

L 8 SB 3231/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 10 SB 4922/09

Datum

22.06.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 3231/11

Datum

24.01.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. Juni 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der 1956 geborene Kläger ist im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung. Mit Bescheid vom 23.06.2008 stellte das Landratsamt K. - Amt für Versorgung und Rehabilitation - (VA) zuletzt wegen einer Wirbelsäulenverformung, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 20), einer Arthrose und Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 10), funktionellen Organbeschwerden, Depression und chronischem Schmerzsyndrom (Teil-GdB 20) sowie einer Depression (Teil-GdB 30) den GdB mit 40 fest.

Am 04.02.2009 stellte der Kläger beim VA einen Änderungsantrag und beantragte die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme der Nachteilsausgleiche (Merkzeichen) "G", "B" und "H". Mit Schreiben vom 22.05.2009 teilte der Kläger dem VA außerdem mit, er bitte um Bearbeitung seines Änderungsantrags und hoffe, dass der GdB von 40 erhöht werde.

Das VA zog medizinische Befundunterlagen bei (Ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik a. S. B. N. vom 17.06.2008, Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode, COPD, chronisches LWS-Syndrom, Hypothyreose und Hyperlipidämie; Berichte Dr. Z. vom 16.09.2008 und 13.02.2009, Diagnosen: V.a. Blasenentleerungsstörung, Verdacht auf Detrusorhyperaktivität; Dr. H.-P. vom 08.01.2009, Diagnose: Depressive Episode, mittelgradig, rezidivierend) und ließ diese Unterlagen durch seinen ärztlichen Dienst auswerten. In der gutachtlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 12.05.2009 wurde unter zusätzlicher Berücksichtigung von Schwindel und Ohrgeräuschen sowie einer Lungenfunktionseinschränkung (Teil-GdB 10) der GdB weiterhin mit 40 vorgeschlagen.

Mit Bescheid vom 26.05.2009 entsprach das VA dem Antrag des Klägers auf Neufeststellung des GdB und auf die Zuerkennung von Merkzeichen nicht. Hiergegen legte der Kläger am 10.06.2009 Widerspruch ein, mit dem er einen GdB von 50 geltend machte. Er berief sich auf eine Verschlechterung der orthopädischen Befundsituation, insbesondere der Wirbelsäule. Das VA holte den Befundbericht des Orthopäden Dr. L. vom 07.08.2009 ein. Entsprechend einer gutachtlichen Stellungnahme seines ärztlichen Dienstes, Dr. K., vom 11.09.2009 wurde der Widerspruch des Klägers vom Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 08.10.2009 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, eine Verschlimmerung, die eine Erhöhung des GdB rechtfertigen könnte, sei nicht festzustellen.

Hiergegen erhob der Kläger am 05.11.2009 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er machte wegen zahlreicher Beschwerden einen GdB von mindestens 50 (Schriftsatz vom 21.01.2010) und im Verlaufe des Verfahrens einen GdB von 70 (Schriftsatz vom 17.06.2010) geltend und rügte eine unzureichende Sachverhaltsermittlung des VA. Der Kläger legte den Bericht des PD Dr. W. vom 09.09.2009 vor.

Das SG hörte die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Urologe Dr. Z. teilte in seiner Stellungnahme vom 03.02.2010 den Behandlungsverlauf, die Untersuchungsbefunde und Diagnosen (Prostatavergrößerung) sowie eine Besserung der Beschwerden durch medikamentöse Therapie mit. Der HNO-Arzt Dr. K. teilte in seiner Stellungnahme vom 01.02.2010 den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (Hochtonschwerhörigkeit mit Steilabfall links auf 40 dB und rechts auf 50 dB,

