

L 8 SB 4361/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 5 SB 687/09
Datum
28.09.2012

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 4361/12
Datum
26.09.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 28.09.2012 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 (Erst-)Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 (statt 40) ab dem 29.05.2008 zusteht.

Der 1952 geborene, bis August 2013 als Busfahrer beschäftigte und seither in Altersteilzeit befindliche Kläger beantragte am 29.5.2008 beim Landratsamt R. (LRA) erstmalig die Feststellung eines GdB. Zu seinem Antrag verwies er auf eine coronare Ein-Gefäßerkrankung, einen Zustand nach Stentimplantat, eine 80%ige RIVA-Stenose, eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II, den Verdacht auf ein COPD, eine Hüftgelenksarthrose beidseits, einen Zustand nach Bandscheibenvorfall L4/5, Schwindelanfälle und Gelenkschmerzen unklarer Ursache.

Unter Auswertung der mit dem Antrag vorgelegten ärztlichen Unterlagen (Blatt 3/22 der Beklagtenakte) und einem vom LRA eingeholten Bericht der H. Klinik Bad S. über eine zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg in der Zeit vom 28.04.2008 bis 18.05.2008 durchgeführte stationäre Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation (Blatt 24/37 der Beklagtenakte) schätzte der Versorgungsarzt Dr. Fl. in seiner Stellungnahme vom 29.08.2009 (Blatt 38/39 der Beklagtenakte) den GdB auf 30 ein (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar): Teil-GdB 20; entzündlich-rheumatische Erkrankung: Teil-GdB 20; Schwindel: Teil-GdB 10; koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck: Teil-GdB 10; Bronchialasthma, Schlafapnoe-Syndrom: Teil-GdB 10; Funktionsbehinderung der Wirbelsäule: Teil-GdB 10).

Mit Bescheid vom 18.09.2008 (Blatt 40/41 der Beklagtenakte) stellte das LRA einen GdB von 30 seit 29.05.2008 fest, wogegen der Kläger am 07.10.2008 Widerspruch (Blatt 43 der Beklagtenakte) erhob. Zur Begründung gab er u.a. an, seine rheumatische Erkrankung behindere ihn so stark, dass er vor Schmerzen aus dem Schlaf geweckt werde und dann fast nicht mehr einschlafe. Die Schmerzen behinderten ihn bei der Arbeit sowie bei fast allen Bewegungen. Er könne so gut wie keine mittelschweren Arbeiten mehr verrichten. Die Beschwerden des Bronchialasthma seien so, dass er schon bei mittelschweren körperlichen Anstrengungen in Atemnot komme. Die Beschwerde der Wirbelsäule seien so stark, dass er beim Bücken, Heben und Strecken starke Schmerzen bekomme und somit viele Arbeiten nicht mehr ausführen könne. Die Hüftgelenke seien so schwer beeinträchtigt, dass an schweres Heben, schnelles Gehen und Hüpfen nicht mehr zu denken sei. Auch sei seine psychosomatische Erkrankung nicht berücksichtigt, ebenso wenig die am ganzen Körper bestehenden akuten Gelenksbeschwerden sowie die Beschwerden der HWS.

Nach Einholung einer Auskunft der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. U. vom 23.10.2008 (Blatt 46 der Beklagtenakte) und unter Berücksichtigung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Ga. vom 10.11.2008 (Blatt 48/49 der Beklagtenakte); zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Bronchialasthma, Schlafapnoe-Syndrom: Teil-GdB 20; koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck: Teil-GdB 20; Diabetes mellitus (mit Diät und oralen Antidiabetika einstellbar): Teil-GdB 20; entzündlich-rheumatische Erkrankung: Teil-GdB 20; Schwindel: Teil-GdB 10; Funktionsbehinderung der Wirbelsäule: Teil-GdB 10) stellte das LRA mit Teil-Abhilfebescheid vom 10.12.2008 (Blatt 50/51 der Beklagtenakte) einen GdB von 40 seit 29.05.2008 fest.

Mit seinem fortgeführten Widerspruch vom 08.01.2009 (Blatt 53/54 der Beklagtenakte) wandte sich der Kläger gegen diese Feststellung.

Der Beklagte wies den Widerspruch des Klägers nunmehr durch das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - zurück (Widerspruchsbescheid vom 03.02.2009, Blatt 55/57 der Beklagtenakte). Die Funktionsbeeinträchtigungen seien im Bescheid vom 10.12.2008 vollständig erfasst und mit einem GdB von 40 angemessen bewertet.

