L 8 SB 5937/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 12 SB 4149/08
Datum
29.11.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 5937/10
Datum
23.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29.11.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 (statt 40) seit 14.04.2008 zusteht.

Der 1950 geborene Kläger, gelernter Kfz-Elektriker, war zuletzt als Warenbereichsleiter beschäftigt. Seit April 2013 ist er berentet.

Am 14.04.2008 beantragte der Kläger beim Landratsamt F. (LRA) die (Erst-)Feststellung eines GdB (Blatt 1/3 der Beklagtenakte). Zu seinem Antrag gab er an, seit 1973 an chronischer Prostatitis, seit 1985 an Depressionen, neurotischer Entwicklung, einem Trümmerbruch der rechten Schulter (2003), einem hochgradig obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (seit 2004), seit 1996 an Arthrosen der Hüfte, der Knie sowie der LWS und seit 1997 an Hypertonie und Adipositas zu leiden. Der Kläger legte ärztliche Unterlagen, beginnend im Jahr 1985, vor (dazu vgl. Blatt 4/35, 42/43, 52 der Beklagtenakte).

Das LRA erhob Beweis durch Einholung einer Auskunft des behandelnden Arztes für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. O., der unter Vorlage von Arztberichten (Blatt 47/49 der Beklagtenakte) in seiner Auskunft vom 24.06.2008 (Blatt 50/51 der Beklagtenakte) ausführte, die Narbe im Schulterbereich sei reizlos, wobei die Schultergelenksbeweglichkeit eingeschränkt sei.

Unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 01.07.2008 (Blatt 54/55 der Beklagtenakte) stellte das LRA mit Bescheid vom 01.07.2008 (Blatt 56/57 der Beklagtenakte) einen GdB von 30 seit 14.04.2008 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Schlafapnoe-Syndrom: Teil-GdB 20; Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks: Teil-GdB 20).

Mit seinem Widerspruch vom 15.07.2008 (Blatt 66, 69/70 der Beklagtenakte) machte der Kläger sinngemäß geltend, die Funktionsbehinderungen seien zu niedrig bewertet. Auch seien die Auswirkungen des Schlafapnoe-Syndroms und der Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks völlig unabhängig voneinander. Die Depression bedinge einen GdB von wenigstens 20.

Das LRA holte eine Auskunft des behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D. ein. Dieser gab unter Vorlage von Arztberichten (Blatt 73/75 der Beklagtenakte) in seiner Auskunft vom 18.09.2008 u.a. an, ein großes Problem sei die Tagesmüdigkeit, die auch durch die Maskenbeatmung nicht vollständig kompensiert werden könne. Dies und latent immer wieder durchbrechende depressive Episoden ließen oft auch Zukunftsängste erkennen. Der Blutdruck sei mit Ramipril/HCT gut eingestellt.

Auf der Basis einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S. vom 14.10.2008 (Blatt 77/78 der Beklagtenakte) stellte der Beklagte durch das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - einen GdB von 40 seit 14.04.2008 fest (Widerspruchsbescheid vom 04.11.2008, Blatt 80/82 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Schlafapnoe-Syndrom: Teil-GdB 20; Funktionsbehinderung der rechten Schulter: Teil-GdB 20; Seelische Störung: Teil-GdB 20; Bluthochdruck: Teil-GdB 10; Chronische Entzündung der Prostata: Teil-GdB 10) und wies den Widerspruch im Übrigen zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 24.11.2008 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben. Das Schlafapnoe-Syndorm sei angesichts der

Komplikationen zu gering bewertet, ebenso die seelische Störung. Es bestünde auch keine Überlappung zwischen diesen Erkrankungen und der Funktionsbehinderung der rechten Schulter. Der Kläger hat u.a. vorgelegt - einen Bericht des Orthopäden Dr. D. vom 15.05.2009 (Blatt 49 der SG-Akte), - einen Reha-Entlassungsbericht vom 18.02.2010 der Reha-Klinik H. (Blatt 103/122 der SG-Akte) und - einen Bericht von Dr. G. vom 06.11.2009 (Blatt 138/139 der SG-Akte).

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 27/38, 39 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D. hat in seiner Stellungnahme vom 13.01.2009 angegeben, die Schlafapnoe-Symptomatik sei mit der Maskenbeatmung relativ gut eingestellt, jedoch bestünden trotzdem Belastungseinschränkungen, teilweise Konzentrationsstörungen. Den Gesamt-GdB hat er mit 50 bewertet. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. hat dem SG am 29.01.2009 geschrieben, bei der letzten Untersuchung am 02.05.2007 habe er eine reaktive Depression diagnostiziert.