Ohrgeräusche, Schlafstörungen und Depression) mit. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Schmerztherapie PD Dr. W. teilte in seiner Stellungnahme vom 02.02.2010 unter Vorlage ärztlicher Unterlagen den Behandlungsverlauf, die Befunde und Diagnosen (Fibromyalgie, Bewegungseinschränkung der HWS, Beugeschmerz der LWS, Finger-Boden-Abstand 30 cm) mit. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. E. teilte in seiner Stellungnahme vom 08.02.2010 unter Vorlage ärztlicher Unterlagen die vom Kläger geklagte Beschwerden (Antriebsminderung, Gefühlsstörungen, Selbstlosigkeit, chronische Müdigkeit, negative Teilhabe an Familie und Gesellschaft, Schmerzen an der LWS) sowie Wirbelsäulenbefunde und eine leichte Struma diffusa bei gleichbleibendem Gesundheitszustand mit. Die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H.-P. teilte in ihrer Stellungnahme vom 03.03.2010 unter Vorlage ärztlicher Unterlagen den Behandlungsverlauf und den psychopathologischen Befund (deutliche Einbußen im dynamischen Bereich, Vitalgefühlsstörungen, kognitive Einschränkungen und ausgeprägtes Schmerzerleben) mit. Der Orthopäde Dr. L. berichtete über geklagte generalisierte Tendomyopathiebeschwerden und tiefsitzende Kreuzschmerzen mit Radikulärsymptomatik sowie angegebener Ohrgeräusche (Stellungnahme vom 18.02.2010). Der Beklagte unterbreitete dem Kläger unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 10.05.2010, in der wegen einer Depression, seelischen Störung, Schwindel und Ohrgeräuschen/Tinnitus (Teil-GdB 30) einer Wirbelsäulenverformung, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und Schulter-Arm-Syndrom (Teil-GdB 20), einem chronischen Schmerzsyndrom (Teil-GdB 20), einer Arthrose und Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 10) und einer Lungenfunktionseinschränkung (Teil-GdB 10) der Gesamt-GdB mit 50 ab 04.02.2009 vorgeschlagen wurde, ein Vergleichsangebot dahin, den GdB mit 50 ab dem 04.02.2009 festzustellen (Schriftsatz vom 11.05.2010). Dieses Vergleichsangebot nahm der Kläger nicht an (Schriftsatz vom 07.10.2010).

Mit Gerichtsbescheid vom 22.06.2011 verurteilte das SG den Beklagten, beim Kläger den GdB mit 50 ab 04.02.2009 festzustellen; im Übrigen wies es die Klage ab. Das SG führte zur Begründung aus, ein GdB von mehr als 50 sei nicht in Ansatz zu bringen. Der Einzel-GdB von 30 für die Depression, seelische Störung, Schwindel, Ohrgeräusche (Tinnitus) sei zutreffend und korrekt. In engem Zusammenhang damit sei die zusätzliche Funktionsbeeinträchtigung chronische Schmerzsyndrom mit einem Einzel-GdB von 20 sowie die Wirbelsäulenverformung, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen und Schulter-Arm-Syndrom mit einem weiteren Einzel-GdB von 20 zu sehen und zu berücksichtigen. Eine Arthrose und Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke sowie eine Lungenfunktionseinschränkung seien jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 gegeben und nachgewiesen. Weitere Behinderungen / Funktionsbeeinträchtigungen mit einem messbaren Einzel-GdB von wenigstens 10 lägen beim Kläger nicht vor. Zusammenfassend sei somit ein höherer Gesamt-GdB als 50 weder gegeben noch nachgewiesen. Der Gerichtsbescheid wurde der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 30.06.2011 zugestellt.

In Ausführung des Gerichtsbescheides stellte das VA beim Kläger mit Bescheid vom 13.07.2011 den GdB mit 50 ab 04.02.2009 fest.

Gegen den Gerichtsbescheid vom 22.06.2011 richtet sich die vom Kläger durch seine Prozessbevollmächtigte am Montag, den 01.08.2011 eingelegte Berufung. Er hat zur Begründung vorgetragen, wegen der bei ihm vorliegenden Beeinträchtigungen Depression, seelische Störung, Schwindel, Ohrgeräusche (Tinnitus), Wirbelsäulenverformung, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Schulter-Arm-Syndrom, chronisches Schmerzsyndrom, Arthrose, Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke und Lungenfunktionseinschränkung liege ein höherer GdB als 50 vor. Insbesondere hätten die belastenden beidseitigen Ohrgeräusche, die Depression und die seelische Störung stärker berücksichtigt werden müssen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22. Juni 2011 sowie den Bescheid des Beklagten vom 26. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Oktober 2009 in der Fassung des Ausführungsbescheids vom 13. Juli 2011 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit mehr als 50 seit dem 4. Februar 2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hat den Kläger behandelnde Ärzte zu Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. PD Dr. W. hat in seiner Stellungnahme vom 09.01.2012 mitgeteilt, dass sich der Kläger seit März 2010 nicht mehr in seiner Behandlung befunden habe. Dr. H.-P. hat in ihrer Stellungnahme vom 26.01.2012 den Behandlungsverlauf mitgeteilt und angegeben, im Verlauf der Behandlung seit März 2010 sei keine nicht nur vorübergehende Veränderung des Gesundheitszustandes des Klägers eingetreten. Der Verlauf stelle sich schwankend dar mit sich abwechselnden Phasen von Verschlechterung und Besserung des Leidensbildes.