Am 04.03.2009 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Reutlingen Klage erhoben. Unberücksichtigt seien geblieben die Schallempfindlichkeit, beidseitige Schwerhörigkeit, obstruktive Ventilationsstörungen und eine Oligoarthritis. Zwar sei bekannt, dass die einzelnen GdB-Werte nicht zusammengezählt werden könnten, jedoch gehe der Gutachter Dr. Ga. von Einzel-GdB aus, die multipliziert 100 % ergäben. Dann zu einem GdB von 40 zu kommen sei schlichtweg verfehlt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 26/27, 28, 29, 30/39, 40 und 43 der SG-Akte Bezug genommen. Der Internist/Rheumatologe Dr. J. hat dem SG am 06.06.2009 per Fax mitgeteilt, der Kläger sei zuletzt am 01.02.2007 bei ihm gewesen. Der HNO-Arzt Dr. Schä. hat dem SG am 06.06.2009 geschrieben, der Kläger habe seine Praxis letztmalig am 21.01.2008 aufgesucht. Der Arzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Umweltmedizin Dr. W. hat in seinem Schreiben vom 09.06.2009 angegeben, er habe den Kläger zuletzt am 29.01.2008 untersucht und behandelt. Dr. Ma. , Internist und Kardiologe, hat dem SG unter dem Datum des 09.06.2009 geschrieben, der Kläger leide an einer Ein-Gefäßerkrankung, die aber in der Zwischenzeit interventionell behandelt und in stabilem Zustand sei; zumindest sei dies 11/2007 so gewesen, seither habe sich der Kläger nicht wieder vorgestellt. Der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Dr. Dipl.Psych. St. , hat am 23.06.2009 geschrieben, den Kläger vom 14.01.2008 bis zum 14.04.2008 insgesamt sieben Mal behandelt zu haben. Der Kläger habe über Schwindelanfälle geklagt, bei kleineren körperlichen Anstrengungen käme es zu Atemnot, er fühle sich nicht leistungsfähig. Der Gesundheitszustand habe sich während der Behandlung leicht gebessert. Er habe der ihm übersandten versorgungsärztlichen Beurteilung weder etwas hinzuzufügen noch Änderungen zu reklamieren. Die ebenfalls befragte Dr. Me. hat telefonisch am 23.07.2009 dem SG mitgeteilt, der Kläger sei Patient des Praxiskollegen Dr. W. , der die Fragen des Gerichts bereits beantwortet habe.

Nachdem der Kläger auf massive gesundheitliche Probleme an seinen Schultern hingewiesen hat, die Bewegungsbeeinträchtigungen und starke Schmerzen verursachten, und er einen Operationsbericht vom 27.01.2010 (Blatt 56/57 der SG-Akte) vorgelegt hatte, hat das SG den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin Dr. M. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. In seiner Auskunft vom 20.04.2010 (Blatt 60/69 der SG-Akte) hat dieser angegeben, im Laufe der Behandlung habe sich die Beschwerdesymptomatik vor allem im Bereich der linken Schulter deutlich verschlechtert, was im Februar 2010 zu einer operativen Versorgung geführt habe. Der Beurteilung des versorgungsärztlichen Dienstes stimme er zu. Zusätzlich sei noch die Schultererkrankung mit einem GdB von 20 zu bewerten.

Der Kläger hat (Blatt 77/78 der SG-Akte) nochmals auf die Schwerhörigkeit hingewiesen und beantragt, Prof. Dr. He. gemäß [§ 109 SGG](#) zum Gutachter zu bestellen.

Der Chefarzt der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie des P.-Krankenhauses R. Prof. Dr. He. hat in seinem Gutachten nach [§ 109 SGG](#) vom 06.04.2011 (Blatt 87/99 der SG-Akte) den GdB wie folgt bewertet: Bronchialasthma, Schlafapnoesyndrom Teil-GdB 20 Koronare Herzkrankheit, Stent-Einlage Teil-GdB 10 Diabetes mellitus mit metabolischem Syndrom Teil-GdB 20 Entzündlich rheumatische Erkrankung der Gelenk (HLAB 27 positive Oligoarthritis) Teil-GdB 10 Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke Teil-GdB 10 Funktionsbehinderung der Wirbelsäule Teil-GdB 10 Funktionsbehinderung linke Schulter Teil-GdB 10 Schwindel Teil-GdB 10 Schwerhörigkeit Teil-GdB 50 Den Gesamt-GdB hat er auf 50 eingeschätzt.

Das SG hat anschließend den HNO-Arzt Dr. Schä. erneut als sachverständigen Zeugen befragt. In seiner Auskunft vom 29.10.2011 (Blatt 110/112 der SG-Akte) hat er angegeben, die Tonaudiometrie (Untersuchung vom 28.03. und 08.04.2011) habe eine Hörschwelle von 50 dB und links bei etwa 60 dB, beidseits mit zusätzlicher Schallleitungskomponente im Hochtonbereich, ergeben. Die sprachaudiometrische Untersuchung habe für Einsilber links 80%, rechts 5% ergeben. In einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.01.2012 (Blatt 118 der SG-Akte) hat Dr. B. ausgeführt, die Audiogramme seien nicht verwertbar.

Das SG hat nunmehr Beweis erhoben durch Einholung eines HNO-ärztlichen Gutachtens bei Prof. Dr. Z ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 04.05.2012 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine Hörminderung beidseits, Ohrgeräusche beidseits und ein Schwindel. Die geringgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits sei mit einem Teil- GdB von 15 zu bemessen; der Tinnitus und der Schwindel ergebe keinen messbaren GdB.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28.09.2012 abgewiesen. Im Rahmen der Begutachtung durch Prof. Dr. Z. habe sich eine geringgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits ergeben, welche der Gutachter zutreffend mit einem GdB von 15 bewertet habe. Den Einschätzungen von Prof. Dr. He. könne insoweit nicht gefolgt werden. Die Einschätzung der Funktionsbehinderung der Schultergelenke von Dr. M. sei vermutlich dem Umstand geschuldet, dass die Rehabilitationsphase noch nicht abgeschlossen und damit noch nicht absehbar gewesen sei, welche Beeinträchtigungen an der Schulter tatsächlich nach operativer Versorgung verblieben. Insoweit habe Prof. Dr. He. aber nur noch Beeinträchtigungen finden können, welche den Einsatz eines Teil-GdB von 10 rechtfertigten. Im Übrigen habe die Sachverhaltsaufklärung keine Gesichtspunkte zu Tage gefördert, welche ein Abweichen von der bisherigen Einschätzung des Beklagten im Rahmen der angefochtenen Bescheide rechtfertigen würde, weshalb es bei dem bislang festgestellten GdB von 40 verbleiben müsse.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 11.10.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 18.10.2012 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die von Prof. Dr. He. angegebenen Teil-GdB von 50 % für die Schwerhörigkeit seien richtig erhoben und in sich schlüssig. Von Prof. Dr. Z. sei übersehen worden, dass er auch unter einem Tinnitus und starken Schwindelgefühlen leide. Dieser habe die schweren Beeinträchtigungen durch den Tinnitus und das ständige Schwindelgefühl zu unrecht ignoriert. Des Weiteren sei das ärztliche Attest des Dr. M. im Hinblick auf die Funktionsbehinderung des Schultergelenkes bei dem Kläger ignoriert worden. Dieser sei in seinem ärztlichen Attest vom 20.04.2010 auf einen GdB von 20 für die Schultergelenke gekommen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 28.09.2012 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids des Landratsamts R. vom 18.09.2008 in der Fassung des Bescheids vom 10.12.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 03.02.2009 zu verurteilen, bei ihm einen Grad der Behinderung von 50 seit 29.05.2008

festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Kläger hat ausgeführt (Schreiben vom 03.05.2013, Blatt 17/18 der Senatsakte), Metformin 1000 mg 3 mal täglich eine Tablette, Glimepirid Winthrop 1 mg 3 mal täglich, Lantus Solostar Insulin mittags 20 Einheiten, abends 20 Einheiten zu nehmen und selbst täglich ein- bis zweimal Blutzuckermessungen vorzunehmen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Gl. als sachverständige Zeugin. Diese hat in ihrer Auskunft vom 03.11.2013 (Blatt 32/39 der Senatsakte) u.a. angegeben, Insulintherapie könne wohl eine Hypoglykämie auslösen. Da der Kläger durch die Diabetes-Schulungen und Teilnahme an DMP die Vorboten einer Hypoklykämie erkennen und damit umgehen könne, seien bisher keine gravierende Vorfälle aufgetreten.

Der Beklagte hat eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 11.02.2014 (Blatt 45/47 der Senatsakte) vorgelegt. Dieser hat die Funktionsbehinderungen wie folgt bewertet: Lungenfunktionseinschränkung Teil-GdB 10 Koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Bluthochdruck Teil-GdB 10 Diabetes mellitus Teil-GdB 20 Schwerhörigkeit beidseitig Teil-GdB 15(20) Funktionsbehinderung der Wirbelsäule Teil-GdB 10 Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks Teil-GdB 10 Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke Teil-GdB 10 Der Gesamt-GdB werde auf 40 (medizinisch 20) eingeschätzt. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sei nicht aktenkundig. Selbst der Bericht von Dr. J. in den Verwaltungsakten sei unvollständig. Dort sei probatorisch mit Datum vom 11.05.07 eine Medikation vorgeschlagen worden, die laut Auskunft von Dr. U. wieder abgebrochen worden sei.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistischen Gutachtens bei Dr. S ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 26.04.2014 (Blatt 54/84 der Senatsakte) ausgeführt, beim Kläger bestehe ein obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (Teil-GdB 20), ein COPD (Teil-GdB 20), ein Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig (Teil-GdB 20), eine Hypertonie (Teil-GdB 10) und eine koronare Eingefäßerkrankung (Teil-GdB 10). Unter Mitberücksichtigung der Hörminderung beidseits entsprechend einem Teil-GdB von 15 (aufgerundet auf 20) sowie der beschriebenen Teilbehinderungen des orthopädischen Fachgebietes von je 10 betrage der Gesamt-GdB 40.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet.

Der Bescheid des Landratsamts R. vom 18.09.2008 in der Fassung des Bescheids vom 10.12.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 03.02.2009 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf (Erst-)Feststellung eines GdB von 50.

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 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 bzw. 2004 (AHP 2008/AHP 2004) heranzuziehen (BSG 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 19091, 205](#); BSG 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - BSG SozR 3 3870 § 4 Nr. 1).

Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten AHP 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 ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG 23.04.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - RdNr 27, 30 mwN). 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 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und BSG 23.4.2009, aaO, RdNr. 30). In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht (ständige Rechtsprechung des Senats).

Der Kläger ist in mehreren Funktionssystemen (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) funktionell behindert. Unter Berücksichtigung dieser Funktionsbehinderungen ist der GdB - wie vom LRA, dem Beklagten und dem SG getan - auf insgesamt 40 festzustellen.

Eine (entzündlich-)rheumatische Erkrankung mit Funktionsbehinderungen, die nach den Regelungen der AHP oder der VG GdB-relevant wären, konnte der Senat nicht feststellen. So hat der befragte Rheumatologe Dr. J. gegenüber dem SG angegeben, den Kläger seit 01.02.2007 nicht mehr gesehen zu haben. Der Bericht von Dr. J. vom 11.05.2007 (Blatt 6, 20 der Beklagtenakt) weist lediglich eine Schmerzhaftigkeit in fast allen Gelenken aus, und aus dem rheumatischen Krankheitskreis den Verdacht auf eine HLA-B27-assoziierte

Oligoarthritis. Die begonnene medikamentöse Behandlung wurde wieder abgebrochen (Auskunft Dr. U. vom 23.10.2008, Blatt 46 der Beklagtenakte). Seither findet eine rheumatologische Behandlung nicht mehr statt. Auch haben die behandelnden Ärzte und auch der orthopädische Gutachter Prof. Dr. He. eine rheumatische Erkrankung nicht darlegen können; Dr. S. hat aufgrund der Laborwerte eine solche ausgeschlossen (Blatt 65 der Senatsakte = Seite 12 des Gutachtens). Somit ist weder ein eigenständiger Einzel-GdB zu vergeben, noch die Erkrankung bei anderen Funktionsbehinderungen zu berücksichtigen. Der Überzeugung des Senats steht das Gutachten von Prof. Dr. He. nicht entgegen. Dieser hatte zwar eine HLA-B27-assoziierte Oligoarthritis angenommen, diese aber nicht selbst festgestellt. Auch hat er weder eine Medikation noch sonstige Behandlung darstellen können und auch nicht angegeben, der Kläger habe insoweit über Beeinträchtigungen geklagt. Dieser hatte vielmehr lediglich (Blatt 92 der SG-Akte = Seite 6 des Gutachtens) über Schmerzen und Beschwerden geklagt, die der Senat im Zusammenhang mit den orthopädischen Erkrankungen sieht und in den Funktionssystemen der Arme, der Beine und des Rumpfes bewertet.

