

L 3 SB 2200/13

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

3

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 25 SB 5940/09

Datum
22.04.2013

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 2200/13

Datum
12.02.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. April 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des beim Kläger festzustellenden Grades der Behinderung (GdB) streitig.

Der am 02.07.1964 geborene Kläger, der die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, beantragte am 10.09.2008 beim Landratsamt Esslingen - Amt für besondere Hilfen - (LRA) seine Funktionsbeeinträchtigungen als Behinderung festzustellen und ihm einen Schwerbehindertenausweis ab Antragstellung auszustellen. Zur Begründung verwies er darauf, einen Bandscheibenvorfall erlitten zu haben und an einem Leistenbruch sowie an Beschwerden des rechten Kniegelenks zu leiden. Hierzu legte er ein ärztliches Attest von Dr. C., Allgemeinmedizin/Phlebologie, vom 12.08.2005 sowie einen Operationsbericht von Dr. Raeder über eine Hernie-Operation am 26.03.2007 vor.

Das LRA zog daraufhin den Entlassungsbericht vom 08.03.2006 über eine vom 07. - 28.02.2006 in der A.Klinik B. durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme, aus der der Kläger unter der Diagnose Lumboischialgie bei NPP der unteren Lumbalsegmente entlassen wurde, bei. Ferner forderte es bei Dr. C. die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen an, die dieser unter dem 02.10.2008 vorlegte und führte diese Unterlagen einer versorgungsärztlichen Überprüfung zu. In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 13.11.2008 bewertete Dr. D. eine beim Kläger bestehende "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden" mit einem Einzel- GdB von 10. Der Leistenbruch und die Kniebeschwerden rechts bedingten hingegen keinen Einzel-GdB von minds. 10.

Gestützt hierauf lehnte das LRA den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 25.11.2008 ab. Da beim Kläger kein GdB von minds. 20 vorliege, sei eine Feststellung des GdB nicht zu treffen.

Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch brachte der Kläger vor, die Wirbelsäulenerkrankung sei deutlich zu niedrig bewertet. Er müsse täglich vier Ibuprofen- Tabletten einnehmen, weswegen die Funktionsbeeinträchtigung mit einem Einzel-GdB von 50, eher 75 zu bewerten sei. Ferner bestehe ein Zustand nach zweimaliger Leistenbruch-OP sowie ein krankhafter Bluthochdruck weswegen ein GdB von minds. 50 festzustellen sei.

Nach abermaliger Beiziehung der bei Dr. C. vorliegenden Untersuchungsunterlagen und deren versorgungsärztlicher Überprüfung durch Dr. D. (versorgungsärztliche Stellungnahme vom 06.05.2009) wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 05.08.2009 als unbegründet zurück. Die Auswertung der beigezogenen Unterlagen habe ergeben, dass keine Gesundheitsstörung vorliege, die einen Einzel-GdB von wenigstens 20 bedinge. Die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule führe nicht zu einer Versteifung, zu Instabilitäten oder zu Lähmungserscheinungen, der Bluthochdruck führe zu keiner Organbeteiligung.

Hiergegen hat der Kläger am 02.09.2009 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat der Kläger vorgetragen, bei ihm bestünden chronische Erkrankungen, die sich mit zunehmender Zeit verschlimmern würden. Hiervon seien sowohl der Haltungsapparat als auch die Gelenke und die Muskulatur betroffen.

