen werden könnten (richterliche Verfügung vom 09.08.2013) hat der Kläger durch seine Prozessbevollmächtigten weiter vorgetragen, es bestünden erhebliche Beschwerden im Bereich der linken Hand. Diese habe er Dr. G. vorgetragen. Das Vorliegen eines Carpaltunnel-Syndroms sei von Dr. G. lediglich als Verdacht geäußert worden. Die Diagnose sei für ihn ohne Belang, weil er nach wie vor unter den genannten Beschwerden leide (Schriftsatz vom 31.10.2013).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung hat entscheiden können (§ 124 Abs. 2 SGG), ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet. Der streitgegenständliche Teil-Abhilfebescheid des Beklagten vom 25.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.09.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Kläger hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf Feststellung des GdB mit mindestens 50 seit dem 06.09.2010.

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 190, 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 m.w.N.). 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, a.a.O., RdNr 30).

Nach diesen Kriterien steht dem Kläger kein GdB von mehr als 40 zu, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend entschieden hat.

Die beim Kläger dokumentierten Knorpelschäden der Kniegelenke und die hieraus resultierende Funktionsbehinderung ist vom Beklagten - entgegen der Ansicht des Klägers - mit einem Teil-GdB von 30 angemessen berücksichtigt. Nach den VG Teil B 18.14 beträgt der GdB bei einer Bewegungseinschränkung im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90) einseitig 0 bis 10 und beidseitig 10 bis 20, mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90) einseitig 20 und beidseitig 40, stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90) einseitig 30 und beidseitig 50. Bei ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen beträgt der GdB einseitig ohne Bewegungseinschränkung 10 bis 30 mit Bewegungseinschränkung 20 bis 40. hiervon ausgehend ist beim Kläger wegen Kniegelenkschäden kein höherer Teil-GdB als 30 gerechtfertigt. Eine - durch arthrotische Veränderungen hervorgerufene - Teil-GdB relevante Bewegungsein-schränkung der Kniegelenke des Klägers ist nach den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den Angaben der schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte nicht dokumentiert. Vielmehr wird in dem vom Kläger im Verwaltungsverfahren vorgelegten Gutachten von Dr. K. vom 06.05.2010 eine seitengleich freie

Beweglichkeit der Kniegelenke (Streckung/Beugung 0-0-125°) beschrieben. Am linken Kniegelenk hat Dr. K. eine Überwärmung oder Ergussbildung bei bandstabilen Verhältnissen nicht festgestellt. Eine wesentliche Einschränkung des Gangbildes wird von Dr. K. nicht beschrieben. Auch sonst ist eine relevante Bewegungseinschränkung der Kniegelenke des Klägers nicht dokumentiert. Dr. S. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 22.07.2013 lediglich ein endgradiges Streckdefizit des linken Kniegelenkes des Klägers angegeben. Die erstmals durch das MRT am 15.03.2011 dokumentierte Außenmeniskus-Degeneration mit Rissbildung insbesondere des Vorderhorn sowie Degeneration II° des Innenmeniskus ohne Hinweis für einen Einriss im rechten Kniegelenk des Klägers (Bericht Dr. S. vom 18.03.2011) sowie der Zustand nach subtotaler Resektion des linken Innenmeniskushinterhornes mit medialseitiger Chondromalazie Grad IV und beginnender Osteonekrose im medialen Tibiaplateau (Bericht Dr. S. vom 26.04.2010) rechtfertigen nach den oben dargestellten Bewertungsvorgaben der VG bei einer fehlenden Bewegungseinschränkung und nicht belegten anhaltenden Reizerscheinungen einen Teil-GdB von 30. Dass beim Kläger anhaltende Reizerscheinungen bestehen, lässt sich den Ausführungen von Dr. K. in seinem Gutachten vom 06.05.2012 nicht entnehmen. Auch Dr. S. hat bei der kernspintomographischen Untersuchung des linken Kniegelenks des Klägers am 26.04.2010 nach seinem Befundbericht vom 26.04.2010 lediglich einen geringen Reizerguss bei Reizzustand des medialen Kollateralbandes festgestellt und Dr. S. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 22.07.2013 anhaltende Reizerscheinungen nicht beschrieben. Danach ist zur Überzeugung des Senats die Bewertung der Knorpelschäden der Kniegelenke des Klägers mit einem Teil-GdB von 30 nicht zu beanstanden. Dem entspricht auch die schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Dr. Dr. D. vom 09.12.2011 an das SG, in der er den ihm vom SG mitgeteilten Bewertungsansatz des Beklagten (gutachtliche Stellungnahme Dr. K.-K. vom 20.04.2011) - hinsichtlich des linken Kniegelenks - bestätigt hat. Auch Dr. S. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 22.07.2013 (lediglich) eine leichte bis mittelgradige Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes des Klägers genannt, die (für sich) noch keinen Teil-GdB von 30 rechtfertigt. Im Übrigen hat auch Dr. K. in seinem - vom Kläger vorgelegten - Gutachten vom 06.05.2010 die im Vergleich zu einem gesunden Bein bestehende Funktionsbehinderung des linken Beines des Klägers (nach den Kriterien der privaten Unfallversicherung) lediglich mit einem Fünftel Beinwert eingeschätzt. Eine - zusätzlich zu berücksichtigende - Beinlängendifferenz, wie der Kläger geltend macht, liegt nicht vor. Dr. K. hat in seinem Gutachten eine Beinlängendifferenz beim Kläger verneint und sie ist auch sonst nicht ersichtlich.

