

## L 6 SB 4103/14

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
6

1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 15 SB 4905/12  
Datum  
20.08.2014

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 SB 4103/14  
Datum  
21.04.2015

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. August 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt mit dem Neufeststellungsantrag vom 14. März 2012 die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Der am 2. März 1950 geborene Kläger stammt aus dem K., wo er acht Jahre die Schule besuchte, ohne jedoch einen Abschluss zu machen. Danach übte er neben Tätigkeiten in der Landwirtschaft und in einer Gärtnerei auch eine solche als Bauhelfer aus. Er siedelte 1973 zunächst allein in die Bundesrepublik Deutschland über, wo er ebenfalls im Bauwesen tätig war. Im Jahre 1988 zog seine restliche Familie nach. Mit seiner Ehefrau lebt er in einer Mietwohnung, die vier erwachsenen Kinder sind mittlerweile ausgezogen. Nach eigenen Angaben bezieht er seit 17. Dezember 2012 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Nachdem sich der Kläger auf Veranlassung der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung vom 22. Juni bis 20. Juli 2009 stationär in der Rehaklinik G. in G. aufgehalten hatte, beantragte er beim Beklagten unter Vorlage des Entlassungsberichtes erneut die ihm mit Bescheid vom 11. Dezember 2006 noch versagte Feststellung des Grades der Behinderung (GdB). Nach dem Bericht des Leitenden Arztes der Psychiatrischen Abteilung dieser Rehaklinik, Dr. G., wurde eine mittelgradige, lang anhaltende depressive Episode (ICD-10 F 32.1), ein chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10 M 54.5), eine primäre Hypertonie (ICD-10 I 10.00) und ein Spannungskopfschmerz (ICD-10 G 44.2) diagnostiziert.

Daraufhin stellte der Beklagte den GdB mit 20 seit 5. August 2009 fest. Diese Feststellung fußt auf folgender Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigungen durch den Versorgungsarzt Dr. G.:

Seelische Störung, Funktionelle Organbeschwerden, Chronisches Schmerzsyndrom 20 Bluthochdruck 10 Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom 10

Im deswegen vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) geführten Klageverfahren (Az. S 2. SB 6.) nahm der Kläger das Vergleichsangebot des Beklagten, wonach der GdB 30 ab 5. August 2009 betrug, mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 18. Februar 2011 an. In Ausführung dieses Vergleiches erging der Bescheid vom 15. März 2011.

Am 14. März 2012 beantragte der Kläger wiederum die Neufeststellung des GdB. Seit der letzten Verwaltungsentscheidung neu aufgetreten oder verschlimmert hätten sich das degenerative Zervikalsyndrom, die Spondylose der Brustwirbelsäule, die Osteochondrose der Lendenwirbelsäule, die Innenmeniskusruptur rechts und die beginnende Retropatellararthrose, die chronisch rezidivierende Prostatitis und das Prostataadenom sowie beidseits Nierenzysten.

Hierzu wurden ein Befundbericht des Orthopäden Dr. B. vom 8. August 2011 und ein Ärztliches Attest des Urologen Dr. K. vom 29. August 2011 vorgelegt.

Daraufhin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 25. April 2012 den GdB mit 40 seit 14. März 2012 fest. Dieser Feststellung ging die Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigungen durch den Versorgungsarzt Dr. K. voraus:

Seelische Störung, Funktionelle Organbeschwerden, Chronisches Schmerzsyndrom 30 Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom, Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks 20 Bluthochdruck 10 Hyperreagibles Bronchialsystem 10 Nierensteinleiden, Prostatavergrößerung 10

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und trug zur Begründung vor, der Teil-GdB für die Wirbelsäule, das Schulter-Arm-Syndrom und die Kniegelenksbeschwerden rechts sollte auf 30 angehoben werden, wenn der Beklagte diese Funktionsbeeinträchtigungen schon vergesellschaftete. So sei die Wirbelsäule in drei Abschnitten betroffen. Die Funktionsbeeinträchtigungen in diesem Bereich seien relevant und führten nicht nur zu allgemeinen Einschränkungen, sondern auch zu solchen der beruflichen Leistungsfähigkeit. Für die Funktionsbeeinträchtigungen auf urologischem Fachgebiet sei ein Teil-GdB von 20 angemessen. Daher sei ein Gesamt-GdB von 50 erreicht.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 8. August 2012 mit der Begründung zurückgewiesen, eigens aufzuführen sei zwar die Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks mit einem GdB von 10. Ob der Geringgradigkeit lasse sich eine Erhöhung des Gesamt-GdB allerdings nicht begründen. Dr. B. stelle hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden lediglich Diagnosen zu der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule auf, ohne Funktionsparameter mitzuteilen, derentwegen allein eine Bewertung erfolgen könne. Funktionelle Auswirkungen in diesen Wirbelsäulenabschnitten seien somit nicht nachgewiesen. Die Anfälligkeit für Prostataentzündungen sowie die immer wiederkehrenden Beschwerden seien berücksichtigt. Andauernde Beschwerden hätten hingegen nicht festgestellt werden können. Eine wesentliche Krankheitsbedeutung hinsichtlich der Nieren könne dem Attest von Dr. K. nicht entnommen werden. Zudem könne eine Steinertrümmerung zu einer Verbesserung der Situation führen. Eine weitere Erhöhung des GdB sei hierdurch nicht begründet. Diese Ausführungen stützen sich auf eine erneute versorgungsärztliche Bewertung, diesmal durch Dr. R. S.:

Seelische Störung, Funktionelle Organbeschwerden, Chronisches Schmerzsyndrom 30 Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom 20 Bluthochdruck 10 Hyperreagibles Bronchialsystem 10 Nierensteinleiden, Prostatavergrößerung 10 Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks 10

Hiergegen hat der Kläger am 5. September 2012 beim SG Klage erhoben und zur weiteren Begründung seines Begehrens vorgetragen, dass auch seine Hausärztin, die Internistin Dr. H., die Einschätzung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten nicht teile. So seien etwa auch die Erkrankung des Ohres und die Bronchialerkrankung nicht erfasst worden. Die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft sei für ihn von erheblicher Bedeutung, da er dann abzugsfrei eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen mit Vollendung des 63. Lebensjahres, also im März 2013, in Anspruch nehmen könnte.