Der Beklagte ist der Klage entgegen getreten.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen einvernommen. Dr. E., Orthopäde und Chirurg, hat in seiner Stellungnahme vom 14.10.2009 ausgeführt, beim Kläger bestünden ständig Rückenschmerzen, eine wesentliche Funktionsstörung bestehe jedoch nicht. Im Juli 2009 habe sich der Kläger wegen Kniebeschwerden bei ihm vorgestellt. Das Kniegelenk sei frei beweglich gewesen, es hätten keine Ergüsse oder Meniskuszeichen festgestellt werden können. Dr. C. hat unter dem 26.10.2009 mitgeteilt, beim Kläger bestehe eine mittelgradige Hypertonie. Am 15.09.2008 hätten die Werte 160/90 mmHg betragen. Dr. F., Radiologie und Nuklearmedizin, teilte unter dem 26.11.2009 mit, der Kläger sei lediglich einmal im Februar 2009 wegen der Sonographie der Nieren bei ihr vorstellig geworden, ohne dass ein pathologischer Befund erhoben worden sei.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hat das SG Prof. Dr. G., Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologin, zur gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In ihrem internistischen Sachverständigengutachten vom 15.05.2010 hat Prof. Dr. G. unter Berücksichtigung eines unter dem 17.05.2010 von Prof. Dr. H. erstellten radiologischen Zusatzgutachtens beim Kläger eine arterielle Hypertonie und eine konzentrisch linksventrikuläre Hypertrophie diagnostiziert. Die Hypertonie sei in den Schweregrad II einzustufen. Die Hypertrophie sei als subklinischer Endorganschaden zu sehen. Für den Kläger sei weder die medikamentöse Behandlung belastend noch seien hierdurch bedingte Alltagseinschränkungen erkennbar. Der GdB hierfür sei mit 20 einzuschätzen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat das SG Prof. Dr. I., Facharzt für Orthopädie und Rehabilitative Medizin, zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines integrierenden Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinem orthopädisch-internistischen Hauptgutachten vom 26.01.2011 hat Prof. Dr. I. beim Kläger eine chronisch-rezidivierende Lumbalgie (anamnestisch), eine Insertionstendopathie spina iliaca posterior superior links sowie ein femoropatellares Schmerzsyndrom rechts bei Patellalateralisation diagnostiziert. Prof. Dr. I. hat frei bewegliche, schwellungsfreie und bandstabile Kniegelenke befundet. Für den Bereich der Wirbelsäule hat Prof. Dr. I. eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule beschrieben. Die Lenden- und die Brustwirbelsäule seien weder druckdolent noch in ihrer Entfaltbarkeit eingeschränkt. Die Wirbelsäule sei sowohl beim Entkleiden als auch beim Positionswechsel nicht sichtbar eingeschränkt. Für die Funktionsbeeinträchtigungen sei jeweils ein Einzel-GdB von 10 angemessen. Unter Berücksichtigung der bestehenden Hypertonie sei insg. ein GdB von 20 anzusetzen.

Unter dem 14.02.2011 hat der Beklagte ein Vergleichsangebot des Inhalts, den GdB des Klägers ab September 2008 mit 20 festzustellen, unterbreitet. Der Kläger ist diesem Angebot nicht beigetreten und hat sodann einen Befundbericht der Augenärztin Dr. J. vom 14.04.2011 vorgelegt, nach dem eine Fundusuntersuchung diskrete beidseitige Veränderungen im Gefäßverlauf gezeigt habe.

Im Rahmen eines Termins zur Erörterung des Sachverhalts am 22.06.2011 hat der Beklagte ein Anerkenntnis abgegeben, den GdB des Klägers ab September 2008 mit 20 festzustellen. Der Kläger hat dieses als Teilanerkentnis angenommen.

Das SG hat sodann abermals, nachdem klägerseits eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht wurde, die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen einvernommen. Dr. C. hat unter dem 11.07.2011, Dr. E. hat in seiner Stellungnahme vom 14.07.2011 jeweils mitgeteilt, dass sich keine Änderung im Gesundheitszustand des Klägers ergeben habe.

Auf einen weiteren Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat das SG Dr. K., Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum L., zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinem fachorthopädisch/unfallchirurgischen Gutachten vom 05.03.2012 hat Dr. K. beim Kläger unter Berücksichtigung eines unter dem 09.01.2012 von Prof. Dr. M. erstellten radiologischen Fachgutachtens eine chronische Lumbalgie (anamnestisch), ein femoropatellares Schmerzsyndrom bei leichter Varusfehlstellung des rechten) linken Kniegelenks sowie ein Cervicobrachialsyndrom diagnostiziert, die jeweils nur einen geringfügigen Schweregrad aufwiesen. Den GdB hat Dr. K. auf fachorthopädischem Gebiet auf insg. 10 eingeschätzt.