Weitere Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet, die einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor. Nach den VG Teil B 18.9 rechtfertigen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität keinen GdB, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) einen GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40. Dass beim Kläger mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt bestehen, ist nach den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und den Angaben der schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte nicht der Fall. Insbesondere hat die vom Kläger bei dem Unfall am 07.09.2008 erlittene Deckplattenimpressionsfraktur des 5. Brustwirbelkörpers keine mittelgradigen funktionellen Auswirkungen hinterlassen. Dr. S. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an den Senat vom 22.07.2013 lediglich eine leichte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule mit Bewegungseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der Brustwirbelsäule bei BWK-5-Fraktur mitgeteilt, die nach den dargestellten Bewertungsvorgaben der VG mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten ist. Diese Bewertung von Dr. S. ist für den Senat nach dem Befundbericht von Dr. S. vom 23.05.2011 über eine kernspintomographische Untersuchung der HWS und BWS vom 19.05.2011 plausibel und überzeugend. Danach besteht beim Kläger ein Zustand nach geringer Deckplattenimpression des BWK5 ohne residuelles Knochenmarksödem und ohne Nachweis einer Diskushernie in der HWS und BWS bei nur angedeuteten Diskusprotrusionen der HWK7 bis BWK2 und regelgerechten paravertebralen Weichteilstrukturen. Neurologische Ausfälle sind nicht dokumentiert. Auch Dr. Dr. D. hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 09.12.2011 an das SG wegen vom Kläger geklagter Rückenbeschwerden eine wesentliche Einschränkung körperlicher Art verneint und der (ihm bekannten) Bewertung des Teil-GdB von 10 durch den Beklagten wegen degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule und mit Verformung verheiltem Wirbelbruch zugestimmt. Das Vorliegen eines Schulter-Arm-Syndroms ist nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht erwiesen. Auch keiner der schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte hat ein Schulter-Arm-Syndrom als zusätzlich zu berücksichtigende Gesundheitsstörung des Klägers genannt. Entsprechendes gilt für ein Karpaltunnelsyndrom. Das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms ist nach den ergänzenden Ausführungen des Klägers im Schriftsatz vom 31.10.2013 durch objektive medizinische Befunde nicht belegt. Dies gilt auch für die vom Kläger im Schriftsatz vom 31.10.2013 geschilderten Beschwerden (starkes Taubheitsgefühl der linken Hand - Mittel- und Ringfinger -). Unabhängig davon kann derzeit mangels - abgeschlossener - adäquater Behandlung noch nicht von einer dauerhaften Behinderung ausgegangen werden, die Grundlage der Bewertung mit einem Teil-GdB sein könnte.