Das SG hat die Hausärztin des Klägers und die ihn sonst behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen und Zeugin schriftlich vernommen. Zudem hat es von der Klinik S. in G. und dem R.-Krankenhaus in S., wo sich der Kläger zur Durchführung einer Thoraskopie und wegen der Operationsfolgen im Jahre 2012 auch stationär aufgehalten hat, Arzt- und Entlassungsberichte beigezogen.

Dr. H., die den Kläger nach eigenen Angaben seit Mai 2003 behandelte, hat mitgeteilt, im Gesundheitszustand des Klägers sei seit 2009 eine gravierende Verschlechterung eingetreten. Der psychische Zustand mit depressiver Stimmung und Dysthymie habe sich schleichend verschlechtert. Aufgrund zahlreicher körperlicher Beschwerden werde die Behandlung beim leider weit entfernten, muttersprachlichen Facharzt Dr. A. im Zentrum für Migrationspsychiatrie in R. (Z.) nicht engmaschig weitergeführt. Eine weitere psychische Belastung habe die Lungenoperation im Frühjahr 2012 bedeutet. Im Vorfeld habe lange ein Tumorverdacht bestanden. Der Entschluss zur Operation sei von den Chirurgen erst nach langer Entscheidungsfindung gefällt worden. In dieser Zeit sei der Kläger psychisch sehr belastet gewesen. Die Operation Anfang Mai 2012 sei dann zwar nach dem histologischen Ergebnis gut verlaufen. Es seien keine Tumore gefunden worden, sondern lediglich Staubgranulome, die harmloser Natur seien. Der Kläger leide jedoch an den Operationsfolgen. So klage er immer wieder über Thoraxschmerzen mit wechselnder Lokalisation. Mehrere Vorstellungen bei den Operateuren hätten keine Besserung erbracht. Der Kläger nehme deswegen regelmäßig starke Schmerzmittel ein. Durch die Operation habe sich zudem eine Rekurrensparese rechts mit Heiserkeit und Hustenreiz entwickelt. Eine logopädische Übungsbehandlung habe nur teilweise Abhilfe geschaffen. Der Kläger nehme immer noch regelmäßig Codeinpräparate ein, um den Husten zu stoppen. Hinzu komme noch die Belastung durch immer wieder auftretende hypertone Blutdruckwerte, die zum Teil zu Schwindel führten. Den Gesamt-GdB schätze sie auf 70.

Der Arzt für Orthopädie Dr. G., der mit Dr. B. eine Praxisgemeinschaft betreibt, hat kundgetan, der Kläger sei nach einer Akupunktur Mitte Dezember 2009 erst wieder Mitte Oktober 2012 bei ihm in Behandlung gewesen. Er habe über Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke geklagt. Bei der Untersuchung habe sich ein Druckschmerz über den Kniescheiben beidseits gezeigt, bei freier Beweglichkeit. Eine Ergussbildung habe nicht festgestellt werden können. Die Bänder- und Meniskuszeichen seien unauffällig gewesen. Die Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke in zwei Ebenen hätten eine geringe Endrundung der retropatellaren Gelenkfläche bei vermehrter subchondraler Sklerosierung des medialen Schienbeinplateaus, bei normaler Weite der Gelenkräume und unauffälliger Knochenstruktur, gezeigt. Die Gesundheitsstörungen seien als leicht einzustufen. Die Bewegungseinschränkung sei gering und bestehe beidseits wegen der retropatellaren Endrundung. Die Werte nach der Neutral-0-Methode hätten für die Streckung und die Beugung 0-0-130° betragen. Die Wirbelsäulenerkrankung sei letztmals Ende Juli 2009 behandelt worden.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. hat ausgeführt, der Kläger habe sich einmalig Mitte September 2012 in seiner neurologischen Sprechstunde vorgestellt. Es habe sich ein leichter, feinschlägiger Haltetremor der Hände, rechts mehr als links, gezeigt. Er habe einen essentiellen Tremor diagnostiziert. Bei nur leichter Ausprägung sei eine Behandlung nicht für notwendig erachtet worden. Im neurologischen Befund hätten sich weiter mit abgeschwächt auslösbaren Achillessehnenreflexen und einer Pallhypästhesie an den Großzehen Hinweise für eine Polyneuropathie der Beine ergeben. Bei ebenfalls nur leichter Ausprägung sei auch diesbezüglich eine Behandlung nicht als erforderlich angesehen worden.

Der Facharzt für Phoniatrie-Pädaudiologie sowie Hals-, Nasen- und Ohren (HNO)-Heilkunde Dr. W. hat geäußert, der Kläger sei Anfang Juli und Ende August 2012 von ihm untersucht worden. Im ersten Termin habe sich eine Rekurrensparese rechts mit deutlicher Innenluxation des Aryknorpels links gefunden. Bei der zweiten Untersuchung sei der Befund deutlich verbessert gewesen. Die Stimmstörung und die Heiserkeit seien als leicht bis mittelgradig und die Schluckstörung im Sinne eines Hustenreizes bei Verschlucken als mittelgradig einzustufen. Die Stimmstörung habe einen GdB zwischen 20 und 30 zur Folge, weshalb der GdB auf seinem Fachgebiet keinesfalls über 30 liege.