Der Rechtsstreit ist durch den Berichterstatter in der nicht-öffentlichen Sitzung am 09.03.2012 mit den Beteiligten erörtert worden. Der Kläger hat im Termin eine Glaskörpertrübung am rechten Auge als neu hinzugetretene Gesundheitsstörung geltend gemacht.

Der Senat hat anschließend den vom Kläger benannten behandelnden Augenarzt Dr. U. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. U. hat in seinen Stellungnahmen vom 21.03.2012 und 26.07.2012 unter Vorlage von medizinischen Befundunterlagen mitgeteilt, beim Kläger bestünden ein primärer chronisches Offenwinkelglaukoms, Gesichtsfeldausfälle, Kopfschmerzen und Sehstörungen. Der GdB sei auf mittlerer Stufe einzuschätzen.

Der Beklagte ist unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 24.04.2012 und 07.08.2012 der Berufung weiter entgegen getreten.

Anschließend hat der Senat (von Amts wegen) das augenärztliche Gutachten von Professor Dr. A. vom 10.10.2012 eingeholt. Der Sachverständige gelangte zusammenfassend zu der Beurteilung, beim Kläger lägen an dauerhaft krankhaften Veränderungen beidseits ein trockenes Auge, grüner Star und ein herabgesetztes Stereosehen sowie an altersbedingten Veränderungen grauer Star, herabgesetztes Dämmerungssehen und erhöhte Blendempfindlichkeit vor. Er schätzte auf augenärztlichem Fachgebiet den GdB auf 0 ein. Er empfahl eine Beurteilung des Gesamt-GdB durch einen Facharzt für Orthopädie/Neurologie/Psychiatrie.

Der Kläger hat sich der Empfehlung von Professor Dr. A. angeschlossen und die Einholung von Gutachten durch einen Arzt für Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie für erforderlich erachtet.

Der Senat hat daraufhin den Urologen Dr. Z., den HNO-Arzt Dr. K. und den Orthopäden Dr. L. schriftlich als sachverständige Zeugen zu Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers (seit Februar 2010) angehört. Dr. K. hat in seiner Stellungnahme vom 18.02.2013 an Veränderungen Schlafstörungen mitgeteilt. Eine Schlaflabor-Untersuchung am 21.12.2010 habe die Diagnose einer kombinierten Schlafstörung erbracht. Dr. K. hat den Befundbericht des S. K. K. vom 21.12.2010 (Diagnosen: kombinierte Schlafstörungen bei schichtdienstbedingter Dyssomnie bei Rückenlage-assoziierten OSAS; Therapieempfehlung: APAP-Therapie - Rückenlageverhinderungsweste, Schlafhygiene, Schichtdienstregelung) sowie weitere medizinische Unterlagen vorgelegt. Dr. L. hat in seiner Stellungnahme vom 18.02.2013 mitgeteilt, im Laufe der Behandlung habe sich seit dem Februar 2010 keine nachhaltige Befundverbesserung erzielen lassen. Zuletzt habe sich ein sensomotorisches Wurzelreizsyndrom, eine generalisierte Tendomyopathie bei gesicherter Fibromyalgie sowie eine retraktile Capsulitis des linken Schultergelenks bei Impingement gefunden. Dr. L. hat den Bericht des Klinikums L. vom 28.12.2012 vorgelegt (Diagnosen: Lumboischialgie bei multisegmentalen Bandscheibenprotrusionen L1-S1 und Radikulopathie S1, Spondylarthrose im Lumbalbereich, Facettensyndrom LWS und Impingement-Syndrom der linken Schulter). Dr. Z. hat in seiner Stellungnahme vom 11.02.2013 mitgeteilt, es sei eine Besserung der Beschwerden im Verlauf der Behandlung eingetreten; an Diagnosen hat er eine Prostatahyperplasie mit Dranginkontinenz sowie eine Detrusorhyperaktivität genannt. Die Dranginkontinenz habe sich gebessert.

Der Beklagte ist der Berufung unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 21.03.2013, der die Beiziehung weitere medizinische Befundunterlagen empfohlen hat, weiter entgegen getreten.

Der Kläger hat die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. K. zum Umfang der Beeinträchtigung durch ein Schlaf-Apnoe-Syndrom angeregt.