Eine Herzerkrankung sowie ein Bluthochdruck, die einen Teil-GdB von 20 (oder mehr) rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor. Vielmehr hat der Beklagte eine Angina pectoris sowie einen Bluthochdruck zutreffend mit einem Teil-GdB von 10 bewertet. Nach den VG Teil B 9 ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Nach Teil B 9.1.1 beträgt bei einer Einschränkung der Herzleistung 1. ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z. B. sehr schnelles Gehen [7-8 km/h], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung der GdB 0 bis 10, 2. einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) der GdB 20 bis 40 und 3. einer Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3-4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten) der GdB 50 bis 70 und mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen der GdB 80. Das Vorliegen einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung ist beim Kläger nicht gegeben. Nach dem zu den Akten gelangten Befundbericht von Dr. S. vom 28.02.2011 erbrachte eine (am 28.02.2011 durchgeführte) Ergometrie beim Kläger kein Anhalt für eine Belastungskoronarinsuffizienz bis 175 Watt. Der Kläger war stufenweise über jeweils 2 Minuten bis 200 Watt belastbar. Der Abbruch erfolgte bei muskulärer Erschöpfung. Das Auftreten pathologischer Befunde beschreibt Dr. S. nicht. Nach der schriftlichen sachverständigen

Zeugenaussage von Dr. S. an den Senat vom 10.07.2013 bestand beim Kläger bei einem Belastungs-EKG am 10.04.2013 (Belastung über je 2 Minuten bis 125 Watt, Abbruch wegen Angina pectoris) lediglich eine leichte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit, die nach den oben dargestellten Bewertungsvorgaben der VG noch keinen Teil-GdB von 20 (bis 40) rechtfertigt. Auch ein Bluthochdruckleiden des Klägers, das (unter Berücksichtigung einer Herzleistungsschwäche) einen Teil-GdB von 20 (oder mehr) rechtfertigt, liegt beim Kläger nicht vor. Nach den VG Teil B 9.3 beträgt bei einer Hypertonie (Bluthochdruck) leichter Form keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) der GdB 0 bis 10 und bei mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung der GdB 20 bis 40. Eine Bluthochdruckerkrankung mittelschwerer Form mit Organbeteiligung ist beim Kläger nicht belegt. Zwar nennt Dr. S. in seinem Bericht vom 27.03.2013 einen bei häuslichen Messungen deutlich zu hohen Blutdruck des Klägers. Allerdings gibt Dr. S. weiter (als Ursache) eine nicht zuverlässige Medikamenten Compliance an. Im Befundbericht vom 27.03.2013 beschreibt Dr. S. einen Blutdruck von 125/80 mmHg, im Befundbericht vom 10.04.2013 von 150/80 mmHg und im Befundbericht vom 28.02.2011 im Schnitt von 142/85 mmHg. In seinem Befundbericht vom 27.03.2013 gelangt Dr. S. zu der Beurteilung einer geringgradigen linksventrikulären Hypertonie bei normaler LV-Funktion. Danach ist beim Kläger nach den VG wegen einer Herzerkrankung (Angina pectoris) sowie Bluthochdruck kein höherer Teil-GdB als 10 rechtfertigt. Die vom Beklagten außerdem mit berücksichtigte Adipositas permagna bedingt nach den VG Teil B 15.3 keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdB begründen, gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna.