Der Urologe Dr. K. hat angegeben, im Gesundheitszustand des Klägers sei seit 2009 keine wesentliche Änderung eingetreten. Die Schmerzen, die von der linken Niere ausgingen, und auch die durch die chronisch rezidivierende Prostatitis hervorgerufenen Beschwerden seien als mittelgradig zu bewerten. Er teile die Einschätzung des versorgungszärtlichen Dienstes des Beklagten. Es liege ein Prostataleiden in Form von chronisch rezidivierenden schmerzhaften Prostataentzündungen vor, welches immer wieder eine antibiotische und schmerzlindernde Behandlung erfordere. Ein Bezug dieser Gesundheitsstörung zur Nierenerkrankung bestehe nicht. Er schätze diese Störung als erheblich ein. Trotz der erheblichen Nierenschädigung durch das Steinleiden und die Urinabflussstörung liege gleichwohl keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung vor. Die letzte Blutuntersuchung sei im Februar 2011 vorgenommen worden und habe Normalwerte für die Nierenfunktion ergeben. Regelmäßige Kontrollen erfolgten bei der Hausärztin.

Nach dem von Dr. H. vorgelegten Entlassungsbericht des Ärztlichen Leiters der Abteilung für pädiatrische HNO-Heilkunde und Otologie der HNO-Klinik des O. S., Priv.-Doz. Dr. K., sei während eines stationären Aufenthaltes des Klägers am 10. und 11. Februar 2010 eine Paukenfibröse bei chronischer Otitis media mit Myringitis (ICD-10 H 74.1) sowie links eine nichteitrigte Otitis media (ICD-10 H 65.3) und ein nicht näher bezeichneter Hörverlust (ICD-10 H 91.9) diagnostiziert worden.

Dr. A. vom Z. hat in dem vom SG weiterhin beigezogenen Arztbericht über die ambulanten Behandlungen des Klägers in der von diesem erlernten Sprache in der Zeit vom 27. Juli 2009 bis 26. November 2012 berichtet, es sei eine depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradig ausgeprägten Episode diagnostiziert worden. Weiterhin bestehe eine Somatisierungsstörung und Kontakthanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung. Im Vordergrund der psychotherapeutischen Behandlung stünden stabilisierende, edukative und motivierende Arztgespräche in der Muttersprache des Klägers für die emotionale Entlastung und psychische Stabilisierung, den Abbau der depressiven Symptomatik und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Durch die mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik und durch seine diffusen Körperschmerzen und Spannungskopfschmerzen sei der Kläger in seinen sozialen Leistungen und Funktionen eingeschränkt.

Das SG hat des Weiteren ein internistisch-kardiologisches und pulmologisches Gutachten bei Dr. M. eingeholt, welches dieser auf eine ambulante Untersuchung des Klägers am 21. November 2013 hin erstattet hat. Der Kläger habe aktuell über Schmerzen "am ganzen Kopf" geklagt. Seit der rechtsseitigen Lungenoperation bestünden thorakale Schmerzen im Narbenbereich. Seitdem läge auch eine raue Stimme vor. Darüber hinaus habe er über diffuse thorakale Schmerzen, Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich, linksseitige Nierenschmerzen bei Steinleiden und rechtsseitige geringere Beschwerden sowie Knieschmerzen geklagt. Weitere aktuelle Beschwerden habe der Kläger nicht angegeben. Nach seiner gutachterlichen Untersuchung sei eine bronchiale Hyperreagibilität unter Therapie auszuschließen gewesen, wobei diese durchaus auch symptomfrei, also ohne Atemnot oder Husten, vorliegen könne. Wesentliche Funktionsbehinderungen lägen weder auf Grund der arteriellen Hypertonie noch wegen der Lungenerkrankung ohne Lungenfunktions- und Gasaustauschstörung vor. Die arterielle Hypertonie und die Lungenfunktionseinschränkung seien jeweils als geringfügig einzuschätzen und bedingten jeweils nur einen Teil-GdB von 10.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 20. August 2014 abgewiesen. Die dem letzten bestandskräftigen Feststellungsbescheid vom 15. März 2011 zugrunde liegenden Verhältnisse beim Kläger hätten sich seit dem 14. März 2012, als er den diesem Verfahren zugrunde liegenden Antrag gestellt habe, nicht so wesentlich geändert, dass ein höherer als der bereits festgestellte GdB von 40 angemessen sei.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 27. August 2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 23. September 2014 beim SG Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen, dass bereits während eines Aufenthaltes in der Rehaklinik G. im Jahre 2009 ein chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom sowie ein Spannungskopfschmerz festgestellt worden seien. Hierbei handele sich um Leiden, die einer Heilung oder Linderung kaum zugänglich seien. Zu bedenken sei auch, dass wegen des bestehenden Tumorverdachts im Bereich der Lunge ab diesem Zeitpunkt weder dem Spannungskopfschmerz noch dem Zervikalsyndrom stärkere Bedeutung beigemessen worden sei. Eine Verbesserung des Halteapparates habe sich nicht eingestellt, weshalb hierfür weiterhin ein Teil-GdB von 20 anzunehmen sei. Er leide an einer Augenhintergrundveränderung und an einer Schädigung der arteriellen Gefäße der Netzhaut, weshalb die Hypertonie einen Teil-GdB von 20 bedinge. Auch für das hyperreagible Bronchialsystem müsse ein Teil-GdB von 20 angesetzt werden. Seine ihn behandelnde Hausärztin habe darauf hingewiesen, dass die Lungenfunktion operativ beeinträchtigt gewesen sei und möglicherweise ein Zusammenhang mit der Stimmbandlähmung bestünde. Nicht berücksichtigt worden seien auch seine Leiden auf urologischem Fachgebiet, für die ebenfalls ein Teil-GdB von 20 anzusetzen sei. Insgesamt sei ein GdB von 50 längstens erreicht.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. August 2014 aufzuheben sowie den Bescheid des Beklagten vom 25. April 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. August 2012 abzuändern und diesen unter Abänderung des Bescheides vom 15. März 2011 zu verpflichten, bei ihm einen Grad der Behinderung von mindestens 50 ab 14. März 2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat im Wesentlichen vorgetragen, ein höherer Gesamt-GdB als 40 sei nicht begründbar.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, die SG-Akte (Az. S 23 SB 685/10) und auf die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und am 23. September 2014 beim SG fristgerecht ([§ 151 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte (Teil)Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 17. April 2013 - B 9 SB 6. R -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Neufeststellung des GdB über die bereits