Auch konnte sich der Senat nicht vom Vorliegen einer GdB-relevanten neurologisch-psychiatrischen Erkrankung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche überzeugen. Eine nervenärztliche Behandlung, die zunächst in den Akten durch Berichte der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Dres. G. für das Jahr 2007 (Blatt 5, 8, 9/10 der Beklagtenakte) und im Jahr 2008 bei Dr. Dipl.-Psych. St. (Blatt 22 der Beklagtenakte) dokumentiert ist, wurde später nicht mehr fortgesetzt. So konnte Dr. St. gegenüber dem SG lediglich über eine abgeschlossene, Besserung bringende Behandlung im Jahr 2008 berichten. Soweit Dr. U. am 23.10.2008 (Blatt 46 der Beklagtenakte) über einen Verdacht auf depressive Reaktion mit Somatisierung berichtet, konnte der Senat diesen Verdacht nicht erhärten. Aus den seither eingeholten Auskünften und Gutachten ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für eine relevante nervenärztliche Erkrankung bzw. Funktionsbehinderung i.S.d. B Nr. 3.7 VG bzw. 26.3 AHP 2008, Seite 40. Das vom Kläger drei Tage vor der mündlichen Verhandlung vorgelegte ärztliche Attest von Dr. Gl. vom 05.08.2014 mit dem nervenärztlichen Facharztbericht von Dr. Mu. vom 04.09.2014 führt ebenso wenig zur Überzeugung des Senats, dass relevante nervenärztliche Erkrankungen vorliegen. Die darin von Dr. Gl. erwähnte seit angeblich 2012 medikamentös eingestellte depressive Störung mit mittelschwerer Episode ist nicht in diesem Ausmaß in der für den Senat erforderlichen Überzeugungsgewissheit nachgewiesen. Eine depressive Störung wurde vom Kläger oder den angehörten Ärzten jedenfalls für den Zeitraum ab 2008 nicht geltend gemacht. Eine fachärztliche Behandlung ab diesem Zeitpunkt ist vom Kläger nicht genannt, Assistenzärztin Dr. Mu. hat ausweislich ihres Arztbriefes vom 04.09.2000 den Kläger erstmals am 04.09.2014 gesehen. Danach sei eine antidepressive Therapie mit Citalopram "ausprobiert" worden, was ganz offensichtlich gegen die Behauptung des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat spricht, er habe seit zwei Jahren täglich zweimal Citalopram eingenommen. Auch in der von Dr. S. im Rahmen seiner gutachterlichen Untersuchung erhobenen Medikamentenliste hat der Kläger das Medikament Citalopram nicht angegeben, obgleich die von ihm behauptete Medikamentenumstellung erst später durch Dr. Mu. vorgenommen worden ist. Diese dem Kläger in der mündlichen Verhandlung vorgehaltenen Widersprüche hat er nicht ausräumen können. Darüber hinaus verweist Dr. Wo. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 25.09.2014 zutreffend darauf, dass – sollte überhaupt eine Depression erstmals Anfang September 2009 nachvollziehbar zu diagnostizieren gewesen sein – eine antidepressive Therapie erst jetzt in die Wege geleitet wurde und der Verlauf abzuwarten sei, weshalb auch nach Rechtsauffassung des Senats die unterstellte Erkrankung noch nicht als Dauerbeeinträchtigung einer Bewertung als Behinderung unterzogen werden kann. Auch der angegebene Schwindel betrifft nach dem Gutachten von Prof. Dr. Z. nicht das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, sondern ist im Zusammenhang mit dem Funktionssystem der Ohren zu berücksichtigen. Die angegebene Kopfschmerzen bedingen als solche keinen eigenen Einzel-GdB, sind auch mangels Vorliegen einer Migräne (B Nr. 2.3 VG) nicht GdB-relevant im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu berücksichtigen; da die Kopfschmerzen wohl durch eine Cervicocephalgie verursacht werden, werde diese im Funktionssystem des Rumpfes berücksichtigt.