Schließlich hat das SG, einem weiteren Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) folgend, Prof. Dr. N., Ärztlicher Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßkrankheiten am Klinikum L., zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinem internistisch-kardiologischen Gutachten vom 22.12.2012 hat Prof. Dr. N. beim Kläger unter Berücksichtigung eines unter dem 06.12.2012 von Prof. Dr. M. erstellten radiologischen Fachgutachtens sowie eines von Prof. Dr. O., Ärztlicher Direktor der Augenklinik am Klinikum L., erstellten augenärztlichen Zusatzgutachtens vom 18.12.2012 beim Kläger eine arterielle Hypertonie mit konsekutiver konzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie bei einer guten linksventrikulären Funktion diagnostiziert. Prof. Dr. N. hat ausgeführt, anlässlich einer Langzeit-Blutdruckmessung hätten sich leicht erhöhte Blutdruckwerte gezeigt. Es seien keine hypertensiven Entgleisungen aufgetreten. Die maximalen Werte von 160mmHg (systolisch) und 109 mmHg (diastolisch) seien nicht über einen längeren Zeitraum hinweg aufgetreten. Der GdB hierfür sei mit 20 festzustellen. Prof. Dr. O. hat in seinem augenärztlichen Zusatzgutachten ausgeführt, beim Kläger lägen keine Behinderungen von Seiten der Augen vor. Es bestehe eine latente Hyperopie mit geringem Astigmatismus und eine beginnende Presbyopie (Altersweitsichtigkeit). Die Untersuchung des Augenhintergrunds habe einen regelrechten Gefäßstatus gezeigt.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.04.2013 hat das SG die Klage sodann abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es ausgeführt, die Hypertonie- Erkrankung des Klägers, die mit einer konzentrischen linksventrikulären Hypertrophie einhergehe, sei mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Prof. Dr. G. habe in ihrem Gutachten ausgeführt, dass durch die Gesundheitsstörung keine Einschränkungen im Alltag bestünden. Der Blutdruck sei vielmehr medikamentös gut eingestellt. Das Gutachten von Prof. Dr. N. und die anlässlich der Untersuchung erhobenen Blutdruckwerte (punktuell maximal bis 160mmHg systolisch und 109mmHg diastolisch) hätten die Befunde von Prof. Dr. G. bestätigt. Ferner habe das Gutachten belegt, dass keine hypertensive Entgleisungen aufträten. Zwar könnten Schwindel und Kopfschmerzen Ausdruck einer hypertensiven Krise sein, hiervon sei jedoch in keinem der eingeholten Befundberichte und Gutachten berichtet worden. Auch habe der Kläger gegenüber Prof. Dr. G. eine Einschränkung im Alltag verneint und eine rasche Besserung unter der Einnahme von Paracetamol mitgeteilt. Insgesamt hätten die Gutachten, so das SG, damit übereinstimmend einen medikamentös zufriedenstellend eingestellten Bluthochdruck bestätigt. Ein fundus hypertonicus bestünde beim Kläger nicht. Die augenärztliche Zusatzuntersuchung von Prof. Dr. O. habe einen Visus von beidseits 1,0 sowie eine allseits anliegende Netzhaut mit regelrechtem Gefäßstatus ohne Gefäßkreuzungszeichen bestätigt. Es sei daher beim Kläger von einer mittelschweren Form der Hypertonie (II. Grades) auszugehen, für die ein Einzel-GdB von 20 anzusetzen sei. Die beim Kläger bestehenden Wirbelsäulenerkrankungen, ein rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Bandscheiben-Protrusionen L4/5, L5/S1, eine Lumboischialgie beidseits ohne wesentliche Funktionsstörung sowie ein

Cervicobrachialsyndrom und Osteochondrose C3/4, seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Die von den Gutachtern Prof. Dr. I. und Dr. K. mitgeteilten Befunde zeigten, dass lediglich geringgradige funktionelle Auswirkungen bestünden. Die Beweglichkeit der Wirbelsäulensegmente sei allenfalls gering eingeschränkt, es bestünde keine radikuläre Symptomatik oder eine Einschränkung der Stabilität. Die beim Kläger bestehenden Funktionsstörungen des rechten Kniegelenks bedingten gleichfalls lediglich einen Einzel-GdB von 10. Der Kläger leide an einer Gonarthrose rechts bei Chondromalazie rechts und Außen- und Innenmeniskusdegeneration, das rechte Knie sei jedoch ergussfrei und klinisch frei beweglich. Der Bandapparat sei stabil. Die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenks sei daher geringfügig. Im Hinblick auf die freie Beweglichkeit beider Schultergelenke bedingten die Schulterbeschwerden des Klägers keine GdB-pflichtige Funktionsbeeinträchtigung. Für den beim Kläger bestehenden Zustand nach 2-maliger Leistenbruch-Operation sei gleichfalls kein Einzel-GdB anzusetzen, weil keine Beeinträchtigung festzustellen sei. Insgesamt belaufe sich der GdB auf 20.