vorgenommene Feststellung eines GdB von 40 hinaus. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Gegenstand der Klage ist ein Anspruch auf Feststellung des GdB mit mindestens 50 ab 14. März 2012 aufgrund einer Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, der dem Bescheid vom 15. März 2011 zugrunde lag. Diesem Anspruch steht der Bescheid vom 25. April 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. August 2012 entgegen.

Grundlage für die beanspruchte teilweise Aufhebung des Bescheides vom 15. März 2011 mit Wirkung ab 14. März 2012 ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, das sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1. R -, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt (teilweise) aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - 9a RVs 5. -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - B 9 V 2. R -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4). Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34; vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 1996 - 9 RVs 5. -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung).

Bei dem Bescheid vom 15. März 2011 über die Feststellung des GdB mit 30, der in Ausführung des gerichtlichen Vergleiches vor dem SG im Verfahren S 23 SB 685/10 erging, handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - B 9 SB 6. R -, juris, Rz. 31 m. w. N.). Eine Regelung im Sinne des [§ 31 SGB X](#) ist auch nach der Senatsrechtsprechung darin zu sehen, dass der Ausführungsbescheid den gerichtlichen Vergleich richtig umsetzt; mit der Folge, dass jeder Ausführungsbescheid Regelungscharakter hat. Haben die Parteien einen gerichtlichen Vergleich geschlossen, so entspricht es zudem ihrem Regelungswillen regelmäßig, dass sie nur eine Einigung über den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Vergleichsabschlusses erzielen, aber keine Regelung für die Zukunft treffen und sich insbesondere nicht des Rechts begeben wollen, auf Änderungen etwa durch Herabsetzungen oder eine Neufeststellung zu reagieren (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 29. April 2014 - L 6 VK 9., juris, Rz. 20). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheides vom 15. März 2011 vorlagen, ist zwar eine Änderung eingetreten. So ist die linke Niere mittlerweile durch mehrere Steine, die auch Erbsengröße erreichten, belastet gewesen. Hierdurch ist es zu einer Veränderung des Nierengewebes gekommen, worauf der sachverständige Zeuge Dr. K. hingewiesen hat. Zudem leidet der Kläger an den Folgen einer Operation Anfang Mai 2012, wodurch es zu einer Rekurrensparese rechts mit Heiserkeit und Hustenreiz gekommen ist, wie sich zusammenfassend aus der Schilderung der sachverständigen Zeugin Dr. H., der Hausärztin des Klägers, ergibt. Die damit einhergehende Änderung in den tatsächlichen Verhältnisse ist auch wesentlich, da sämtliche behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen ab 14. März 2012 einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertigen. Ein höherer als dieser vom Beklagten mit der angefochtenen Verwaltungsentscheidung bereits festgestellte GdB ist jedoch nicht begründbar.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Danach stellen auf An-trag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) 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. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gem. [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30. Juni 2011: § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellten und fortentwickelten, Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - B 9 V 2. R -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig ihrer Ursache, also final, bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A,

Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen - wie im Falle des Klägers - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach § 69 Abs. 3 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung 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. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1/03 R -, juris, Rz. 17 m.w.N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - B 9 SB 35/10 B -, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX umfasst nur die Feststellung einer (unbenannten) Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - B 9 SB 17/97 R -, juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab 14. März 2012 keinen höheren als den bereits festgestellten GdB von 40 begründen.

Die hinsichtlich ihres Ausmaßes zumindest mit im Vordergrund stehende Funktionseinschränkung des Klägers betrifft das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche". Der Senat geht davon aus, dass der Kläger nach wie vor an einer mittelgradigen, lang anhaltenden depressiven Episode (ICD-10 F 32.1) leidet, wie sie bereits während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik G. in der Zeit vom 22. Juni bis 20. Juli 2009 durch Dr. G. und auch von Dr. A. im Arztbericht vom 17. Dezember 2012 diagnostiziert worden ist. Die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen sind nach VG, Teil B, Nr. 3.7 mit einem GdB von 20 zwar angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Danach sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten.