Der Senat hat Dr. K. ergänzend schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Dr. K. hat in seiner Stellungnahme vom 21.05.2013 mitgeteilt, im Vergleich zu seinen Angaben vom 18.02.2013 seien auf seinem Fachgebiet keine Veränderungen eingetreten.

Außerdem hat der Senat den Ärztlichen Entlassungsbericht der F. B. B. vom 14.03.2013 über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 21.02.2013 bis 14.03.2013 beigezogen (Diagnosen: lumbale Rückenschmerzen bei degenerativem LWS-Syndrom ohne neurologisches Defizit, Nackenschmerzen bei HWS-Syndrom, endgradige Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks nach Operation im April 2012 wegen eines Impingement-Syndroms, medikamentös substituierte Hypothyreose und Prostatahyperplasie).

Zu den weiteren Ermittlungen hat sich der Beklagte unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 23.07.2013 geäußert und ist der Berufung des Klägers weiter entgegen getreten.

Mit Terminsbestimmung des Vorsitzenden vom 06.08.2013 ist der Rechtsstreit auf den 20.09.2013 zur mündlichen Verhandlung terminiert worden. Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt. Anschließend hat der Kläger durch seine Prozessbevollmächtigte mitgeteilt, dass gebeten werde, erst im November 2013 einer Entscheidung zu treffen; er leide nun auch unter Parkinson sowie Rheuma (Schriftsatz vom 28.08.2013). Im Hinblick auf dieses Vorbringen hat der Senat von einer Entscheidung über die Berufung des Klägers ohne mündliche Verhandlung am 20.09.2013 abgesehen und die Beteiligten entsprechend informiert (Senatsschreiben vom 30.08.2013).

Der Senat hat anschließend vom Kläger benannte Ärzte (wegen des Vorliegens eines Parkinson-Syndroms bzw. einer Rheumaerkrankung) schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Der Facharzt für Neurologie Dr. F. hat in seiner Stellungnahme vom 11.10.2013 unter Vorlage von medizinischen Befundunterlagen den Behandlungsverlauf und die Diagnosen (beginnender Parkinson ohne wesentliche Behinderung, leichte Depression) mitgeteilt. Eine Einschätzung des GdB wegen der Parkinson-Krankheit hat Dr. F. für nicht möglich angesehen, da die Therapie erst begonnen habe und zu dem noch (geringe) Zweifel an der Diagnose bestünden. Der Facharzt für innere Medizin und Rheumatologie Dr. K. hat in seiner Stellungnahme vom 25.11.2013 angegeben, er habe den Kläger einmalig am 10.10.2013 untersucht. Ein Anhalt für eine entzündlich rheumatische Erkrankung bestehe nicht. Im Vordergrund stünden ein Fibromyalgie-Syndrom und eine depressive Verstimmung, leicht bis mittelgradig. Auf seinem Fachgebiet hat Dr. K. den GdB auf 40 eingestuft.

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

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die zum Gegenstand des Verfahrens gemachten Verwaltungsakte des Beklagten und die Gerichtsakte des SG sowie auf die vor dem Senat angefallene Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) auch sonst zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist nicht begründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit mehr als 50 seit dem 04.2.2009 nicht zu. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 22.06.2011 ist nicht zu beanstanden.

Vorliegend ist nur streitgegenständlich, ob dem Kläger ein Anspruch auf Neufeststellung eines höheren GdB als 50 zusteht. Soweit im streitgegenständlichen Bescheid vom 26.05.2009 die vom Kläger außerdem beantragten Merkmale nicht festgestellt worden sind, hat sich der Kläger hiergegen mit seinem Widerspruch vom 10.06.2009 nicht gewandt, weshalb der Bescheid insoweit (teilweise) bestandskräftig ist. Die Zuerkennung von Merkmalen ist damit nicht im Streit. Dem entspricht auch der vom Kläger beim SG sowie im Berufungsverfahren jeweils gestellte Antrag.

Dem Begehren des Klägers auf Neufeststellung eines höheren GdB steht nicht entgegen, dass der Kläger im Änderungsantrag vom 04.02.2009 ausdrücklich nur die Feststellung der Merkmale "G", "B" und "aG" beantragt hat. Denn der Kläger hat jedenfalls durch sein Schreiben vom 22.05.2009 an das VA klargestellt, dass sein Änderungsantrag auch die Neufeststellung eines höheren GdB umfasst. Dem hat der Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid Rechnung getragen.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger 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 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 ist beim Kläger im Vergleich zum im letzten bindenden Bescheid vom 23.06.2008 mit einem GdB von 40 berücksichtigten Gesundheitszustand eine Verschlimmerung eingetreten, die es rechtfertigt, den GdB nunmehr (allenfalls) mit 50 seit dem 04.02.2009 zu bewerten. Ein GdB von über 50 steht dem Kläger zur Überzeugung des Senats dagegen nicht zu.