Im Funktionssystem der Ohren ist der Kläger durch eine geringgradige Innen-ohrschwerhörigkeit beidseits, einen Tinnitus beidseits und den Schwindel beeinträchtigt. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. Z. hat dieser tonaudiometrisch beidseits eine Innenohrschwerhörigkeit mit Betonung der hohen Frequenzen mit abfallendem Kurvenverlauf bis zu einer maximalen Hörminderung bei 8 kHz (rechts 90 dB, links 80 dB) festgestellt. Insoweit besteht tonaudiometrisch rechts ein Hörverlust von 40 % und links von 45 % nach Rösner. In der Sprachaudiometrie hat sich ein Hörverlust rechts von 20 % und links von 30 % (nach Boenninghaus und Röser) ergeben. Entsprechend B Nr. 5.2.4 VG bzw. 26.5 AHP 2008, Seite 59, Tabelle D, ist daher der prozentuale Hörverlust beidseits nach dem Sprachaudiogramm mit einem Teil-GdB von 15 zu bemessen. Diesem Ergebnis entspricht auch die nur unvollständig durchgeführte Tonaudiometrie von Dr. Schä. (Blatt 110/112 der SG-Akte). Die vom Kläger beidseits angegebenen Ohrgeräusche (Tinnitus) konnte der Gutachter zwar messtechnisch nicht bestimmen, weil er bei der Untersuchung nicht vorhanden war. Dennoch hat Prof. Dr. Z. in Auswertung des Tinnitusfragebogens nach Goebel und Hiller einen kompensierten Tinnitus Grad 2 für nachvollziehbar erachtet (Blatt 145 der SG-Akte = Seite 17 des Gutachtens, ebenso Blatt 148/149 der SG-Akte = Seite 20/21 des Gutachtens). Da der Kläger diesen Tinnitus als ein- bis zweimal für ein bis fünfzehn Minuten täglich auftretend beschrieben hat (Blatt 147 der SG-Akte = Seite 19 des Gutachtens), er Einschlaf-, Durchschlaf- und Konzentrationsstörungen nicht angegeben hat (a.a.O.) und auch psychische Begleiterscheinungen nicht bestehen, ist der Tinnitus mit einem Teil-GdB von 0 zu bewerten. Hinsichtlich der Schwindelbeschwerden konnten bei einer von Prof. Dr. Z. durchgeführten Gleichgewichtsprüfung mittels Lage- und Lagerungsprüfungen und einer kalorischen Prüfung unter elektronystagmographischer Ableitung (ENG) keine Hinweise auf das Vorliegen einer peripheren vestibulären Schädigung erhoben werden. Prof. Dr. Z. hat die vom Kläger hierzu gemachten Angaben entsprechend den "Intensitätsstufen der vestibulären Reaktion nach Stoll" (1979/ 1982) der Intensitätsstufe 0 zugeordnet und einen Teil-GdB von unter 10 angenommen. Dem schließt sich der Senat nach eigener Prüfung und unter Berücksichtigung der Auskünfte der behandelnden Ärzte an. Dr. St. hatte dem SG insoweit mitgeteilt, der Kläger leide an Schwindelanfällen bei schneller Bewegung und beim Bücken. Er hatte sich der versorgungsärztlichen Bewertung des Schwindels mit einem Teil-GdB von 10 angeschlossen. Da jedoch B Nr. 5.3 VG für die Eröffnung des GdB-Rahmens von 0 bis 10 - Gleichgewichtsstörungen ohne wesentliche Folgen: beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen (z. B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung) leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen (Schwanken) bei höheren Belastungen (z. B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen) stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen) keine nennenswerten Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen, und für einen GdB von 20 - Gleichgewichtsstörungen mit leichten Folgen: leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen, stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe, vorsehen, der Senat aber Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit leichten Folgen nicht feststellen konnte, hält der Senat die Bewertung von Prof. Dr. Z. für überzeugend. Insgesamt ist auf Grundlage von Teil-GdB von 15 (Innenohrschwerhörigkeit), 0 (Tinnitus) und 0 (Schwindel) und unter integrierender Betrachtung im Funktionssystem der Ohren ein Einzel-GdB von 15 zu bilden. Der fachfremd vom Orthopäden/Chirurg Prof. Dr. He. angegebene GdB 50 für die Hörstörung, der zudem nicht auf eigener Untersuchung beruht

und dessen gutachterliche Beurteilung auch nicht von der Beweisanordnung des SG gedeckt ist, hat der Senat seiner Bewertung nicht zu Grunde gelegt.

Im Funktionssystem der Atmung besteht beim Kläger eine Behinderung durch die COPD und das Schlaf-Apnoe-Syndrom. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung - vorliegend mit starker Erhöhung der Atemwegswiderstände sowie spiro-metrisch mittelschwerer Restriktion und leichter Obstruktion (vgl. Dr. S. , Blatt 70 der Senatsakte = Seit 17 des Gutachtens) - wird mittels kontinuierlich gegebenen bronchialerweiternden Substanzen behandelt. Dr. S. konnte insoweit im Labor keine aus dem Normbereich abweichenden Blutgaswerte (Blatt 65/66 der Senatsakte = Seite 12/13 des Gutachtens) darstellen. Auch aus den von Dr. B. im Rahmen der Begutachtung bei Dr. S. erhobenen Messwerten der Lungenfunktion (Blatt 53 RS der Senatsakte) ergeben sich keine um mehr als 1/3 gegenüber dem Sollwert verringerten statischen und dynamischen Messwerte. Auch bei der vom Kläger erbrachten Belastung bis 130 Watt konnten keine kardiorespiratorischen Parameter außerhalb des Normbereichs erhoben werden (Blatt 53 der Senatsakte). Solche Werte ergeben sich auch nicht aus dem vom Kläger dem Gutachter vorgelegten Bodyplethysmographie-Bericht vom 13.07.2011 (Blatt 83 der Senatsakte), dem in der Beklagtenakte (Blatt 21) befindlichen Bericht des Internisten und Pneumologen Dr. W. vom 04.02.2008 oder der Auskunft von Dr. U. vom 23.10.2008 (Blatt 46 der Beklagtenakte). Vor diesem Hintergrund konnte der Senat lediglich eine Krankheit der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades i.S. von B Nr. 8.3 VG feststellen, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten war. Des Weiteren besteht im Funktionssystem der Atmung eine Schlaf-Apnoe-Syndrom, das die Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung bedingt. der Kläger ist gut eingestellt, kommt mit der Maske gut zurecht, weshalb der Teil-GdB insoweit mit 20 zu bemessen ist (B Nr. 8.7 VG). Im Funktionssystem der Atmung ist daher auf der Basis der vorliegenden Teil-GdB-Werte von 20 für die Lungenerkrankung und 20 für das Schlafapnoe-Syndrom bei integrierender Bewertung und Betrachtung der wechselseitigen Beziehungen ein Einzel-GdB von 30 zu bilden.