Insgesamt ist, auch unter Berücksichtigung des bereits während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik G. diagnostizierten Spannungskopfschmerzes (ICD-10 G 44.2) noch von leichteren psychovegetativen und psychischen Störungen auszugehen; eine stärker behindernde Störung mit wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit liegt noch nicht vor. Nach dem Bericht des Leitenden Arztes der Psychiatrischen Abteilung der Rehaklinik G., Dr. G., hat sich während des stationären Aufenthaltes vom 22. Juni bis 20. Juli 2009 ein wacher, voll orientierter Mensch gezeigt. Er hat geordnet berichten können, auch wenn er sich deutlich grüblerisch gezeigt hat. Er ist zwar niedergestimmt, jedoch um Tapferkeit bemüht gewesen. Auf Nachfrage und nach den Schilderungen des Klägers bestehe neben der Niedergestimmtheit zwar eine deutliche Grübelneigung, eine Ängstlichkeit, Sorgen, eine Antriebslosigkeit und eine Anhedonie. Bezüglich der Psychomotorik hat er auch diskret verlangsamt gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist weiter erheblich eingeschränkt und zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Das inhaltliche und formale Denken ist hingegen intakt gewesen. Eine Distanzierung zur Suizidalität hat vorgelegen. Das Beck-Depressions-Inventar hat zwar wegen erheblicher Schwierigkeiten mit der deutschen Schriftsprache nur mit Hilfe durchgeführt werden können. Damit hat sich jedoch zumindest nachweisen lassen, dass während des stationären Aufenthaltes eine Besserung eingetreten war. So hat sich bei der Aufnahme nach diesem Verfahren mit einem Summenwert von 26 eine klinisch relevante depressive Störung ergeben. Bei der Entlassung ist ein mit der klinischen Besserung korrelierender Summenwert von 20 gemessen worden. Mittels der Mini-ICF-Kriterien haben sich leichte bis mittlere Einschränkungen hinsichtlich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie insbesondere der Durchhaltefähigkeit gezeigt. Leichte Einschränkungen haben sich auch hinsichtlich der Verkehrs- und Wegefähigkeit sowie der Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten feststellen lassen. Die übrigen Fähigkeiten zur Selbsthilfe, die Gruppenfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen haben demgegenüber nicht beeinträchtigt gewirkt. Wegen der psychiatrischen Erkrankung erfolgte damals keine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung. Dr. G. hat zwar eine erhebliche bis gravierende Beeinträchtigung der Gestaltungs- und Erlebnisfähigkeit

angenommen, allerdings nur hinsichtlich des Zusammenwirkens der chronischen Schmerzsymptomatik und der anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung. Nach VG, Teil B, Nr. 18.4 sind zwar die Fibromyalgie und ähnliche Somatisierungssyndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen, weshalb der Senat diese regelmäßig ebenfalls im Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" berücksichtigt, so dass insoweit ein einheitlicher Teil-GdB zu bilden wäre. Das "chronische Schmerzsyndrom", dessen funktionelle Auswirkungen der Beklagte unter diesem Aspekt im Rahmen des Funktionssystems "Gehirn einschließlich Psyche" gewürdigt hat, hat jedoch nach den Ausführungen von Dr. G. einen organischen Kern und ist daher von ihm auch als chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom (ICD-10 M 54.5) diagnostiziert worden. Einzig Dr. A. führt diffuse Körperschmerzen an, die er im Arztbericht vom 17. Dezember 2012 als Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) diagnostiziert hat, ohne allerdings näher auf die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen konkret einzugehen. Das chronische lumbale und zervikale Schmerzsyndrom ist folglich beim Funktionssystem "Rumpf" zu berücksichtigen.

Dass die depressive Erkrankung am oberen Ende des eröffneten GdB-Rahmens anzusetzen ist, jedoch keinen höheren Teil-GdB als 20 bedingt, ergibt sich ferner aus der Tagesstruktur des Klägers, wie er sie anlässlich der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. M. am 21. November 2013 angegeben hat. Danach stehe er um 7 Uhr auf. Nach der Morgentoilette und dem Frühstück gehe er dreißig Minuten spazieren. Anschließend halte er sich zu Hause auf. Er lese, wenn auch selten. Gelegentlich helfe er seiner Ehefrau in der Küche. Nach dem Essen mache er eine Stunde Mittagsruhe. Nachmittags halte er sich weitgehend zu Hause mit Lesen und Fernsehen auf. Auch abends sehe er fern. Er gehe zwischen 21 Uhr und 21:30 Uhr ins Bett. Er hat zwar weiter angegeben, an den Wochenenden gebe es keine besonderen Aktivitäten, und Hobbys verneint. Als Grund hierfür hat er jedoch nicht die depressive Erkrankung angeführt. Die Internistin Dr. H. hat zwar angegeben, dass sich der psychische Zustand mit depressiver Verstimmung und Dysthymie seit 2009 schleichend verschlechtert habe. Eine Dysthymie ist demgegenüber fachärztlich nicht diagnostiziert worden. Eine Verschlechterung lässt sich ferner nicht den Arztberichten von Dr. A. entnehmen, auch wenn dieser nun eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt hat. Er benennt nur allgemein Einschränkungen wegen der mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik sowie durch diffuse Körperschmerzen und Spannungskopfschmerzen, ohne diese zu konkretisieren. Bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. ist der Kläger wegen der Erkrankung seiner Hände in dessen neurologischer Sprechstunde gewesen, also nicht in psychiatrischer Behandlung.

Das Funktionssystem "Rumpf" bedingt wegen der Funktionseinschränkungen im Wirbelsäulenbereich, einschließlich des chronischen und lumbalen Schmerzsyndroms, einen Teil-GdB von 20.