Die beim Kläger auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Gesundheitsstörungen sind mit einem Teil-GdB von 30 angemessen und ausreichend bewertet, wie das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend begründet hat, worauf der Senat nach eigener Überprüfung Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Eine vom Kläger zur Begründung seiner Berufung geltend gemachte eingetretene Verschlimmerung liegt nach der vom Senat eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. H.-P. vom 26.01.2012 nicht vor, die angegeben hat, dass seit März 2010 (seit der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage an das SG vom 03.03.2007) keine nicht nur vorübergehende Veränderung des Gesundheitszustandes des Klägers eingetreten ist. Mit der Bewertung des Teil-GdB von 30 sind beim Kläger nach den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG Teil B 3.7 bereits stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) berücksichtigt, die einen Teil-GdB von 30 bis 40 rechtfertigen. Dafür, dass beim Kläger schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vorliegen, die einen Teil-GdB von 50 bis 70 rechtfertigen, findet sich in den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den Angaben der schriftlich als sachverständige Zeugen angehörten behandelnden Ärzte des Klägers kein Anhaltspunkt. Anlass, den nach den VG vorgesehenen Bewertungsrahmen nach oben auszuschöpfen (Teil-GdB 40), besteht zur Überzeugung des Senats nicht. Dr. H.-P. hat in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 26.01.2012 angegeben, dass sich beim Kläger der Verlauf schwankend mit abwechselnden Phasen von Verschlechterung und Besserung des Leidensbildes darstellt. Dies spiegelt sich auch in den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen wieder. Nach dem im Bericht des S. K. K. vom 21.12.2010 beschriebenen Befund liegen psychiatrische oder neurologische und Erkrankungen und vegetative Beschwerden nicht vor. Dr. F. geht in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 11.10.2013 von einer nur geringgradig ausgeprägten Depression beim Kläger aus. Im Bericht des Universitätsklinikums T. vom 23.10.2013 wird als Befund (unter anderem) eine deutliche depressive Verstimmung des Klägers genannt. Dr. K. geht in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 25.11.2013 beim Kläger von einer leicht bis mittelgradig ausgeprägten depressiven Verstimmung aus. Nach den VG Teil A 2f) ist Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf, wie dies beim Kläger hinsichtlich der seelischen Störung zutrifft, mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen, weshalb eine Ausschöpfung des GdB-Rahmens auf 40 nicht gerechtfertigt ist. Dies wird auch nicht durch die beim Kläger nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. vom 01.02.2010 belegten Ohrgeräusche gerechtfertigt. Nach den VG Teil B 5.3 rechtfertigen Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen einen Teil-GdB von 0 bis 10 und erst mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen einen Teil-GdB von 20. Dass beim Kläger durch die Ohrgeräusche erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen hervorgerufen werden, beschreibt Dr. K. nicht und lässt sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den Angaben der sonst schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten behandelnden Ärzte des Klägers nicht entnehmen. Im Entlassungsbericht der Klinik a. S. vom 17.07.2008 werden nur unspezifische Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme angegeben. Für den hier maßgeblichen Beurteilungszeitraum finden sich keine solche Beschwerdeangaben mehr. So haben insbesondere PD Dr. W. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 02.02.2010, Dr. E. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 08.02.2010 und Dr. H.-P. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 03.03.2010 über erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen wegen der Ohrgeräusche nicht berichtet. Damit ist beim Kläger wegen der Ohrgeräusche von einem Teil-GdB von 0 bis maximal 10 auszugehen, der eine Erhöhung des Teil-GdB für die seelische Störung des Klägers nicht rechtfertigt. Entsprechendes gilt wegen des vom

Kläger geltend gemachten Schwindels. Dass der Schwindel wesentliche Folgen hervorruft, lässt sich den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen der gehörten Ärzte wie auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen nicht entnehmen. Damit ist nach den Bewertungsvorgaben der VG Teil B 5.7 auch insoweit von einem Teil-GdB von 0 bis max. 10 auszugehen.