Mit Bescheid vom 28.05.2013 hat das LRA den GdB des Klägers in Ausführung des Teil-Anerkennnisses vom 22.06.2011 mit 20 seit September 2008 festgestellt.

Gegen den am 26.04.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 23.05.2013 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt er vor, die Hypertonie-Erkrankung habe bei ihm zu einer Herzerkrankung in Form einer linksventrikulären Hypertrophie geführt, die zu einer Herzinsuffizienz geführt habe. Trotz der durchgeführten medikamentösen Behandlung träten Blutdruckspitzen auf, die zu Schwindel und Kopfschmerzen führten. Auch habe eine Belastungs-EKG Untersuchung bei 150 Watt wegen der Blutdruckerhöhung abgebrochen werden müssen. Es sei daher ein Einzel-GdB von zumindest 30 anzusetzen. Die Erkrankungen der Wirbelsäule und der Kniegelenke träten eigenständig hinzu, sodass sie den GdB erhöhten. Zuletzt wird angeführt, die beim Kläger bestehende allgemeine Gelenkerkrankung habe sich verschlechtert.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. April 2013 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 25. November 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05. August 2009 zu verurteilen, die bei ihm bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Grad der Behinderung von 30 ab September 2008 festzustellen,

hilfsweise,

ein Gutachten von Amts wegen betreffend chronisch-degenerative Erkrankungen der Gelenke,

höchst hilfsweise,

ein solches Gutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz einzuholen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung seines Antrages bringt der Beklagte vor, dass das SG die bestehenden Beeinträchtigungen zutreffend bewertet habe und die eingeholten Gutachten durchgehend den festgestellten GdB von 20 bestätigt hätten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die beim Beklagten für die Klägerin geführte Schwerbehindertenakte, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 12.02.2014 wurden sowie die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 12.02.2014 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, führt jedoch in der Sache für den Kläger nicht zum Erfolg.

Das SG hat die Klage, nachdem der Beklagte zuvor ein Teil-Anerkennnis des Inhalts, den GdB des Klägers ab September 2008 mit 20 festzustellen, abgegeben hat, das vom Kläger als solches angenommen wurde, wodurch der Rechtsstreit insoweit erledigt war (vgl. [§ 101 Abs. 2 SGG](#)), zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass die bei ihm vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einem höheren GdB als 20 festgestellt werden.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen der GdB-Bewertung ausführlich und zutreffend dargelegt, es ist anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen zu der nicht zu beanstandenden Einschätzung gelangt, dass ein GdB von mehr als 20 für die beim Kläger bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht gerechtfertigt ist. Der Senat schließt sich der Einschätzung des SG nach eigener Überprüfung an und sieht von einer Begründung seiner Entscheidung nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab.

Im Hinblick auf die Berufungsbegründung ist lediglich zu betonen, dass die Hypertonie-Erkrankung des Klägers nicht mit einem höheren Einzel-GdB als 20 berücksichtigt werden kann. Die Bewertung der Hypertonie-Erkrankung des Klägers bestimmt sich nach Ziffer 26.9 (S.75) der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (AHP), herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in der jeweils gültigen Fassung (zuletzt 2008) bzw. nach Ziffer 9.3 (S.67 f) der ab dem 01.01.2009 an die Stelle der AHP getretenen Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsmedizin-Verordnung) nach dem jeweiligen Schweregrad. Eine leichte Form ohne oder nur mit geringen Leistungsbeeinträchtigungen (höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen) ist mit einem Einzel-GdB von 0-10, eine mittelschwere Form mit Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundsveränderungen - Fundus hypertonicus I bis II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie, diastolischer Blutdruck mehrfach trotz Behandlung über 100 mmHg) je nach Leistungsbeeinträchtigung mit einem solchen von