Das SG hat des weiteren Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rehabilitationswesen/Geriatrie Dr. S. und nach § 109 SGG beim Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie Dr. M ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 51/64 sowie 73/88 der SG-Akte Bezug genommen. Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 28.05.2009 ausgeführt, es bestehe psychiatrisch derzeit keine eigentliche Störung von Krankheitswert bei früher durchgemachten Depressionen. Es bestünden lediglich geringere psychovegetative Beeinträchtigungen an der Grenze zum normalen seelischen Erleben, die nicht als psychiatrische Diagnose klassifiziert und nicht als Störung von Krankheitswert aufgefasst werden könnten. Es sei von einer leichteren Störung auszugehen, nicht jedoch von sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Diese leichteren psychovegetativen Beeinträchtigungen seien mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet. Dr. S. hat den Gesamt-GdB auf 30 geschätzt. Dr. M. hat in seinem Gutachten vom 01.10.2009 angegeben, beim Kläger bestünde eine deutliche Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk nach Luxationsfraktur mit Pfannenrandfraktur am rechten Schultergelenk. Zudem bestehe eine Spondylarthrose L4/L5 und L5/S1 mit geringer Bewegungseinschränkung der unteren LWS. Es liege auch eine deutliche Bewegungseinschränkung im rechten und eine mäßige Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk bei Coxarthrose beidseits sowie eine geringe Kniegelenkseinschränkung bei beginnender Kniegelenksarthrose beidseits vor. Die Bewegungseinschränkung der Schulter sei mit einem Teil-GdB von 20 und die Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Die Behinderung der Kniegelenke und der Wirbelsäule bedingten keinen GdB von wenigstens 10. Dr. M. hat den GdB auf orthopädischem Fachgebiet mit 40 eingeschätzt und einen Gesamt-GdB von 50 angenommen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 29.11.2010 abgewiesen. Die Voraussetzungen für einen höheren GdB als 40 lägen nicht vor. Die Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke sei mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Nach dem Gutachten von Dr. M. sei dem Kläger die Hüftstreckung/-beugung rechts in einem Umfang 0/15/90 und links 0/0/100 möglich. Das mit Maskenbeatmung gut eingestellte Schlafapnoe-Syndroms sei ebenfalls mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten, was der Vorgabe von Ziffer B 8.7 der der Anlage zu § 2 der VersMedV entspreche. Der für die rechte Schulter berücksichtigte Einzel GdB von 20 erweise sich nicht zum Nachteil des Klägers als unzutreffend. Ausweislich des Gutachtens von Dr. M. habe der Kläger den rechten Arm bis 130° und den linken bis 180° anheben können. Der Entlassbericht aus der Reha-Klinik H. führe aus, dass das rechte Schultergelenk mit weiter hörbarer Krepitatio auf jeweils 150° passiv und noch um jeweils 20 ° erweiterbar habe angehoben werden können. Die linke Schulter sei dort als funktionell unauffällig beschrieben. Ein Teil-GdB von 20 lasse sich allein unter besonderer Berücksichtigung der geklagten Schmerzen begründen. Weitere über einen Einzel GdB von 10 hinausgehende und damit ggf. für den Gesamt GdB relevante Funktionsbeeinträchtigungen seien nicht ersichtlich. Dr. S. habe in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass die beim Kläger bestehenden leichteren psychovegetativen Beeinträchtigungen, denen nicht einmal mehr ein sicherer Krankheitswert zugebilligt werden könne, mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bewertet seien. Hinsichtlich der vorhandenen Beeinträchtigungen im Bereich der Knie und Wirbelsäule habe auch Dr. M. nachvollziehbar dargelegt, dass diese keinen eigenständigen GdB bedingten.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 02.12.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 29.12.2010 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Das SG habe es versäumt, das Schlafapnoe-Syndrom in Beziehung zu der chronischen Prostatitis zu setzen, welche es erforderlich mache, dass er 2- bis 3-mal nachts zur Toilette müsse, wodurch verhindert werde, dass die erforderlich Schlafhygiene hergestellt werden könne, weshalb entweder das Schlafapnoe-Syndrom mit 30 hätte bewertet werden müssen oder aber der Einzel-GdB von 10 für die chronische Prostatitis hätte vollumfänglich Eingang in die Gesamtbewertung finden müssen. Weiter werde davon ausgegangen, dass das SG die Richtigkeit des Begutachtungsergebnisses von Dr. M. nicht so anerkannt habe. Dr. M. habe ihn ausführlicher untersucht als später die Reha-Klinik H ... Dr. M. sei zu zutreffenden Ergebnissen gelangt. Hierbei sei auch zu berücksichtigen, dass die Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet einem steten "Auf und Ab" unterworfen seien. Er sei insbesondere im Bereich des rechten Hüftgelenks, des rechten Knies und der rechten Schulter so stark eingeschränkt, dass eine Bewertung entsprechend dem Gutachten von Dr. M. hätte erfolgen müssen. Hinzu komme, dass er im Bereich des rechten Fußes an einem Fersensporn leide, welcher sich kontinuierlich verschärfe und bereits für sich genommen einen Einzel-GdB von 20 rechtfertige. Dieser sei bisher nicht berücksichtigt. Zumindest hätte jedoch der bestehende Fersensporn dazu führen müssen, dass der Gesamt-GdB auf orthopädischem Fachgebiet hätte angehoben werden müssen. Im Übrigen habe sich auch ein Diabetes mellitus (Blatt 89/90 der Senatsakte) entwickelt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29.11.2010 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids des Landratsamtes F. vom 01.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 04.11.2008 zu verurteilen, bei ihm einen GdB von 50 seit 14.04.2008 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Das Zusammenwirken von Schlafapnoe-Syndrom und chronischer Prostatitis sei nicht derart ungünstig, dass man bei mehreren Teil-GdB-Werten von maximal 20 auf einen Gesamt-GdB von 50 kommen müsse. Daran ändere auch ein zusätzlich mit einem Teil-GdB von 10 oder 20 bewerteter Fersensporn nichts.