Das vom Beklagten mit einem Teil-GdB von 20 gesondert berücksichtigte chronische Schmerzsyndrom wirkt sich nicht zu Lasten des Klägers aus. Gegen diese Bewertung hat der Kläger im Verlauf des Rechtsstreites auch keine Einwendungen erhoben. Es bedarf daher keiner näheren Erwägungen des Senats dazu, ob der für das chronische Schmerzsyndrom (chronischer Ganzkörperschmerz) berücksichtigte Teil GdB von 20 bereits im Teil-GdB von 30 für die seelische Störung des Klägers (ganz oder teilweise) mit erfasst ist und ob deswegen insoweit eine (ganz oder teilweise) Doppelbewertung des GdB vorliegt.

Eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, die einen höheren Teil-GdB als 20 rechtfertigt, liegt beim Kläger zur Überzeugung des Senats nicht vor. Die von PD Dr. W. nach seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 02.02.2010 bei einer Untersuchung am 28.08.2009 festgestellte schmerzhaft eingeschränkte Rotation, Reklination und Seitneigung der HWS ist als dauerhafte Funktionsbehinderung der Wirbelsäule des Klägers nicht belegt. Dr. L. beschreibt in seinen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen vom 18.02.2010 und 18.02.2013 keine wesentlichen Funktionsbehinderung der Wirbelsäule des Klägers. Er teilte lediglich mit, dass der Kläger über generalisierte Tendomyopathiebeschwerden sowie tief sitzende Kreuzschmerzen mit Radikulärsymptomatik geklagt habe und sich zuletzt ein sensomotorisches Wurzelreizsyndrom mit gemischten Ausfällen im Sinne eines L5- und S1-Syndroms gefunden habe. Höhergradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden beschreibt Dr. L. nicht. Auch im Bericht des Klinikums L. vom 28.12.2012 wird eine unauffällige Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule des Klägers (bei schmerzhafter BWS/LWS-Extension) beschrieben. Die Reflexe der oberen und unteren Extremitäten waren seitengleich auslösbar, ohne Sensibilitätsstörungen und ohne Kraftverlust. Die Kennmuskulatur der unteren Extremitäten ist unauffällig bis auf eine Hypästhesie des gesamten linken Beins bei Pseudo-Lasègue und positivem Bragard beidseits. Weiter wird auch im Ärztlichen Entlassungsbericht der F. B. vom 14.03.2013 (Abteilung Orthopädie) eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule des Klägers (bei Druckschmerzen) oder ein neurologisches Defizit nicht beschrieben. Dem entsprechen im Wesentlichen auch die Angaben von Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 25.11.2013, dass beim Kläger keine Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule (und der peripheren Gelenke) bestehen. Danach sind beim Kläger zur Überzeugung des Senats keine schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder mittelschwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten gegeben, die nach den VG Teil B 18.9 einem Teil-GdB von 30 rechtfertigen.

Die sonst beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten einen Teil-GdB von maximal 10.

Im Verlauf des Rechtsstreites ist beim Kläger zur Überzeugung des Senats keine Funktionsbehinderung im Bereich der Schultergelenke eingetreten, die einen Teil-GdB von über 10 rechtfertigt. Zwar hat Dr. L. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 18.02.2013 eine anhaltende Problematik des linken Schultergelenks des Klägers (retraktile Capsulitis) mitgeteilt. Hieraus resultiert jedoch keine Funktionsbehinderung, die nach den VG Teil B 18.13 einen Teil-GdB von mehr als 10 rechtfertigt. Nach dem Ärztlichen Entlassungsbericht der F. vom 14.03.2013 wird lediglich eine schmerzhaft eingeschränkte Innenrotation im linken Schultergelenk (max. 50°) bei sonst sicher ausführbarem Nacken- und Schürzengriff beidseits beschrieben und eine nur endgradige Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks diagnostiziert. Auch sonst lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen keine Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks entnehmen, die nach den genannten Bewertungsvorgaben der VG wegen einer Funktionsbehinderung des (linken) Schultergelenks einem Teil-GdB von 20 rechtfertigt.

Die von Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 01.02.2010 genannte Hochtonschwerhörigkeit beidseits rechtfertigt keinen GdB von wenigstens 10. Nach den Angaben von Dr. K. besteht (tonschwellenaudiometrisch) ein symmetrischer Steilabfall ab 3 kHz links auf 40 dB und rechts auf 50 dB. Nach der 4-Frequenztafel nach Röser 1973 (VG Teil B 5.2.2) lässt sich diesen Angaben von Dr. K. kein Hörverlust ableiten, der nach den VG Teil B 5.2.4 einen GdB von wenigstens 10 rechtfertigt. Eine zu berücksichtigende Hörstörung hat der Kläger im Übrigen im Verlauf des Rechtsstreites auch nicht geltend gemacht.