20 bis 40, schwere Formen mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigungen der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung mit einem Einzel-GdB von 50 bis 100 und maligne Formen mit einem diastolischen Blutdruck konstant über 130 mmHg; Fundus Hypertonicus III bis IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn) mit einem Einzel-GdB von 100 zu bewerten. Nach den zuletzt von Prof. Dr. N. erhobenen Blutdruckwerten (maximal 160 mmHg systolisch und 109 mmHg diastolisch) liegt beim Kläger nach der der Klassifikation der Deutschen Hochdruckliga, 2008 (abgedruckt u.a. in Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2011, S.936) eine mittelschwere Hypertonie (Grad 2) vor, für die nach den Bewertungskriterien der AHP bzw. der VG ein GdB-Rahmen von 20-40 eröffnet ist. Dieser ist in Abhängigkeit zur Schwere ggf. bestehender Leistungsbeeinträchtigungen auszufüllen. Diese erreichen beim Kläger jedoch keine, über einen leichten Grad hinausgehenden Grad. Insb. die beim Kläger bestehende konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie führt, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, zu keinen maßgeblichen funktionellen Einschränkungen. Anlässlich der körperlichen Untersuchung des Klägers durch Prof. Dr. N. konnte der Kläger bei einem Belastungs-EKG bis 150 Watt belastet werden, ohne dass Zeichen eingeschränkter ventrikulärer Funktion oder einer Belastungsdyspnoe aufgetreten sind. Auch in der Echokardiographie zeigte sich nach den Bekundungen von Prof. Dr. N. eine gute linksventrikuläre Funktion, so dass beim Kläger durch die Hypertonie-Erkrankung keine maßgebliche Beeinträchtigung der kardialen Leistungsfähigkeit bedingt ist.

Da nach dem augenärztlichen Zusatzgutachten von Prof. Dr. O. auch ein regelrechter Gefäßstatus der Netzhaut bestätigt ist, mithin keine Augenhintergrundveränderungen bestehen; die als weitere hypertoniebedingte Folgeerscheinungen vorgetragenen Schwindelercheinungen und Kopfschmerzen nach den nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. N. durch die durchgeführte Langzeitblutdruckmessung nicht als hypertensive Entgleisung bestätigt werden konnten, vielmehr vom Gutachter als rein spekulativ bezeichnet wurden, ist ein Einzel-GdB von 20 für die Hypertonie-Erkrankung des Klägers angemessen und ausreichend. Da die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers, ein rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Bandscheiben-Protusionen L4/5, L5/S1, eine Lumboischialgie beidseits ohne wesentliche Funktionsstörung sowie ein Cervicobrachialsyndrom und Osteochondrose C3/4 sowie einer Gonarthrose rechts bei Chondromalazie rechts und Außen- und Innenmeniskusdegeneration vom SG anhand der jeweiligen Vorgaben der VG unter Berücksichtigung der bestehenden lediglich geringen bis leichten Funktionsbeeinträchtigungen in nicht zu beanstandender Weise mit einem Einzel-GdB von jeweils 10 bewertet wurden, diese vorliegend, entgegen der klägerischen Behauptung, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, sind die beim Kläger bestehenden Beeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ausreichend und angemessen bewertet. Ein GdB von 30 ist nicht festzustellen.

Der Gerichtsbescheid des SG vom 22.04.2013 ist hiernach nicht zu beanstanden.