Eine mit einem Teil-GdB von 40 zu bewertende psychische Störung (Depression), wie der Kläger meint, liegt nicht vor. Soweit der Kläger im Berufungsverfahren ausführt, Dr. G. habe in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 21.11.2012 die Funktionseinschränkung durch die seelische Störung mit einem Einzelgrad der Behinderung von mindestens 40 eingeschätzt, trifft dies nicht zu. Richtig ist vielmehr, dass Dr. G. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 21.11.2012 an das SG den GdB für die Funktionsbeeinträchtigung durch die seelische Störung auf (mindestens) 20 eingeschätzt hat. Nach den VG Teil B 3.7 beträgt bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 50 bis 70 sowie mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 80 bis 100. Stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit oder gar schwere Störungen liegen beim Kläger nicht vor. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. G. vom 21.11.2012 befand sich der Kläger zwischen dem 25.08.2010 und 20.11.2012 lediglich fünfmal in dessen Behandlung. Danach hat sich der Kläger nach der im Berufungsverfahren eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 07.08.2013 am 06.08.2013 einmalig bei Dr. G. in Behandlung begeben, wobei auffällt, dass diese Behandlung im Zusammenhang mit der Anhörung von Dr. G. steht (Anschreiben des Senats vom 30.07.2013). Bereits die nur in großen zeitlichen Abständen erfolgende Behandlung durch Dr. G. spricht gegen das Vorliegen einer stärker behindernde seelische Störung (vergleiche hierzu auch Senatsurteil vom 17.12.2010 - L 8 SB 1549/10 -, veröffentlicht in juris RdNr. 31 und im Internet: sozialgerichtsbarkeit.de). Dagegen spricht auch der von Dr. G. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 07.08.2013 beschriebene psychische Befund. Danach ist das Bewusstsein des Klägers klar und die Orientierung, der Antrieb, die Wahrnehmung, das Denken, die Mnestik sind unauffällig. Das Kontaktverhalten ist freundlich und zugewandt. Eine Suizidalität ist nicht vorhanden. Es besteht kein Hinweis auf eine psychotische Entwicklung oder ein organisches Psychosyndrom. An Auffälligkeiten beschreibt Dr. G. lediglich eine depressive Affektivität und eine verminderte Belastbarkeit sowie eine Einengung des Denkens auf bestehende Probleme und Konflikte. Diese Befunde rechtfertigen zur Überzeugung des Senats lediglich leichtere psychovegetative oder psychische Störungen, die mit einem Teil-GdB von 0 bis max. 20 zu bewerten ist, wobei der Senat - entgegen der Ansicht von Dr. G. - die volle Ausschöpfung des vorgegebenen Teil-GdB-Rahmens mit 20 für nicht gerechtfertigt erachtet.

Das Vorliegen einer kognitiven Teilleistungsschwäche, die einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigt, ist beim Kläger nicht belegt. Zwar besteht beim Kläger insbesondere nach den Berichten von Dr. W. vom 25.01.2011 und Dr. L. vom 05.06.2013 eine intracerebrale Verkalkung rechts. Diesen Berichten lassen sich jedoch keine Befunde entnehmen, die eine wesentliche kognitive Teilleistungsschwäche des Klägers belegen. Dr. L. hat vielmehr bei der MRT-Angiographie des Schädels vom 05.06.2013 nach seinem Bericht keine Ischämie oder Raumforderung bzw. übrige Pathologie festgestellt. Eine operative Behandlungsbedürftigkeit der cerebralen Verkalkung besteht nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage der Neurologin M. an das SG vom 07.12.2012 nicht. Auch sonst lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen eine wesentliche kognitive Teilleistungsschwäche des Klägers nicht entnehmen.

Der Diabetes mellitus des Klägers rechtfertigt keinen Teil-GdB von 10 (vergleiche hierzu VG Teil B 15.1 in der anwendbaren Fassung der Zweiten Änderungsverordnung vom 14.07.2010). Danach ist ein Teil-GdB von 20 wegen eines Diabetes mellitus erst dann gerechtfertigt, wenn die Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die an Diabetes erkrankten Menschen in der Lebensführung beeinträchtigt sind. Dies trifft zur Überzeugung des Senats nach den im Berufungsverfahren eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen der gehörten Ärzte und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen beim Kläger nicht zu. Eine Therapie, die eine Hypoglykämie aus kann, ist beim Kläger nicht ersichtlich und wird vom Kläger auch nicht dargetan. Das Auftreten einer Hypoglykämie ist auch in den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht dokumentiert. Auch sonst sind keine dauerhaften diabetische Folgeerkrankungen belegt. Nach den rechtlichen Vorgaben VG liegt wegen des Diabetes mellitus keine zu berücksichtigende Behinderung vor (GdB 0).

Die Hörstörung des Klägers rechtfertigt keinen Teil-GdB von 20. Nach dem vom Kläger im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Tonaudiogramm des Betriebsarztes seines Arbeitgebers vom 20.01.2009/26.01.2012 besteht beim Kläger - bei unregelmäßigem Verlauf der Tongehörskurve - nach der 4-Frequenztabelle nach Röser 1973 (vgl. VG Teil B 5.2.2) eine geringgradige Schwerhörigkeit beidseits (prozentualer Hörverlust für das rechte Ohr maximal 22 %/27% und für das linke Ohr von 25 %/25 %), wie Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 02.05.2013 ausgeführt hat, der sich der Senat anschließt, was nach den VG Teil B 5.2.4 Tabelle D einen Teil-GdB von maximal 15 rechtfertigt.