Mit Schreiben vom 04.03.2011 hat der Kläger ausgeführt (Blatt 21/22 der Senatsakte), sein Gesundheitszustand habe sich u.a. auf urologischem Fachgebiet verschlechtert. Er könne ohne Windeln das Haus nicht für länger als 20 Minuten verlassen. Mit Schreiben vom

06.06.2011 hat der Kläger (Blatt 28/29 der Senatsakte) angegeben, der Restharn habe sich von 200 ml auf 80 ml verringert, der nicht zu haltende Harndrang trete nunmehr alle 60 bis 70 Minuten ein, der nächtliche Harndrang sei unverändert. Ihm sei geraten worden, künstliche Hüftgelenke einsetzen zu lassen. Der Kläger hat des weiteren ausgeführt (Schreiben vom 02.07.2012, Blatt 103/104 der Senatsakte), nur die mindestens zehnstündige vorausgegangene Flüssigkeitskarenz und die Einnahme von Spasmex ermöglichten es ihm, sich maximal zwei Stunden ohne Aufsuchen der Toilette zu bewegen.

Der Kläger hat vorgelegt - Berichte des Facharztes für Urologie Dr. N. vom 24.02.2011 und vom 12.07.2011 (Blatt 24, 35 der Senatsakte), - Aufnahmen des Fersensporns (Blatt 26/27 der Senatsakte), - einen vorläufigen Entlassbericht aus den Kliniken N., Abteilung Urologie, Dr. H., vom 12.05.2011 (Blatt 30/33 der Senatsakte). Hieraus ergibt sich, dass eine TUR-P [Erläuterung: Bei der transurethralen Resektion (TUR) wird erkranktes Gewebe aus Harnblase oder Prostata abgetragen] bei einem Resektionsgewicht von 7 Gramm durchgeführt wurde. - einen Bericht des Orthopäden Dr. D. vom 18.07.2011 (Blatt 36 der Senatsakte), - einen vorläufigen Entlassbericht aus den Kliniken N., Innere Medizin I, Prof. Dr. M., vom 02.12.2011 (Blatt 91/93 der Senatsakte), - Berichte des Orthopäden Dr. M. vom 06.11.2012 und 18.03.2013 (Blatt 165, 168 der Senatsakte), - einen Bericht der Kliniken N., Radiologische Klinik, vom 27.11.2012 (Blatt 166 der Senatsakte) und - einen Bericht des Klinikums S.-B., Orthopädische Klinik S., Prof. Dr. K., vom 18.12.2012 (Blatt 167 der Senatsakte).

Der Senat hat Dr. D. erneut schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dieser hat in seiner Auskunft vom 18.10.2011 (Blatt 39/84 der Senatsakte) u.a. angegeben, zunächst hätten vor allem die psychischen Veränderungen im Vordergrund gestanden. Im Frühjahr 2009 seien dann aber immer mehr die orthopädischen Erkrankungen in den Vordergrund getreten. Besonders beeinträchtigend sei das Schmerzsyndrom durch den Fersensporn rechts. In einer ambulanten Reha-Maßnahme im S. vom 04.03. bis 27.05.2010 habe wenigstens eine leichte und anhaltende Besserung erzielt werden können. Bedeutender allerdings seien die zunehmenden Beschwerden durch die Prostatahypertrophie. Im Anschluss an die Operationen sei allerdings keine gute Wiederherstellung des Gesundheitszustandes gelungen. Es bestünden immer noch erhebliche Inkontinenzprobleme. Durch diese Problematik traue sich der Kläger kaum noch aus dem Haus, ohne Inkontinenzhilfsmittel fühle er sich sehr verunsichert, außerdem besteht immer noch eine Dranginkontinenzproblematik. Beigefügt waren weitere Befundberichte. Dr. D. hat in einer weiteren Auskunft vom 31.03.2012 (Blatt 95/96 der Senatsakte) u.a. mitgeteilt, es liege eine sehr gute Blutzucker-Einstellung vor.

Der Senat hat gemäß § 109 SGG Beweis erhoben durch Einholung eines fachinternistisch-pneumologischen Gutachtens bei Prof. Dr. K ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 114/115, 120/161 der Senatsakte Bezug genommen. Prof. Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 26.08.2013 unter Auswertung eines röntgenfachärztlichen Gutachtens von Prof. Dr. G. vom 05.06.2013 und einer Untersuchung des Klägers ausgeführt, beim Kläger sei seit 2004 ein hochgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (initialer Apopnoe-Hypopnoe-Index 54/h, niedrigste Sauerstoffsättigung 74 %) bekannt und unter nCPAP-Therapie ausreichend behandelt. Im Rahmen einer stationären Kontrolluntersuchung der nCPAP-Therapie habe der Kläger keine pathologische Tagesmüdigkeit angegeben. Eine im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung durchgeführte Pupillografie zur Erfassung einer möglichen residuellen Tagesschläfrigkeit habe keinen pathologischen Befund ergeben. Es bestehe eine insgesamt suffiziente nCPAP-Therapie des vorliegenden Schlafapnoesyndroms. Das Prostataleiden sei inzwischen operativ behoben. Trotz der vom Kläger angegebenen häufigen Episoden mit nächtlichem Wasserlassen resultiere keine erhöhte Tagesmüdigkeit. Lungenfunktionell habe sich ein Normalbefund ohne Hinweis für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung gezeigt. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom unter nCPAP-Therapie bedinge einen Teil-GdB von 20.