Das Funktionssystem Herz-Kreislauf ist durch die Hypertonie und die koronare Ein-Gefäßerkrankung behindert. Dr. S. konnte bei seiner Untersuchung des Klägers eine relevante Pumpfunktionsstörung des Herzens nicht feststellen (Blatt 65 der Senatsakte = Seite 12 des Gutachtens). Im Ruhe-EKG war eine relevante Auffälligkeit nicht zu finden. Auch wenn wegen der angegebenen Gelenkbeschwerden ein Belastungs-EKG nicht durchgeführt wurde, wurde im Rahmen der Ergospirometrie eine Belastbarkeit bis 130 Watt ohne Überschreiten der anaeroben Schwelle gezeigt; der Abbruch erfolgte wegen Schmerzen in der Hüfte (Bericht Dr. B. , Blatt 53 der Senatsakte). Dem entspricht auch der Bericht von Dr. Lu. vom 03.04.2013 (Blatt 37 der Senatsakte), in dem über eine fahrradergometrische Belastbarkeit bis 125 Watt berichtet wurde. Auch wurde im Dezember 2007 - trotz Koronarintervention im September 2007 - von Dr. Ma. (Blatt 32/33 der SG-Akte) über eine Belastbarkeit von 100 Watt berichtet. Die linksventrikuläre Pumpfunktion ist normal. Damit geht die Herzerkrankung nicht mit wesentlichen Beschwerden und erheblichen Befunden einher. Rhythmusstörungen liegen nicht vor. Damit konnte sich der Senat lediglich davon überzeugen, dass i.S.d. B Nr. 9.1.1 VG eine Einschränkung der Herzleistung ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung selbst bei gewohnter stärkerer Belastung, ohne Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung vorliegt. Die Funktionsbehinderung ist damit mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Insoweit schließt sich der Senat der Einschätzung des Gutachters Dr. S. an. Darüber hinaus ist in diesem Funktionssystem die Behinderung durch die Hypertonie zu berücksichtigen. Diese ist medikamentös gut eingestellt (Dr. S. , Blatt 71 der Senatsakte = Seite 18 des Gutachtens). Weitere Befunde konnten auch die behandelnden Ärzte, auch nicht die aktuell behandelnde Dr. Gl. , nicht angeben. Im Hinblick auf die in der Belastungs-EKG bzw. Ergospirometrie gezeigten Belastbarkeitswerte liegt eine Leistungsbeeinträchtigung nicht vor; Augenhintergrundveränderungen konnten nicht mitgeteilt werden. Damit konnte der Senat lediglich eine leichte Form des Bluthochdrucks annehmen und diesen mit Dr. S. am oberen Rand des von B Nr. 9.3 VG bzw 26.9 AHP 2008 (Seite 75) gesetzten Rahmens mit einem Teil-GdB von 10 bewerten. Das vom Kläger zuletzt vorgelegte ärztliche Attest von Dr. Gl. vom 05.08.2014 begründet die vorgenommene Ergänzung der Diagnosen von Dr. S. nicht im einzelnen. Der Hinweis auf die koronare Herzerkrankung und den Zustand nach PTCA und Stentimplantation nach Myokardinfarkt 2007 führt angesichts fehlender Funktionsdaten nicht weiter. Im Funktionssystem Herz-Kreislauf insgesamt ist damit unter integrierender Bewertung und ausgehend von Teil-GdB-Werten von 10 für die Herzerkrankung und 10 für die Hypertonie ein Einzel-GdB von 10 zu bilden. Der höheren Bewertung des versorgungsärztlichen Dienstes z.B. durch Dr. Ga. (Blatt 48/49 der Beklagtenakte) konnte der Senat nicht folgen. Insoweit hat auch schon Dr. R. zutreffend und letztlich durch das Gutachten von Dr. S. bestätigt, an dieser Bewertung nicht mehr festgehalten. Aber auch Dr. Ma. , der sich der damaligen versorgungsärztlichen Bewertung mit 20 angeschlossen hatte, hat weder hinsichtlich der Herzerkrankung noch hinsichtlich des Hypertonus Befunde mitteilen können, die Ansatzpunkte für eine höhere Bemessung der Teil- bzw. des Einzel-GdB liefern könnten. Insoweit folgt der Senat der überzeugenden Einschätzung von Dr. S. ...

Die Diabetes mellitus-Erkrankung ist im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels zu berücksichtigen. Hierzu sind die am 22.07.2010 in Kraft getretenen, geänderten Bestimmungen von B Nr. 15.1 VG zu beachten: Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Der GdB beträgt 0. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 20. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 30 bis 40. Vorliegend ist der Kläger mit einer Kombination aus medikamentöser und insulinpflichtigen Therapie behandelt. Die Therapie kann Hypoglykämien auslösen. Der Kläger misst zwar nicht täglich, aber häufig (zwei- bis dreimal/Woche) seinen Blutzucker selbst (Angaben des Klägers gegenüber Dr. S. , Blatt 71 der Senatsakte = Seite 18 des Gutachtens). Angesichts der von Dr. Gl. und auch Dr. S. mitgeteilten Umständen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass jedenfalls keine Pflicht zu täglichen Blutzuckermessung besteht. Insoweit kann der Senat der Auskunft von Dr. Gl. , der Kläger müsse zwei- bis dreimal täglich den Blutzucker messen und dokumentieren nicht nachvollziehen. Da auch sonst keine weiteren Einschränkungen der Lebensführung bestehen, ist der Einzel-GdB insoweit mit 20 ausreichend und zutreffend bemessen. Die Folgeerkrankungen sind dabei in denjenigen Funktionssystemen zu bewerten, in denen sie auftreten. Entgegen der Mitteilung von Dr. Gl. in ihrem Attest vom 05.08.2014 hat Dr. S. aufgrund seiner gutachterlichen Untersuchung Folgeerkrankungen, insbesondere eine diabetische Nephropathie, überzeugend ausgeschlossen. In seinem ausführlichen Laborbefund fanden sich weder Glukose noch Eiweiße im Urin, weshalb Dr. S. eine diabetische Nierenschädigung überzeugend ausgeschlossen hat. Aber auch für die Zeit zuvor - vom 29.05.2008 (Antragstellung) bis zum 21.07.2010 - war ein höherer Einzel-GdB nicht festzustellen. Nach der Rechtsprechung des BSG (17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) = juris RdNr 32) waren die AHP 2008 A Nr. 26.15 und ab 01.01.2009 die VG B Nr. 15.1 nicht zur GdB-Bewertung bei Diabetes mellitus geeignet. Insoweit sind daher nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) auch für diesen Zeitraum die