Eine vom Kläger in der nicht-öffentlichen Sitzung am 09.03.2012 geltend gemachte Sehstörung rechtfertigt keinen Teil-GdB von 10. Nach dem vom Senat eingeholten augenärztlichen Gutachten des Professor Dr. A. vom 10.10.2012 bestehen beim Kläger als dauerhaft krankhafte Augenveränderungen ein trockenes Auge, grüner Star und ein herabgesetztes Stereosehen beidseits und an altersbedingten Veränderungen ein grauer Star, herabgesetztes Dämmerungssehen und erhöhte Blendempfindlichkeit. Hierdurch wird nach der Bewertung von Professor Dr. A. jedoch keine GdB-relevante Behinderung hervorgerufen. Vielmehr ist nach der Bewertung von Professor Dr. A. auf augenärztlichem Gebiet der GdB mit 0 anzusetzen. Dieser Bewertung schließt sich der Senat an. Hiergegen hat der Kläger im Übrigen auch keine Einwendungen erhoben.

Die vom Beklagten mit einem Teil-GdB von 10 berücksichtigten Funktionsbehinderung der Hüftgelenke ist nicht zu Lasten des Klägers unangemessen. Eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke des Klägers, die nach den Bewertungsvorgaben der VG Teil B 18.14 einen Teil-GdB von 20 (oder mehr) rechtfertigen, lassen sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den Aussagen der schriftlich als sachverständige Zeugen angehörten Ärzte nicht entnehmen. Eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke wird von Dr. L. in seinen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen vom 18.02.2010 und 18.02.2013 nicht als Behinderung genannt. Weiter wird im Bericht des Klinikums L. vom 28.12.2012 sowie im Ärztlichen Entlassungsbericht der F. vom 14.03.2013 die Beweglichkeit der unteren Extremitäten als unauffällig bzw. die Hüftgelenksbeweglichkeit als frei beschrieben.

Eine Lungenfunktionseinschränkung (Asthma bronchiale), die einen höheren Teil-GdB als 10, wie vom Beklagten berücksichtigt, rechtfertigt, liegt beim Kläger nicht vor. Eine dauerhafte Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades, die nach den VG Teil B 8.3 einen Teil-GdB von 20 bis 40 rechtfertigt ist nach den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen der im Verlauf des Rechtsstreites gehörten Ärzte sowie den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen zur Überzeugung des Senats nicht belegt. Nach dem Ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik a. S. vom 17.07.2008 hat die erfolgte Lungenuntersuchung (trotz Diagnose eines COPD) keinen pathologischen Befund der Lungenfunktion erbracht. Weiter war der Kläger nach dem Befundbericht des Internisten und Kardiologen Dr. B. vom 11.08.2008 bei einer Fahrradergometrie nach 9-minütiger Belastungsdauer mit 150 Watt belastbar, wobei der Abbruch wegen muskulärer Erschöpfung erfolgte. Das Auftreten einer Dyspnoe beschreibt Dr. B. in seinem Bericht nicht, was dagegen spricht, dass beim Kläger eine Lungenfunktionseinschränkung besteht. Auch sonst lässt sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen eine

Lungenfunktionseinschränkung nicht entnehmen. Ein Schlaf-Apnoe-Syndrom, das nach den VG Teil B 8.7 einen Teil-GdB von wenigstens 10 rechtfertigt, ist beim Kläger nicht belegt. Nach dem Bericht des S. K. K. vom 21.12.2010 besteht beim Kläger eine kombinierte Schlafstörung, eine schichtdienstbedingte Dyssomnie bei einem Rückenlage-assoziierten OSAS. Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung, die nach den VG Teil B 8.7 einen Teil-GdB von 20 rechtfertigt, ist nicht belegt. Damit ist beim Kläger nach den VG wegen der Schlafstörung von einem Teil-GdB von 0 bis max. 10 auszugehen. Eine Verschlimmerung der Schlafstörung bestätigt Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 18.02.2013 an den Senat nicht.