Der Beklagte hat versorgungsärztliche Stellungnahmen vom 09.12.2011 von Dr. W., vom 01.06.2012 von Dr. R. und vom 09.12.2013 von Dr. G. vorgelegt (Blatt 176/178 der Senatsakte). In letzterer hat Dr. G. u.a. ausgeführt, Prof. Dr. K. bestätige die bisherige Bewertung des Schlafapnoe-Syndromes. Der Bericht der Orthopädischen Klinik S. vom 18.12.2012 dokumentiere eine Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk von Beugung/Streckung 110-0-0 Grad und im linken Hüftgelenke von 100-0-0 Grad bei allerdings röntgenologisch fortgeschrittener Hüftgelenksarthrose links. Angesichts dieser Bewegungsausmaße sei ein GdB von 20 für beide Hüftgelenke noch ausreichend bemessen. Hinsichtlich des Wirbelsäulensyndromes ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte; der kernspintomografische Befund der LWS vom 27.11.2012 dokumentiere generalisierte degenerative Veränderungen und flache Bandscheibenvorwölbungen, eine Spinalkanalstenose sei nicht beschrieben.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04.01.2014 (Blatt 179/186 der Seantsakte) hat Prof. Dr. K. ausgeführt, bei einer Überprüfung sei festgestellt worden, dass der Druckwert der Maskenbeatmung zu korrigieren sei. Aber auch die veränderten Druckwerte hätten keinen Einfluss auf die gutachterliche Bewertung des obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Im Rahmen der letzten der Schlaflaboruntersuchungen in der Klinik S. im Juli 2013 habe keine erhöhte subjektive Tagesschläfrigkeit mittels der sogenannten Epworth-Schläfrigkeitsskala festgestellt werden können. Im Rahmen der gutachterlichen schlafmedizinischen Beurteilung sei ein zusätzlicher pupillografischer Schläfrigkeitstest (PST) eingesetzt worden, der mitarbeitsunabhängig eine mögliche Tagesmüdigkeit quantifizieren könne. In diesem Kontrolltest zur Objektivierung subjektiv angegebener Tagesmüdigkeit habe keine relevante residuelle Tagesschläfrigkeit unter CPAP-Therapie nachgewiesen werden können. Aus pneumologischer Sicht werde darauf hingewiesen, dass die Einzel-GdB aus schlafmedizinischer Sicht nicht zu addieren seien. Ein adäquat behandeltes Schlafapnoesyndrom führe nicht automatisch zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Residuelle Störungen hätten sich im Rahmen der schlafmedizinischen Untersuchung nicht objektivieren lassen. Somit könne aufgrund der schlafmedizinischen Befunde nicht auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung geschlossen werden. Auf fachpneumologischem Gebiet sei der Schlafapnoesyndrom mit einem Einzel-GdB von 20 ausreichend bewertet.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 188/189 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung (§§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG) über die Berufung des Klägers entscheiden, nachdem die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt hatten und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich war.

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet.

Der Bescheid des LRA vom 01.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 04.11.2008 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Der Senat nimmt zur Begründung seiner eigenen Entscheidung auf die zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung vom 29.11.2010 Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung der Gründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG). Ergänzend sei lediglich auf Folgendes hingewiesen:

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) setzt sich zusammen aus den den Funktionsbehinderungen in den Funktionssystemen (dazu vgl. 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), dort A Nr. 2 Buchst. e VG; zuvor so schon A 10. (12) AHP 2008) zugewiesenen Einzel bzw. Teil-GdB. Diese Einzel- bzw. Teil-GdB sind somit, anders als es z.B. Dr. M. und zum Teil auch der Beklagte getan haben, nicht nach Fachgebieten oder Erkrankungen gestaffelt darzustellen, sondern in Beziehung zu einem Funktionssystem.

Die Behinderungen im Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist mit einem Teil-GdB von 10 ausreichend bemessen. Gemäß B Nr. 18.9 VG, zuvor 26.18 AHP 2008) ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 10, bei Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Aus den in den Beklagten- sowie den Gerichtsakten beider Instanzen vorliegenden orthopädischen und radiologischen Unterlagen ergibt sich ein degenerativer LWS-Syndrom i.S. einer generalisierten Spondylarthrose vor allem in Höhe L4/5 und L5/S1 sowie einer flachen Bandscheibenprotrusion in Höhe L3/4, L4/5 und L5/S1 mit leicht eingeschränkter Beweglichkeit (dazu vgl. z.B. den Bericht von Dr. M. vom 06.11.2012 und den Bericht der Radiologischen Klinik der Kliniken N. vom 27.11.2012, Blatt 165 bzw. 166 der Senatsakte). Das Lasegue-Zeichen war beidseits negativ (Bericht Prof. Dr. K. vom 18.12.2012, Blatt 167 der Senatsakte). Zuvor hatte Dr. D. (Bericht vom 29.03.2012,Blatt 97 der Senatsakte) bereits über eine unveränderte Hyperlordose, eine minimale Skoliose ("keine Zunahme der Verschmälerung der Zwischenwirbelräume"), sowie negative Lasegue-Tests berichtet. Auch der Entlassbericht der Klinik S. vom 27.05.2010 (Blatt 76/77 der Senatsakte) und der Bericht der Rehaklinik H. vom 18.02.2010 (Blatt 59/75 der Senatsakte) konnten über keine wesentlichen Beeinträchtigungen der Wirbelsäule berichten (vgl. insbesondere Blatt 67 der Senatsakte = Seite 2.6 des Entlassberichts der Klinik H.). Entsprechend konnte auch Dr. M. in seinem für das SG gefertigten Gutachten keine wesentlichen Einschränkungen der Wirbelsäule feststellen können. So führt er ausdrücklich lediglich eine Spondylarthrose L4/5, L5/S1 mit geringer Bewegungseinschränkung der unteren LWS an. Besondere Schmerzereignisse oder mehr als seltene und kurzandauernde Wirbelsäulensyndrome konnte auch Dr. M. nicht darlegen. Auf dieser Basis konnte sich der Senat nicht davon überzeugen, dass mittelgradige funktionelle Auswirkungen bestehen. Der Teil-GdB für die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen war daher mit 10 ausreichend bemessen.