Regelungen der VG B Nr. 15.1 in der Fassung vom 14.07.2010, in Kraft getreten am 22.7.2010, als antizipiertes Sachverständigengutachten zur Bemessung des GdB anwendbar (BSG 17.04.2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) = juris RdNr 32; LSG Baden-Württemberg 24.10.2013 - [L 6 SB 5459/11](#) - juris RdNr. 36). Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung und unter Bewertung der durch die Diabetes mellitus-Erkrankung wie auch deren Behandlung hervorgerufenen Teilhabebeeinträchtigung in Form von Beeinträchtigungen der Lebensführung, hält der Senat eine Bemessung des Einzel-GdB mit 20 für ausreichend und zutreffend.

Das Funktionssystem der Arme, zu dem der Senat auch die Schultern zählt, ist beim Kläger durch eine eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit nach Rotatorenmanschettennaht links beeinträchtigt. Prof. Dr. He. konnte dies in seinem Gutachten überzeugend darlegen. Er hat die Schulterregion diffus druckschmerzhaft gefunden, insbesondere am linken Schulterreckgelenk. Die Narbe nach offener Rotatorenmanschettennaht war reizlos. Hinsichtlich der Bewegungsmaße hat er links eine Schulterbeweglichkeit links für Abduktion 80°, Elevation 100° und Außenrotation 30° erhoben. Die rechte Schulter ist praktisch frei beweglich (Abduktion 140°, Elevation 160°, Außenrotation 40°). Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung war im Bereich der oberen Extremität unauffällig. Bei rechts unauffälliger Beweglichkeit der Schulter und links mit Bewegungseinschränkungen, oberhalb der für die Armhebung (Elevation) maßgeblichen 90o- aber unterhalb der 120o-Schwelle (B Nr. 18.13 VG bzw. 26.18 AHP 2008, Seite 119) und ohne Instabilität der Schultergelenke kann lediglich ein Einzel-GdB von 10 angenommen werden. Der Einschätzung des Einzel-GdB mit 20, wie sie Dr. M. gegenüber dem SG geäußert hat, konnte sich der Senat nicht anschließen. Befunde, die angesichts der in den AHP bzw. den VG vorgesehenen Bewegungsausmaßen, eine solche Bewertung rechtfertigten, hat auch Dr. M. nicht mitgeteilt. Im Übrigen war nach der Schulteroperation eine Besserung der Beschwerden zu erwarten, wie sie dann auch von Prof. Dr. He. bestätigt wurde.

Im Funktionssystem der Beine besteht eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke. Prof. Dr. He. hat hier Coxarthrosen beidseits festgestellt. Er hat in seinem Gutachten angegeben, die Beinachse seien beidseits gerade, es bestehe ein Senk-Platt-Fuß beidseits und eine Clavusbildung Zehe 3 beidseits. Die Muskulatur war seitengleich mäßig ausgebildet. Mäßige Unterschenkelödeme bestehen beidseits. Die Hüftgelenksbeweglichkeit war links gegenüber rechts vermindert, (links: Innenrotation 0°, Außenrotation 25°, Extension/Flexion 0-0-100°; rechts: Innenrotation 5°, Außenrotation 30°, Extension/Flexion 0-0-100°). Beide Kniegelenke waren frei beweglich mit Streckung / Beugung von 0-0-130°. Kapselschwellungen bestanden nicht, ebenso wenig Ergussbildungen. Meniskuszeichen bestanden keine, der Bandapparat war ohne Befund. Im Hinblick auf die Vorgaben von B Nr. 18.14 VG bzw. 26.18 AHP 2008 ergibt sich für die Knie, die Füße und die Zehen kein Teil-GdB. Bei Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke sehen die VG (B Nr. 18.14 VG bzw. 26.18 AHP 2008, Seite 124) bei Bewegungseinschränkungen geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig einen GdB-Rahmen von 10 bis 20 und bei beidseitigen Bewegungseinschränkungen einen GdB-Rahmen von 20 bis 30 vor. Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung ist im Bereich unteren Extremität unauffällig. Insbesondere liegen keine Sensibilitätsstörung in messbarem Umfang vor. Da der Kläger die Hüften beidseits über die hier maßgebliche 90o-Schwelle hinaus (jeweils 100o) strecken/beugen kann, ist ein Teil-GdB von 10, wie ihn Prof. Dr. He. angenommen hat und zuletzt Dr. R. (Stellungnahme vom 11.02.2014, Blatt 45/47 der Senatsakte) bestätigt hat, eher wohlwollend angesetzt, jedenfalls nicht zum Nachteil des Klägers rechtswidrig, weshalb der Senat hiervon nicht abweichen will. Die zuletzt geltend gemachten Gefühlsstörungen/Gefühlsausfälle sind nicht medizinisch dokumentiert, sodass sich der Senat von deren Vorliegen nicht überzeugen konnte.