Eine beim Kläger bestehende Prostatavergrößerung rechtfertigt ebenfalls keinen Teil-GdB von wenigstens 10. Nach den VG Teil B 13.5 richtet sich der GdB nach den Harnentleerungsstörungen und der Rückwirkung auf die Nierenfunktion. Das Vorliegen einer eingeschränkten Nierenfunktion ist nicht ersichtlich. Dr. Z. beschreibt in seinem Befundbericht vom 08.10.2009 einen - sonographisch - unauffälligen Nierenbefund. Auch eine relevante Harnentleerungsstörung besteht beim Kläger nicht. Nach den schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. Z. vom 03.02.2010 (an das SG) und 11.02.2013 (an den Senat) hat sich eine Harninkontinenz des Klägers im Verlaufe der Behandlung durch eine medikamentöse Therapie gebessert (gelegentliches Nachtröpfeln ohne Miktionsbeschwerden tagsüber). Damit bestehen - auf urologischem Fachgebiet - beim Kläger keine Beeinträchtigungen, die einen Teil-GdB von 10 rechtfertigen.

Eine vom Kläger im Verlaufe des Berufungsverfahrens geltend gemachte Rheumaerkrankung liegt nicht vor. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. vom 25.11.2013 gibt es keinen Anhalt für eine entzündlich rheumatische Erkrankung.

Schließlich lässt sich wegen einer vom Kläger im Verlaufe des Berufungsverfahrens geltend gemachten Parkinson-Erkrankung ein Teil-GdB derzeit noch nicht bestimmen. Nach der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. F. vom 11.10.2013 bestehen noch Zweifel (wenn auch geringe) an der Diagnose einer Parkinson-Krankheit des Klägers. Diese Zweifel werden bekräftigt durch den Befundbericht des Dr. S. vom 16.08.2012 über ein MRT des Neurocraniums, die insbesondere keinen Hinweis auf typische Veränderungen symptomatischer Parkinson-Syndrome erbracht hat. Nach den weiteren Angaben von Dr. F. besteht beim Kläger zudem (allenfalls) nur eine beginnende Parkinson-Erkrankung ohne wesentliche Behinderung, für die der GdB noch nicht nach den VG Teil B 3.1.2 bewertet werden kann. Der weitere Behandlungsverlauf bleibt vielmehr abzuwarten. Davon geht auch Dr. F. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage aus, der wegen der erst eben begonnenen Therapie derzeit die Einschätzung des GdB nicht für sinnvoll erachtet. Insoweit ist der Kläger je nach dem Verlauf der weiteren Diagnostik und der Behandlung auf einen Neufeststellungsantrag beim Beklagten zu verweisen.

Sonstige zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen sind beim Kläger nicht ersichtlich und werden von ihm im Übrigen im Berufungsverfahren auch nicht (mehr) geltend gemacht.

Die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten damit keinen höheren Gesamt-GdB als 50.

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 und die VG 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; VG Teil A Nr. 3). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung dieser Bewertungsgrundsätze 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](#)).

Hiervon ausgehend sind beim Kläger ein Teil GdB von 30 für seelische Störung sowie ein Teil GdB von jeweils 20 für die Wirbelsäule und (zugunsten des Klägers unterstellt) für das chronische Schmerzsyndrom in die Bildung des Gesamt GdB mit 50 einzubeziehen. Die übrigen Funktionseinschränkungen bedingen keinen Teil GdB, der bei der Bildung des Gesamt GdB erhöhend zu berücksichtigen ist.

Anlass für weitere Ermittlungen besteht nicht. Der Senat hält den entscheidungserheblichen Sachverhalt durch die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und die vom SG sowie im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen für geklärt. Neue Gesichtspunkte, die dem Senat Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, hat der Kläger nicht aufgezeigt. Der Senat sieht sich auch nicht aufgrund des Gutachtens von Dr. A. zur Einholung von Gutachten auf orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet gedrängt. Entgegen der Ansicht des Klägers hat Professor Dr. A. in seinem Gutachten vom 10.10.2012 die Einholung von Gutachten auf orthopädischem, neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet nicht empfohlen. Er hat lediglich empfohlen, die Beurteilung des Gesamt-GdB durch Fachärzte auf diesen Fachgebieten vorzunehmen. Dieser Empfehlung von Professor Dr. A. ist durch die im erst- und zweitinstanzlichen Verfahren erfolgten schriftlichen Anhörungen der den Kläger auf diesen Fachgebieten behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen umfassend Rechnung getragen worden, wobei die auf der Grundlage der Angaben der gehörten Ärzte - und der zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen - vorzunehmende rechtliche Bewertung des Gesamt-GdB dem Gericht vorbehalten ist.

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