Nach VG, Teil B, Nr. 18.9 haben Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) ist ein GdB-Rahmen von 50 bis 70 eröffnet. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z.B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Auch wenn der Kläger letztmals Ende Juni 2009 wegen der Wirbelsäulenerkrankung bei Dr. G. in Behandlung gewesen ist, so deutet dies zwar darauf hin, dass keine Verschlechterung eingetreten ist. Der Schluss, dass es zu einer Besserung gekommen ist, kann allerdings, entgegen der Auffassung des Beklagten, nicht gezogen werden. Daher geht der Senat davon aus, dass weiterhin die Funktionseinschränkungen vorliegen, wie sie sich während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik G. vom 22. Juni bis 20. Juli 2009 und mittels des Befundberichtes von Dr. B. vom 8. August 2011 haben objektivieren lassen. So hat sich nach den Ausführungen von Dr. B. eine Entfaltungsstörung der Wirbelsäule gezeigt. Die Seitneigung ist mit 10-0-10° deutlich eingeschränkt festgestellt worden. Die Rotation und die Reklination der Halswirbelsäule sind hälftig eingeschränkt gewesen. Es hat eine zervikobrachialgieforme Schmerzausstrahlung in den linken Arm bestanden. Diese Funktionseinschränkungen lassen sich nach dem Entlassungsbericht von Dr. G. nur schmerzbedingt erklären und sind nachvollziehbar auf das chronische lumbale und zervikale Schmerzsyndrom zurückzuführen. So hat sich dort ein ausgeprägter lumbaler paravertebraler Muskelhartspann beidseits gezeigt. Ferner hat beidseits ein Pseudo-Lasègue ab 60° festgestellt werden können. Im Übrigen hat sich der Kläger während der Aufnahmeuntersuchung frei bewegt und es ist ihm möglich gewesen, auf dem Stuhl zu sitzen und sich unbehindert aus- und anzukleiden. Die Wirbelsäule ist grundsätzlich frei beweglich gewesen. Unter Berücksichtigung des chronischen und lumbalen Schmerzsyndroms bedingen die Funktionseinschränkungen im Wirbelsäulenbereich damit angemessen, aber auch ausreichend einen Teil-GdB von 20.

Hinsichtlich des Funktionssystems "Atmung" liegen Funktionseinschränkungen vor, die ab Mai 2012 einen Teil-GdB von 20 rechtfertigen.

Seit der Thoraskopie am 3. Mai 2012 leidet der Kläger an einer Stimmbandlähmung rechts, an Heiserkeit, Husten, thorakalen Schmerzen und Schluckstörungen. Dies ergibt sich aus dem Entlassungsbericht von Prof. Dr. K. über einen stationären Aufenthalt in der Klinik S. vom 3. bis 5. Juli 2012. Die Aufnahme ist wegen Husten und thorakalen rechtsseitigen Schmerzen erfolgt, die nach der Thorakoskopie im Mai 2012 aufgetreten seien. Dabei ist es auch zu Heiserkeit und einer Stimmverschlechterung aufgrund der Parese des Nervus laryngeus recurrens rechts gekommen. Über eine ambulante Vorstellung des Klägers am 20. August 2012 in der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie des M. S. hat der Leitende Arzt S. berichtet, dass eine beginnende Rückbildung der Kehlkopfparese rechts mit gebesserter Dysphonie diagnostiziert worden ist, allerdings mit nun hyperfunktioneller Fehlkompensation. Die Befunde haben für eine Besserung der Parese mit rückläufiger Dysphonie und Schluckbeschwerden gesprochen. Andererseits hat sich eine funktionelle Fehlfunktion mit einem zu hohen Druck beim Sprechen und einer Engstellung mit teilweiser Taschenfaltenbeteiligung gezeigt. Der Ary ist demgegenüber nicht mehr relevant

einwärtsrotiert gewesen. Der Kläger hat weiter unter dem Husten gelitten. Eine Wiederaufnahme der logopädischen Therapie mit Schwerpunkt des Abbaus der fehlkompensatorischen Hyperfunktion ist empfohlen worden. Der den Kläger behandelnde Facharzt für Phoniatrie-Päaudiologie sowie HNO-Heilkunde Dr. W., der ihn Anfang Juli und Ende August 2012 untersucht hat, hat beschrieben, dass sich die zunächst diagnostizierte Rekurrensparese rechts mit deutlicher Innenluxation des Aryknorpels links bei der zweiten Untersuchung deutlich verbessert gezeigt hat. Über eine weitere ambulante Vorstellung in der Abteilung für Thoraxchirurgie der Klinik S. am 22. November 2012 hat Prof. Dr. F. mitgeteilt, dass der Kläger weiterhin Schmerzen rechts thorakal hat, die ständig leicht und beim Husten verstärkt sind. Im Verlauf sind die Schmerzen jedoch rückläufig gewesen. Auch die Heiserkeit hat sich unter logopädischer Therapie nun deutlich gebessert. Die Stimme ist demgegenüber weiterhin deutlich eingeschränkt gewesen.