Zum Funktionssystem des Rumpfes zählt der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule. Hier liegen eine chronische Cervicocephalgie sowie Bandscheibenprotrusionen LWS 4/5 vor. Prof. Dr. He. hat in seinem Gutachten beschrieben, dass die Wirbelsäule gerade ist. Die HWS-Beweglichkeit war bei seiner Untersuchung mäßig eingeschränkt (Kinn-Sternum-Abstand 2 Querfinger, Seitneigung beidseits 30°, Seidrehung beidseits 45°). Die Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit war mäßig eingeschränkt (Finger-Boden-Abstand 10 cm, Schober 1 10-15 cm, Ott-Zeichen 30-31,5 cm). Gemäß B Nr. 18.9 VG bzw. 26.18 AHP 2008 (Seite 116) ist für Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität ein GdB von 0 und für Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20 vorgesehen. Schwere funktionelle Auswirkungen oder solche zumindest mittelschwerer Ausprägung konnte weder Prof. Dr. He. darstellen noch der Senat den sonstigen vorliegenden ärztlichen Unterlagen entnehmen. Unter Berücksichtigung der chronischen Cervicocephalgie, einer Schmerzkrankheit, die von der Halswirbelsäule ausgeht und bis in den Hinterkopf oder teilweise in die Stirn ausstrahlen kann, beim Kläger wohl die Kopfschmerzen verursacht, ist im Funktionssystem des Rumpfes ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen. Insoweit folgt der Senat der Einschätzung des Gutachters Prof. Dr. He. ... Die von Dr. Gl. bescheinigte Bandscheibenerkrankung mit Bandscheibenvorfall bei L3/4 links und kaudaler Migration, hochgradiger Foraminalstenose durch ausgeprägtes Facettenhypertrophie und ausgeprägten spondylarthrotischen Veränderungen bei sensiblem Wurzelkompressionssyndrom bei L5, Fußheberschwäche und Großzehenheberschwäche rechtfertigt keinen höheren Teil-GdB. Dem Attest von Dr. Gl. vom 05.08.2014 ist nicht zu entnehmen, wann die Allgemeinmedizinerin diesen Befund erhoben hat oder ihr dieser von Fachärzten mitgeteilt wurde, welche funktionelle Beeinträchtigung damit verbunden sind und inwieweit dem Gutachten von Prof. Dr. He. damit neue Erkenntnisse entgegengehalten werden können. Nach Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat war der angesprochene Bandscheibenvorfall im März 2011 aufgetreten, weshalb zur Überzeugung des Senats Prof. Dr. He. diesen Gesundheitszustand bei seiner Untersuchung des Klägers seiner gutachterlichen Bewertung zugrundelegen konnte. Es ist nicht ersichtlich, dass seine GdB-Bewertung auf einem mittlerweile überholten Befund beruht.

Weitere GdB-relevante Erkrankungen und Funktionseinschränkungen, die einen Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, liegen nicht vor. Der Sachverhalt ist geklärt, weitere Ermittlungen waren von Amts wegen nicht durchzuführen.

Nach Überzeugung des Senats ist auch die Feststellung des Gesamt-GdB von 40 zutreffend. Denn nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) 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. Das ist beim Kläger nicht der Fall.

Unter Beachtung der gegenseitigen Auswirkungen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass der Gesamt-GdB von 40, gebildet aus Einzel-GdB-Werten von - 15 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Ohren - 30 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Atmung - 10 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem Herz-Kreislauf - 20 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der inneren Sekretion und des Stoffwechsels - 10 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Arme - 10 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem der Beine - 10 für die Funktionsbehinderungen im Funktionssystem des Rumpfes - wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken - und unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktionsbehinderungen sowie Schmerzen zutreffend bemessen ist; im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche lag kein Einzel-GdB vor. Dabei hat der Senat insbesondere berücksichtigt, dass sich die orthopädischen Behinderungen der Funktionssysteme der Arme, Beine und des Rumpfes nicht überschneiden oder verstärken aber auch die anderen Funktionsbehinderungen nicht verstärken oder durch diese verstärkt werden.

Auch stellt nach den rechtlichen Bewertungsvorgaben der VG und der AHP die mit einem Teil-GdB von 15 zu bewertende Funktionsbehinderung im Funktionssystem der Ohren noch eine leichte Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dar; der Wert von 20 ist noch nicht erreicht. Nach der Rechtsprechung des Senates wirkt sich ein schwacher Einzel-GdB-Wert von 20 in der Regel nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB aus (zuletzt Senatsurteil vom 25.07.2014 - [L 8 SB 811/14](#) - unveröffentlicht; zuvor vgl. z.B. Senatsurteil vom 22.11.2013 - [L 8 SB 5333/12](#) -, unveröffentlicht), jedenfalls dann, wenn ein schwacher Teil-GdB-Wert von 20 zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft führen würde (GdB 50). Eine besonders nachteilige Auswirkung der Innenohrschwerhörigkeit liegt beim Kläger nicht vor. Auch eine andere nachteilige Auswirkung auf die sonst beim Kläger hinsichtlich der in den Funktionssystemen der Arme, Beine, des Rumpfes, der inneren Sekretion/Stoffwechsels oder des Herz-Kreislaufes bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen, die ausnahmsweise eine Erhöhung des Gesamt-GdB durch einen nicht voll ausgefüllten Teil-GdB von 20 rechtfertigen könnte, ist beim Kläger nicht erkennbar.

Der Kläger hat damit keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-08