Eine Cephalgie des Klägers bedingt keinen Teil-GdB von wenigstens 10. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage der Neurologin M. an das SG vom 07.12.2012 besteht beim Kläger keine echte Migräne. Sie hat bei der Möglichkeit einer Schmerztherapie

wegen einer Cephalgie den GdB auf 0 eingeschätzt. Dem schließt sich der Senat an.

Eine zu berücksichtigende Hauterkrankung des Klägers (Kontaktdermatitis), wie der Kläger geltend macht, ist nicht belegt. Hierfür reicht das vom Kläger durch seine Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 07.08.2013 vorgelegte Lichtbild nicht aus. Eine dauerhafte Behinderung, die Grundlage der Bildung eines Teil-GdB sein könnte, wird hierdurch nicht belegt. Hierzu hat der Kläger auch nichts Näheres vorgetragen. Soweit sich der Kläger im erstinstanzlichen Verfahren auf eine bestehende Kontaktdermatitis seit 1993 unter Vorlage von Unterlagen der Edel- und Unedelmetall-Berufsgenossenschaft berufen hat, datieren diese Unterlagen aus den Jahren 1993 bzw. 1998 und können keine brauchbaren Erkenntnisse für den vorliegend streitigen Zeitraum ab dem 06.09.2010 erbringen. Das Vorliegen einer dauerhaften Hauterkrankung lässt sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen - für den vorliegend streitigen Zeitraum - nicht entnehmen.

Das Schlafapnoe-Syndrom rechtfertigt einen Teil-GdB von 20. Nach den VG Teil B 8.7 beträgt bei einem nachgewiesenen Schlafapnoe-Syndrom ohne die Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung der GdB 0 bis 10, mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung der GdB 20 und bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung der GdB 50. Letzteres ist beim Kläger nicht der Fall. Nach dem Befundbericht der Ärztin K. vom 04.12.2010 sowie dem Bericht der Klinik L. vom 12.11.2009 hat die beim Kläger wegen eines obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndroms seit November 2009 durchgeführte CPAP-Therapie bei guter Einstellung Erfolg gebracht. Für eine Störung der Lungenfunktion besteht nach diesen Befundberichten kein Anhaltspunkt (gute Grundsättigung von 95 %).

Sonstige Gesundheitsstörungen mit einer wesentlichen Funktionseinschränkung sind beim Kläger nicht ersichtlich und werden von ihm auch nicht dargetan.

Auf Basis dieser festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdB mit 40 zu bewerten. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach § 69 Abs. 3 SGB IX. Danach ist zu beachten, dass 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, 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 Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich 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.

Hiervon ausgehend sind beim Kläger ein Einzel-GdB von 30 für Knorpelschäden der Knie sowie ein Einzel-GdB von 20 für das Schlafapnoe-Syndrom in die Bildung des Gesamt-GdB auf 40 einzubeziehen. Die übrigen Funktionseinschränkungen (Wirbelsäule, Angina pectoris und Bluthochdruck, Adipositas, kognitive Teilleistungsschwäche und Depression, Diabetes mellitus, Schwerhörigkeit, Cephalgie) bedingen einen Einzel-GdB von maximal 10 oder niedriger, die bei der Bildung des Gesamt-GdB nicht erhöhend zu berücksichtigen sind. Dies gilt auch für die mit einem Teil-GdB von maximal 15 zu bewertende Hörstörung des Klägers. Unabhängig davon wäre ein GdB von über 40 selbst dann, wenn die seelische Störung (Depression) entsprechend der Bewertung von Dr. G. mit einem Teil-GdB von 20 bewertet würde, nicht gerechtfertigt, da ein solcher Teil-GdB nur schwach erreicht wäre und deshalb als nur leichte Behinderung nicht rechtfertigt, dem Kläger deswegen die Schwerbehinderteneigenschaft zuzuerkennen, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend ausgeführt hat. Dr. G. teilt keine neuen Befunde mit, die seine abweichende Bewertung des Gesamt-GdB in der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 21.11.2012 (GdB 50 bis 60) plausibel macht, weshalb seiner Bewertung nicht gefolgt werden kann.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Für den Senat ist der für die Entscheidung relevante Sachverhalt durch die vom SG und im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen und die zahlreich zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen geklärt. Gesichtspunkte, die Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, hat der Kläger nicht aufgezeigt.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-01-31