Dem Hilfsantrag, ein Gutachten von Amts wegen betreffend einer chronisch-degenerativen Gelenkserkrankung einzuholen, ist nicht stattzugeben. Nach [§ 103 Satz 1 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen, ohne an das Vorbringen und Beweisanträge der Beteiligten gebunden zu sein ([§ 103 Satz 2 SGG](#)). Beim Antrag auf Einholung eines Gutachten handelt es sich dem Grunde nach um einen Beweisantrag gemäß [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 402 ff](#) Zivilprozessordnung. Die Beweisaufnahme im Wege des Strengbeweises ist an die gesetzlichen Voraussetzungen über die Beweisaufnahme gebunden, weswegen er die prozessordnungsgemäßen Mindestvoraussetzungen erfüllen muss. Zu diesen zählen u.a. die Benennung der Tatsachen, die bewiesen werden sollen (Beweisthema) und die Formulierung des Beweisergebnisses. Bei letzterem kommt es im Rahmen eines Verfahrens auf Feststellung eines höheren GdB nicht nur auf eine weitere Diagnosestellung an, es muss vielmehr auch dargetan werden, wie sich dies auf den Gesamtzustand der Behinderung auswirkt (vgl. BSG, Beschluss vom 30.08.2002 - [B 13 RJ 125/02 B](#) - veröffentlicht in juris). Diesen Anforderungen genügt der (erstmal) in der mündlichen Verhandlung vom 12.02.2014 gestellte Antrag, "ein Gutachten von Amts wegen betreffend einer chronisch-degenerativen Gelenkserkrankung einzuholen" nicht. Es wurde bereits nicht dargelegt, welche konkreten Funktionsbeeinträchtigungen durch die Erkrankung eingetreten sein sollen. Einem Beweisantrag, der wie der vorliegende, so unsubstantiiert ist, dass im Grunde erst die Beweisaufnahme selbst die entscheidungs- und damit beweiserheblichen Tatsachen aufdecken soll bzw. der allein den Zweck hat, dem Beweisführer, der nicht genügend Anhaltspunkte für seine Behauptungen angibt, erst die Grundlage für substantiierte Tatsachenbehauptungen zu verschaffen, braucht nicht nachgegangen zu werden. (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2011 - [B 13 R 33/11 R](#) - m.w.N., veröffentlicht in juris).

Ungeachtet hiervon ist der Senat auch durch den zu Grunde liegenden Vortrag, es bestehe eine fortschreitende allgemeine Gelenkserkrankung nicht gehalten, im Rahmen der ihm obliegenden Amtsermittlung (vgl. [§ 103 Satz 1 SGG](#)) in eine weitere Sachaufklärung einzutreten. Die "fortschreitende allgemeine Gelenkserkrankung" wurde in der mündlichen Verhandlung ohne jede Substantiierung vorgetragen. Insb. von einem rechtskundig vertretenen Beteiligten ist jedoch zu fordern, jedenfalls tatsächliche, ein Fürmöglichhalten rechtfertigende Anhaltspunkte vorzutragen und ggf. eine ärztliches Attest o.ä. zum Beleg einer Erkrankung beizubringen. Da dies nicht erfolgt ist, Hinweise für eine derartige Erkrankung auch aus den vorliegenden Akteninhalten nicht ersichtlich sind und auch das bloße Tragen einer Bandage durch den Kläger, wie dies von ihm in der mündlichen Verhandlung demonstriert wurde, keine Konkretisierung der geltend gemachten Erkrankung darstellt, sieht sich der Senat nicht gehalten, weitere Ermittlungen einzuleiten.

Auch soweit der Antrag, ein Gutachten betreffend einer chronisch-degenerativen Gelenkserkrankung einzuholen, höchsthilfsweise nach [§ 109 SGG](#) gestellt wurde, ist ihm nicht stattzugeben. Nach [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) muss auf Antrag des Versicherten ein bestimmter Arzt gutachterlich gehört werden. Ein "bestimmter" Arzt ist vom Kläger in der mündlichen Verhandlung nicht benannt worden. Der Kläger hat damit bereits keinen vollständigen Antrag gestellt. Der Antrag wäre zudem, wenn er vollständig gewesen wäre, nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) abzulehnen gewesen. Das Gericht kann einen Antrag nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) ablehnen, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts in der Absicht, das Verfahren zu verschleppen, oder aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Durch die Zulassung des Antrags, ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) einzuholen, wäre die Erledigung des Rechtsstreits verzögert worden, da die für den Termin zur mündlichen Verhandlung am 12.02.2014 in Aussicht genommene Beendigung der Streitsache zu verschieben gewesen wäre. Die Verspätung beruht vorliegend auch auf grober Nachlässigkeit, da der - rechtskundig vertretene - Kläger durch die Terminierung der Streitsache mit Ladung vom 20.01.2014, die der Bevollmächtigten am 22.01.2014 zugestellt wurde, erkennen musste, dass nicht beabsichtigt ist, den Sachverhalt weiter aufzuklären und er den Antrag nicht innerhalb einer angemessenen Frist hiernach gestellt hat.

Die Berufung ist zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs.2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-19