Das Funktionssystem der Arme ist beim Kläger durch die an der rechten Schulter bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen betroffen. Insoweit bedingen Versteifungen des Schultergelenks, Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) oder Instabilitäten des Schultergelenks einen Teil-GdB (26.18 AHP 2008; B 18.13 VG). Vorliegend konnte aber weder eine Versteifung noch eine Instabilität des Schultergelenks festgestellt werden. Der Kläger ist jedoch in der Bewegungsfähigkeit des rechten Schultergelensk beeinträchtigt. Dr. M. hat hier (betreffend die rechte Schulter) bei seiner Untersuchung am 06.08.2009 folgende Bewegungsausmaße erhoben: Arm seitwärts/körperwärts 120/0/40 Arm rückwärts/vorwärts 40/0/130 Arm aus-/eindrehen (Oberarm anliegend) 30/0/80 Arm aus-/eindrehen (Oberarm 90o seitwärts angehoben) 10/0/10 Der Reha-Entlassbericht der Klinik H. vom 18.02.2010 (Reha vom 26.01.2010 bis 16.02.2010) gibt an, das rechte Schultergelenk sei in der Vorwärts- und Seitwärtsanhebung aktiv bis 120o mit deutlicher Funktionsverzögerung und begleitender Painful-arc-Komponente, passiv noch bis 150o bewegbar, die Retroversion gelinge passiv bis 40o, die Außen-/Innenrotation am angelegten Arm sei bis 30/0/80o durchführbar (Blatt 112 der SG-Akte = Seite 2.6 des Entlassberichts). Bei diesen Bewegungsmaßen erreicht der Kläger nicht die für einen Teil-GdB von 20 geforderte Bewegungseinschränkung bis lediglich 90o. Der Beklagte hat daher unter Berücksichtigung der bestehenden Schmerzen zugunsten des Klägers einen Teil-GdB von 20 angenommen. Dem hat auch Dr. M. zugestimmt (vgl. Blatt 85 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens); auch der Senat schließt sich dem an.

Im Funktionssystem der Beine sind beim Kläger die Beeinträchtigungen der Hüftgelenke, der Kniegelenke und des Fersensporns zu berücksichtigen. Der unstreitig bestehende Fersensporn rechts ist weder in den AHP 2008 noch in B Nr. 18.14 VG ausdrücklich erfasst. Er lässt sich am ehesten den "anderen Fußdeformitäten" zurechnen. Da jedoch keiner der Ärzte, auch nicht der Gutachter Dr. M., hier wesentliche statische Auswirkungen darlegen konnten, kann die Funktionsbehinderung allenfalls mit einem Teil-GdB-Wert von 10 bemessen werden.

Die Kniegelenke des Klägers sind durch leichte Arthrosen (Retropatellararthrosen) beeinträchtigt. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke konnten die Ärzte, auch Dr. M., nicht darstellen. Dr. M. hat Bewegungsmaße (Streckung/Beugung; rechts/links) von 0/0/135 und 0/0/135 angegeben (Blatt 80 der SG-Akte = Seite 8 des Gutachtens). Dieselben Werte konnte auch der Entlassbericht der Klinik H. (Blatt 113 der SG-Akte = Seite 2.7 des Berichts) mitteilen. Damit kann insoweit keine Bewegungseinschränkungen (z.B. Streckung/Beugung bis 0/0/90) angenommen werden (26.18 AHP 2008; B Nr. 18.14 VG); einer Bewertung mit einem Teil-GdB von 20 steht entgegen, dass der hierfür vorgesehene Grenzwert von 0/0/90 noch bei weitem nicht erreicht ist. Der Senat folgt deshalb den von Dr. M. angesetzten Werten. Dieser hatte für die Kniegelenke einen Teil-GdB-Wert von 0 angenommen (Blatt 85 der SG-Akte = Seite 13 des Gutachtens).