Die hierdurch bedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigen einen GdB von 20. Nach VG, Teil B, Nr. 7.10 eröffnen funktionelle und organische Stimmstörungen (z. B. Stimmbandlähmung) mit geringer belastungsabhängiger Heiserkeit einen GdB-Rahmen von 0 bis 10 und bei dauernder Heiserkeit von 20 bis 30. Ist nur eine Flüsterstimme möglich, beträgt der GdB 40 und bei völliger Stimmlosigkeit 50. Atembehinderungen sind gegebenenfalls zusätzlich zu bewerten analog der dauernden Einschränkung der Lungenfunktion. Bei nicht vorhandener Flüsterstimme und fehlenden Atembehinderungen ist vorliegend der GdB-Rahmen zwischen 20 und 30 eröffnet, die konkreten Funktionseinschränkungen sind am unteren Ende mit einem GdB von 20 ausreichend bewertet. So ist die Stimmstörung bei einer ambulanten Vorstellung des Klägers am 22. November 2012 in der Abteilung für Thoraxchirurgie der Klinik S. nach der Mitteilung von Prof. Dr. F. zwar weiterhin mit einer dauernden Heiserkeit einhergegangen. Diese hat sich unter logopädischer Therapie mittlerweile allerdings deutlich gebessert gehabt. Auch sind die Schmerzen rechts thorakal, die ständig leicht und beim Husten verstärkt gewesen seien, im Verlauf rückläufig gewesen. Die Einschätzung der Stimmstörung und der Heiserkeit als leicht bis mittelgradig und der Schluckstörung im Sinne eines Hustenreizes bei Verschlucken als mittelgradig durch Dr. W. bezieht sich demgegenüber auf zwei Untersuchungen Anfang Juli und Ende August 2012, als es noch nicht zu den Besserungen gekommen war.

Weitere, das Funktionssystem "Atmung" betreffende Funktionseinschränkungen, die integriert einen höheren Teil-GdB als 20 stützen könnten, liegen nicht vor. Lungenfunktionsanalytisch hat sich bei der von Dr. M. durchgeführten Untersuchung eine unter Berücksichtigung der Mitarbeit normale Lungenfunktion des Klägers bei normalem, mitarbeitersunabhängigem Atemwegswiderstand gezeigt. Nach bronchialer Provokation ist keine Verschlechterung der Lungenfunktion eingetreten. Ein Asthma bronchiale oder auch eine bronchiale Hyperreagibilität hat bei der Untersuchung unter einer inhalativen Therapie mit Foster, welches nach den Angaben des Klägers zweimal täglich eingenommen worden ist, nicht vorgelegen. Blutgasanalytisch sind keine Einschränkungen festzustellen gewesen, weder in Ruhe noch bei einer Belastung mit 50 Watt über zwei Minuten und 75 Watt über 30 Sekunden. Eine bronchiale Hyperreagibilität unter Therapie hat ausgeschlossen werden können, auch wenn diese durchaus symptomfrei, also ohne Atemnot oder Husten, vorliegen kann.

Die Funktionsbehinderungen, die das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" betreffen, insbesondere die Hypertonie, stützen keinen Teil-GdB von 20. Ein solcher ist für den Bluthochdruck nach VG, Teil B, Nr. 9.3 erst begründbar, wenn er in mittelschwerer Form, also mit einer Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/ oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) oder mit einem diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung vorliegt. Je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung beträgt der GdB dann zwischen 20 und 40. Demgegenüber stützt eine leichte Verlaufsform mit keiner oder nur einer geringen Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) nur einen GdB bis 10.

Beim Kläger besteht zwar nach den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Dr. M. eine arterielle Hypertonie, die auch medikamentös mit Candesartan comp. und Nidrendipin behandelt worden ist. Bei der von ihm durchgeführten klinischen Untersuchung ist der Blutdruck insbesondere systolisch auch leicht erhöht gewesen. Nach den Ausführungen von Dr. H. ist zudem im Juni 2012 eine septale Hypertrophie diagnostiziert worden, was auf einen Bluthochdruck hinweist. Bei der Belastungsuntersuchung durch Dr. M. haben die Werte bei relativ geringer körperlicher Belastungsfähigkeit hingegen im Normbereich gelegen. Organschäden, insbesondere eine wesentliche kardiale Wandhypertrophie, haben durch Dr. M. nicht festgestellt werden können. Wesentliche, also mehr als leichte Organschäden liegen aus seiner internistischen Sicht nicht vor. Augenhintergrundveränderungen sind durch ihn zwar nicht zu beurteilen gewesen. Weder solche noch eine Schädigung der arteriellen Gefäße der Netzhaut sind vorliegend allerdings nachgewiesen. Der Kläger behauptet zwar, dass bei ihm diese Gesundheitsstörungen vorliegen. Arztberichte, die dies bestätigen könnten, liegen aber nicht vor. Auch hat die Hausärztin Dr. H. solche Erkrankungen nicht angeführt. Der Kläger hat ferner nicht angegeben, in augenärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Mehr als geringe Leistungsbeeinträchtigungen sind damit nicht objektiviert. Dieses Ergebnis bestätigt sich durch die sich in den Akten befindenden Arztberichte. In der Rehaklinik G. wurde am 16. Juli 2009 eine Langzeitblutdruckmessung durchgeführt, die zwar initial erhöhte systolische und diastolische Werte gezeigt, nach entsprechender Therapiemodifikation jedoch ein normales Blutdrucktagesprofil mit Durchschnittswerten von 114/76 mmHG aufgewiesen hat. Innerhalb der aufgelisteten Vorbefunde wird angeführt, dass im Januar 2009 eine hypertensive Herzerkrankung und Koronarstenosen ausgeschlossen worden seien. Nach einer von Prof. Dr. F., Klinik S., veranlassten 24 Stunden-Blutdruckmessung vom 4. Oktober 2012 haben sich durchschnittliche Werte von 139/95 mmHg bei durchschnittlichen Tageswerten von 138/96 mmHg und nächtlichen Werten von 142/95 mmHg gezeigt. Eine wesentliche arterielle Hypertonie liegt damit nicht vor.