Für die Beeinträchtigungen der Hüftgelenke ist ein Teil-GdB-Wert von 20 anzunehmen. Dr. M. hat hinsichtlich der Hüften folgende Bewegungsmaße festgestellt: rechts links Streckung/Beugung 0/15/90 0/0/100 Abspreizen/Anführen 20/0/10 30/0/20 Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk 90o gebeugt) 0/0/30 10/0/30 Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk gestreckt) 0/0/30 10/0/40 Der Entlassbericht der Klinik H. gibt bei der Eingangsuntersuchung folgende Werte an: rechts links Streckung/Beugung 0/10/90 0/0/100 Abspreizen/Anführen 20/0/10 30/0/15 Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk 90o gebeugt) 5/0/30 10/0/30

Der Entlassbericht der Klinik H. gibt bei der Abschlussuntersuchung (Blatt 72 der Senatsakte) folgende Werte an: rechts links Streckung/Beugung 0/0/100 0/0/120 Abduktion 40° 40/0/20 Außenrotation/Innenrotation 50/0/10 20/0/15

Auch zuletzt hat der Kläger Berichte von Dr. M. (vom 06.11.2012, Blatt 165 der Senatsakte, der am Hüftgelenk beidseits eine ROM E/F 0/0/100 sowie ARO/IRO 20/0/10) sowie von Prof. Dr. K. (vom 18.12.2012, Blatt 167 der Senatsakte, der am Hüftgelenk eine Flexion/Extension

rechts 110/0/0, links 100/0/0, eine IRO/ARO rechts 0/0/30, links 0/0/20 angegeben hatte) vorgelegt, die nur geringe Streck- und Beugeeinschränkungen zeigten. Damit konnte keiner der Gutachter bzw. der behandelnden Ärzte mehr als geringgradige Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke, also Bewegungseinschränkungen bei Streckung/Beugung von mehr als beidseitig 0/10/90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) darstellen. Zwar haben die Ärzte Schmerzen in den Hüftgelenken dargestellt, ebenso den mehrfach ausgesprochenen Rat, die Hüftgelenke durch TEP sanieren zu lassen. Doch konnte sich der Kläger hierzu noch nicht durchringen. Nach den Angaben von Dr. M. (Blatt 168 der Senatsakte) will der Kläger warten, bis der Leidensdruck groß genug ist. Vor diesem Hintergrund und auch im Hinblick darauf, dass die gemessenen Bewegungseinschränkungen über die verschiedenen Untersuchungen hinweg beidseits den Grenzwert von 0/10/90 nicht dauerhaft erreichen, konnte sich der Senat lediglich von einem Teil-GdB von 20 für die Funktionsbehinderungen der Hüftgelenke überzeugen, wie Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 17.06.2010 nachvollziehbar dargelegt hat. Da aber derzeit auch noch keine Hüft-TEP eingesetzt sind, kommt eine Bewertung des Teil-GdB nach den hierfür vorgesehenen Vorgaben (vgl. z.B: B Nr. 18.12 VG) nicht in Betracht.

Für das Funktionssystem der Beine hat der Senat einen Einzel-GdB von 20 für ausreichend angesehen. Dabei hat er berücksichtigt, dass bis auf den Fersensporn - jeweils beidseitig die Gelenke betroffen sind und daher eine Ausgleichswirkung - insbesondere vor dem Hintergrund des Fersensporns - nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich ist. Dennoch konnte sich der Senat auch unter integrierender Betrachtung nicht von einem höheren Einzel-GdB als 20 überzeugen.

Das Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels ist durch den erstmals im Jahr 2011 (Bericht Prof. Dr. M. vom 02.12.2011, Blatt 91 der Senatsakte) festgestellten Diabetes mellitus betroffen. Dieser ist nach Angaben des behandelnden Hausarztes Dr. D. (Blatt 95 der Senatsakte) gut eingestellt. Der Kläger nimmt insoweit zweimal täglich Janumet 50mg/1000mg ein (vgl. Gutachten von Prof. Dr. K., Blatt 140 der Senatsakte = Seite 21 des Gutachtens). Da die Medikation Janumet regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann, was Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungahme vom 01.06.2012 überzeugend darlegt, und somit den Kläger in seiner Lebensführung nicht beeinträchtigt, beträgt der Teil-GdB insoweit 0 (B Nr. 15. 12 VG). Die ebenfalls in diesem Funktionssystem zu berücksichtigende Adipositas per magna bedingt keinen ebenfalls eingeständigen Teil-GdB-Wert (B 15.3 VG bzw. 26.15 AHP 2008). Die Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können zwar die Annahme eines GdB begründen, sind jedoch in dem dort relevanten Funktionssystem zu berücksichtigen.

Das Funktionssystem Herz/Kreislauf ist beim Kläger durch den Bluthochdruck beeinträchtigt. Dieser ist jedoch nach den Ausführungen von Dr. D. im Widerspruchsverfahren (Blatt 76 der Beklagtenakte) mit Ramipril/HCT gut eingestellt. dass hier eine wesentliche Änderung eingetreten wäre, hat keiner der behandelnden Ärzte, auch nicht Dr. D. selbst auf die Befragung durch das SG oder den Senat angegeben. Auch hat der Kläger hier keine Verschlechterung geschildert. Es handelt sich angesichts der vorliegenden Befunde um eine leichte Form des Bluthochdrucks, der gemäß B Nr. 9.3 VG bzw. 26.9 AHP 2008 mit einem Teil-GdB-Wert von 10 ausreichend bemessen ist.

Die Harnorgane bzw. die männlichen Geschlechtsorgane, die nach den versorgungsrechtlichen Regelungen je ein eigenes Funktionssystem darstellen, sind beim Kläger durch die Harninkontinenz bzw. bei chronischer Prostataentzündung beeinträchtigt. Diese Funktionsbehinderungen sind i.S. von B Nr. 12.2.4 VG bzw. 26.12 AHP 2008 und B Nr. 13.5 VG bzw. 26.13 AHP 2008 mit einem Teil-GdB von 20 bis zum 10.05.2011 (Tag der TUR-P-Operation, vgl. Blatt 83 der Senatsakte), anschließend mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Danach ist eine relative Harninkontinenz bei leichtem Harnabgang bei Belastung (z. B. Stressinkontinenz Grad I) mit einem Teil-GdB von 0 bis 10 zu bewerten. Bei Harnabgang tags und nachts (z. B. Stressinkontinenz Grad II-III) ist ein Teil-GdB-Rahmen von 20 bis 40 vorgesehen. Eine chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie ohne wesentliche Miktionsstörung ist mit einem Teil-GdB-Rahmen von 0 bis 10, bei andauernden Miktionsstörungen und Schmerzen mit einem Teil-GdB von 20 versehen. Zunächst hat der Kläger angegeben, ohne Windel nicht länger als 20 Minuten außer Haus gehen zu können (so auch Dr. N., Blatt 24 der Beklagtenakte), später (Schreiben vom 06.06.2011, damit nach der TUR-P vom 10.05.2011, Blatt 28/29 der Senatsakte) hat er einen Harndrang alle 60 bis 70 Minuten beschrieben. Gegenüber Dr. S. hatte der Kläger angegeben, nachts nach 3 bis 4 Stunden Schlaf erstmals die Toilette aufsuchen zu müssen. Dr. D. hat dem Senat mitgeteilt (Blatt 95 der Senatsakte), es bestünde eine Harninkontinenz mit einstündigen Miktionsintervallen, ansonsten zweimaliges nächtliches Wasserlassen. Prof. Dr. K. gegenüber hat der Kläger angegeben, tagsüber Vorlagen zu verwenden und die Inkontinenz durch Steuerung der Trinkmenge auf zweimal nächtliches Wasserlassen reduzieren zu können (Blatt 139 der Senatsakte = Seite 20 des Gutachtens). Auch konnte durch die TUR-P die Beschwerdesymptomatik deutlich verbessert werden, auch wenn die Inkontinenz nicht vollständig behoben werden konnte. Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist der Senat zu der Auffassung gelangt, dass angesichts der häufigeren Harninkontinenz tagsüber und nachts für die Zeit bis zur TUR-P am 10.05.2011 ein Teil-GdB von 20 anzunehmen ist, danach lediglich noch ein Teil-GdB von 10. Zwar spricht gegen eine erhebliche Inkontinenz, dass der Kläger auch in dieser Zeit Wassergymnastik, Schwimmen und nordic-walking gemacht hat. Doch kann wegen der Entzündung noch ein Teil-GdB von 20 gerechtfertigt werden. Sowohl die Harninkontinenz tags als auch nachts als auch die Entzündung rechtfertigen einen Teil-GdB von 20 (vgl. B Nr. 13.5 bzw. 12.2.4 VG). Da die Erkrankungen aber zusammenhängen und sich vollständig überlappen, kann vorliegend lediglich ein gemeinsamer Teil-GdB-Wert von 20 angenommen werden. Nach der TUR-P am 10.05.2011 (dazu vgl. den Bericht der Kliniken N. - Abteilung Urologie - vom 20.05.2011, Blatt 83 der Senatsakte) ist die chronische Entzündung entfallen. Dem Kläger ist es insoweit auch seither möglich, die Inkontinenz durch Medikamente, Steuerung der Trinkmenge und Vorlagenbenutzung auf zweimaliges nächtliches Wasserlassen als solches wie auch die Menge des Wasserabgangs zu reduzieren. Daher kann seit der TUR-P lediglich noch ein leichter Harnabgang festgestellt werden, sodass der Teil-GdB mit 10 anzunehmen ist.

Im Funktionssystem der Atmung besteht - wie zuletzt der Gutachter Prof. Dr. K. bestätigt hat - ein hochgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Jedoch war der Kläger bis 126 Watt belastbar. Diese gute Belastbarkeit schließt Einschränkungen der kardiopulmonalen Leistungsbreite aus. Auch konnte Prof. Dr. K. keine ventilatorische Beeinträchtigung selbst unter Belastung feststellen. Die Blutgasanalyse ergab keinen krankhaften Befund. Eine Krankheit der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion i.S.d B Nr. 8.3 VG bzw. 26.3 AHP 2008 konnte Prof. Dr. K. nicht feststellen. Das Schlafapnoe-Syndrom, das eine nächtliche Überdruckbehandlung erfordert, ist jedoch nach 26.8 AHP 2008 bzw. B Nr. 8.7 VG mit einem Teil-GdB von 20 zutreffend bemessen. Der gelegentliche Fließschnupfen bedeutet keine weitergehende Erhöhung des Teil-GdB-Wertes. Insoweit konnte sich der Senat dem Gutachten von Prof. Dr. K. und dessen Einschätzung des GdB sowohl im Gutachten als auch in dessen ergänzender Stellungnahme anschließen. Auch die bestehende Behinderung des Klägers im Funktionssystem der Harnorgane führt nicht zu einer anderen Beurteilung des Teil-GdB-Wertes. Denn Prof. Dr. K. konnte gerade eine wesentliche Tagesmüdigkeit nicht objektivieren. Selbst das Erfordernis mehrerer nächtlicher Toilettengänge führt beim Kläger nicht dazu, dass das mit der Überdruckbeatmung mittels nCAP-Maske erzielte Ergebnis beeinträchtigt würde. Gerade der Umstand, dass der

Gutachter eine Tagesmüdigkeit nicht objektivieren konnte, zeigt dem Senat, dass die Behandlung des Klägers erfolgreich ist, obwohl diese im Fall des Klägers nicht durch einen kontinuierlichen Schlafrhythmus bzw. ein Durchschlafen unterstützt wird. Daher ist der Senat der Überzeugung, dass der Teil-GdB auch hier mit 20 ausreichend angesetzt ist.