Im Übrigen sind vorliegend keine mit einem höheren Teil-GdB als 10 zu bewertende Gesundheitsstörungen objektiviert, die überhaupt geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Auf urologischem und neurologischem Fachgebiet liegen keine sowie auf orthopädischem und HNO-ärztlichem Fachgebiet keine weiteren Gesundheitsschäden vor, die geeignet sind, den Gesamt-GdB zu erhöhen.

Der sachverständige Zeuge Dr. K. hat angegeben, dass im Gesundheitszustand des Klägers auf urologischen Fachgebiet seit 2009 keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Die Schmerzen, die von der linken Niere ausgingen, und auch die durch die chronisch rezidivierende Prostatitis hervorgerufenen Beschwerden sind nach seiner Meinung als mittelgradig zu bewerten. Er teilt die Einschätzung des versorgungsrätlichen Dienstes des Beklagten. Es liegt ein Prostataleiden in Form von chronisch rezidivierenden schmerzhaften Prostatentzündungen vor, welches immer wieder eine antibiotische und schmerzlindernde Behandlung erfordert. Die Störung ist zwar erheblich, trotz der erheblichen Nierenschädigung durch das Steinleiden und die Urinabflussstörung liegt nach seiner schlüssigen Einschätzung gleichwohl keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung vor.

Nach den Ausführungen des sachverständigen Zeugen Dr. R. hat sich der Kläger einmalig Mitte September 2012 in seiner neurologischen Sprechstunde vorgestellt. Es hat sich ein leichter, feinschlägiger Haltetremor der Hände, rechts mehr als links, gezeigt. Diagnostiziert worden ist ein essentieller Tremor. Bei nur leichter Ausprägung ist eine Behandlung nicht für notwendig erachtet worden. Im neurologischen

Befund haben sich weiter mit abgeschwächt auslösbaren Achillessehnenreflexen und einer Pallhypästhesie an den Großzehen Hinweise für eine Polyneuropathie der Beine ergeben. Bei ebenfalls nur leichter Ausprägung ist auch diesbezüglich eine Behandlung nicht als erforderlich angesehen worden.

Nach der Auskunft des sachverständigen Zeugen Dr. G. ist der Kläger Mitte Oktober 2012 bei ihm in Behandlung gewesen. Er habe über Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke geklagt. Bei der Untersuchung hat sich ein Druckschmerz über den Kniescheiben beidseits gezeigt, hingegen bei freier Beweglichkeit. Eine Ergussbildung hat nicht festgestellt werden können. Die Bänder- und Meniskuszeichen sind unauffällig gewesen. Die Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke in zwei Ebenen haben eine geringe Endrundung der retropatellaren Gelenkfläche bei vermehrter subchondraler Sklerosierung des medialen Schienbeinplateaus, bei normaler Weite der Gelenkräume und unauffälliger Knochenstruktur, gezeigt. Die Gesundheitsstörungen sind seiner Einschätzung nach als leicht einzustufen. Dies ist nachvollziehbar, zumal die wegen der beidseitigen retropatellaren Endrundung bestehende Bewegungseinschränkung, die nach der Neutral-0-Methode für die Streckung und die Beugung mit 0-0-130° gemessen worden ist, gering ist. In der Rehaklinik G. konnte der Kläger bei der Aufnahme am 22. Juni 2009 die Schulterabduktion rechts und links zwar nur bis 75° vornehmen. Mangels einer dokumentierten entsprechenden Einschränkung bei der Dreh- und Spreizfähigkeit, die auch für die Folgezeit durch die behandelnden Orthopäden nicht nachgewiesen worden ist, ist hierfür kein höherer GdB als 10 gerechtfertigt (VG, Teil B, Nr. 18.13).

Eine vom Kläger bei Klageerhebung angeführte Erkrankung des Ohres ist einzig in dem Entlassungsbericht des Ärztlichen Leiters der Abteilung für pädiatrische HNO-Heilkunde und Otologie der HNO-Klinik des O. Stuttgart, Priv.-Doz. Dr. K., dokumentiert. Während eines stationären Aufenthaltes des Klägers am 10. und 11. Februar 2010 sei eine Paukenfibrose bei chronischer Otitis media mit Myringitis (ICD-10 H 74.1) sowie links eine nichteitrige Otitis media (ICD-10 H 65.3) und ein nicht näher bezeichneter Hörverlust (ICD-10 H 91.9) diagnostiziert worden. Präoperativ habe sich eine komplette Obliteration [Verstopfung] des Paukenlumens gezeigt, jedoch bereits kein Cholesteatom. Die Oberfläche des Trommelfells sei reizlos epithelisiert gewesen. Nach Mobilisation der Kette durch Adhäsionolyse habe der Kläger einen relativen Höranstieg angegeben. Zwecks Verbesserung der Mittelohrbelüftung sei eine Silikonträne Richtung Tubenostium eingelegt worden. Nach der Operation noch bestehende Funktionseinschränkungen sind, insbesondere wegen des vom Kläger angegebenen Höranstieges, nicht ersichtlich.

Insgesamt bestehen daher beim Kläger seit 14. März 2012 bis aktuell Funktionsbeeinträchtigungen, die mit einem Gesamt-GdB von 40 ausreichend bewertet sind. Der Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist unter Berücksichtigung der weiteren Teil-GdB von jeweils 20 für die Funktionssysteme "Rumpf" und "Atmung" auf 40 zu erhöhen, ein höherer GdB - und schon keinesfalls der von Dr. H. mit 70 angenommene - ist allerdings nicht begründbar.

Nach alledem hat der Kläger keinen Anspruch auf die Neufeststellung des beanspruchten GdB von mindestens 50, weshalb die Berufung zurückzuweisen war.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-13