Die geltend gemachten Depressionen betreffen das Funktionssystem des Gehirns einschließlich Psyche. Hier hat das SG zutreffend auf Grundlage des Gutachtens von Dr. S. einen Teil-GdB von 10 angenommen. Soweit der Beklagte zuletzt (Versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 12.12.2011, Blatt 86/87 der Senatsakte) einen Teil-GdB von 10 angenommen hat, tritt der Senat dem bei. Denn auch im Berufungsverfahren konnte der Senat keine weitergehenden oder stärker behindernden Störungen i.S. von B Nr. 3.7 VG bzw. 26.3 AHP 2008 feststellen. Gerade der gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. K. zuletzt geschilderte Tagesablauf (Blatt 140 der Senatsakte = Seite 21 des Gutachtens) mit Einkäufen, der Erledigung des Haushalts, der Teilnahme an einer regelmäßigen Wassersportgruppe, regelmäßigem Schwimmen, Gassi-Führen des Hundes des Nachbarn, aber auch die Kontakte innerhalb der Familie zu den Kindern und seiner außer Haus wohnenden Partnerin zeigen, dass ein relevanter sozialer Rückzug nicht stattgefunden hat. Dies hat auch Dr. S. bereits zum damaligen Zeitpunkt beschreiben können. Daher konnte sich der Senat nicht von einem höheren Teil-GdB als 10 überzeugen. Insoweit konnte der Senat auch aus dem Bericht der D. Fachklinik vom 17.09.2009 (Blatt 53/58 der Senatsakte) keine Umstände ableiten, die nicht nur kurzzeitig (unter sechs Monate, vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) eine relevante Störung darstellen könnten.

Sonstige Gesundheitsstörungen mit einer wesentlichen Funktionseinschränkung, die mindestens einen Teil-GdB von 10 bedingen, sind beim Kläger nicht ersichtlich und auch nicht vorgetragen. Auch die angegebene Thrombozytopenie (Auskunft Dr. D. vom 31.03.2012, Blatt 95 der Senatsakte) bedingt keinen Teil-GdB von mindestens 10. Denn diese Erkrankung ist lediglich kontrollbedürftig, wird jedoch weder therapeutisch begleitet noch führt sie zu merklichen Funktionsbeeinträchtigungen beim Kläger, wie Dr. R. überzeugend ausführt (Stellungnahme vom 01.06.2012).

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen, nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den Gutachten und den sachverständigen Zeugenauskünften dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO).

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 konnte sich der Senat aufgrund der Teil-GdB-Werte von einem - Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem des Rumpfes, - Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem der Arme, - Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem der Beine, - Teil-GdB von 0 für das Funktionssystem der inneren Sekretion/des Stoffwechsels, - Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem Herz/Kreislauf, - Teil-GdB von 20 (bis 10.05.2011), anschließend 10 für das Funktionssystem der Harnorgane bzw. der männlichen Geschlechtsorgane, - Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem der Atmung und einem - Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regemäßig nicht erhöhend wirken - nicht von einem höheren Gesamt-GdB als 40 überzeugen. Insbesondere konnte Prof. Dr. K. darlegen, weshalb insbesondere die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Harnorgane die Störungen im Funktionssystem der Atmung nicht verstärken oder beeinflussen. Im Übrigen kann ohne dass ein Teil-GdB von 30 zuzuerkennen wäre mit der Rechtsprechung des Senats (zuletzt Senatsurteil vom 24.01.2014 – L 8 SB 211/13 –, juris) ein Gesamt-GdB von 50 nicht erreicht werden. Nach den dargestellten Grundsätzen zu Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der Rechtsprechung des Senats (zuletzt Senatsurteil vom 24.01.2014 – L 8 SB 211/13 –, juris; früher bereits Urteile vom 25.03.2011 - L 8 SB 4762/08 - und 05.03.2010 - L 8 SB 5038/08 -, m.w.N., jeweils unveröffentlicht) ist es daher - von seltenen Ausnahmefällen abgesehen, z.B. bei gegenseitiger, die Lebensqualität erheblich beeinträchtigender Verstärkung - nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies beim Kläger zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Eine solche Wertigkeit kommt den vom Verordnungsgeber als leichte Behinderungen eingestuften Funktionseinschränkungen in der Regel nicht zu. Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen beim Kläger nicht vor. Daher ist vorliegend auch ohne Bedeutung für den Gesamt-GdB, dass bis zum 10.05.2011 die Funktionsbehinderung im Funktionssystem der Harnorgane/männlichen Geschlechtsorgane mit 20 bewertet wurden.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 40 hat der Kläger keinen Anspruch auf eine höhere Festsetzung des GdB als bereits im angefochtenen Bescheid des LRA F. vom 01.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Landes B.-W. - Regierungspräsidium S. als Landesversorgungsamt - vom 04.11.2008 festgestellt.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus

Login
BWB
Saved
2014-06-10