

L 6 SB 5214/14

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

1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 610/13

Datum
13.11.2014

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 5214/14

Datum
21.04.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13. November 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mindestens 80.

Der 1956 geborene Kläger ist verheiratet und bewohnt mit seiner Ehefrau, die als Krankenschwester berufstätig ist, eine Wohnung in einem Zweifamilienhaus mit kleinem Garten. In der anderen lebt seine Schwiegermutter. Aus der Ehe gingen drei mittlerweile erwachsene Kinder, zwei Töchter und ein Sohn, hervor, wobei zu Letzterem seit Herbst 2013 kein Kontakt mehr besteht. Der Kläger begann nach dem Besuch der Grund- und Hauptschule eine Ausbildung als Landmaschinenmechaniker, die er nach etwa einem Jahr abbrach. Während der Zeit bei der Bundeswehr erwarb er die Fahrerlaubnis für Lastkraftwagen. In der Folgezeit arbeitete er unter anderem als Lastkraftwagenfahrer, nach einer Umschulung als Kraftfahrzeugmechaniker und zuletzt als Maschinist und Mechaniker. Im Jahre 2002 erkrankte er arbeitsunfähig. Zunächst bezog er eine befristete Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, seit Juli 2011 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der Kläger beantragte am 25. Mai 2012 neben der Zuerkennung des Merkzeichens "G" die Feststellung des GdB nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Funktionsbeeinträchtigungen resultierten aus einem Wirbelsäulenleiden, einer Kniegelenkserkrankung beidseits, einem Bluthochdruck, Hormonstörungen, einem Schlafapnoe-Syndrom, einer Depression, einem chronischem Schmerzsyndrom und einer Migräne mit Aura.

Im Bericht von Anfang Juli 2012 teilte der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. A., der Hausarzt des Klägers, mit, im Vordergrund stünden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes. Es sei radiologisch eine Chondrokalzinose festgestellt worden. Zudem bestünden eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik und eine Bewegungseinschränkung in diesem Bereich. Es liege ein ausgeprägtes, chronifiziertes Wirbelsäulenleiden bei einem Zustand nach einem lumbalen Bandscheibenvorfall im Bereich L4/5 rechts vor. Deswegen sei im November 2006 ein Coflex-Implantat eingesetzt worden, welches jedoch im Juni 2008 wieder entfernt worden sei. Es sei ein chronisches Halswirbelsäulensyndrom mit teilweise ausgeprägten Zervikobrachialgien festgestellt worden. Neben degenerativen Veränderungen seien Bandscheibenvorfälle in den Bereichen C4/5 und C6/7 diagnostiziert worden, welche konservativ behandelt worden seien. Hierdurch sei der Kläger im Alltag erheblich eingeschränkt. Ferner leide er an einer medikamentös behandelten arteriellen Hypertonie. Die gemessenen Blutdruckwerte hätten zuletzt 150/80 mmHg betragen. Eine Organbeteiligung sei bislang nicht verifiziert worden. Darüber hinaus bestehe ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, welches seit mehreren Jahren mittels einer CPAP-Therapie behandelt werde. Als mögliche Folgeerkrankung sei die arterielle Hypertonie zu nennen. Ursächlich sei sicherlich auch die erhebliche Adipositas des Klägers. Bei diesem müsse insgesamt von einem chronischen Schmerzsyndrom ausgegangen werden, mit sowohl somatischen als auch psychischen Faktoren. Die langjährige Schmerzsymptomatik habe eine ausgiebige Schmerzmedikation erforderlich gemacht. Hinzu träten intermittierende Kopfschmerzen, welche sowohl im Rahmen der Migräne aufträten als auch ursächlich auf die vertebrale Problematik beziehungsweise das chronische Schmerzsyndrom zurückzuführen seien.

Der Facharzt für Innere Medizin Dr. D. berichtete Mitte Januar 2009, beim Kläger träten belastungsabhängig Schweißausbrüche auf, überwiegend tagsüber, geringer auch nachts. Zudem bestehe eine Libido- und Erektionsminderung. Trotz zweimaliger Bandscheibenoperation bestünden chronische, morphinpflichtige Schmerzen. Aktuell nehme der Kläger Palladon (24-0-16 mg), Pantozol, 40 mg, Targin, 20 mg, Citalopram, 20 mg und Delix plus, 2,5 mg ein. Er diagnostizierte die Folgen einer Überernährung (ICD-10 E68), ein

obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31) und eine Hodenatrophie (ICD-10 N50.0). Es bestehe ein deutlicher Hypogonadismus, mutmaßlich durch die chronischen Schmerzen beziehungsweise die Morphinbehandlung induziert.

Über einen stationären Aufenthalt in der Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie und Schmerzpsychotherapie des Schmerztherapiezentrum Bad Mergentheim vom 6. bis 27. September 2011 berichtete der Leitende Arzt Dr. K., trotz der Therapie sei keine wesentliche Änderung der Schmerzsymptomatik eingetreten. Zuletzt seien Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule vorhanden gewesen. Ebenso habe der Kläger an Schmerzen im Bereich des rechten Knies und an Kopfschmerzen gelitten. Bei der Abschlussuntersuchung sei ein Schonhinken rechts und ein leichter Druckschmerz über der Kulis des Trapezius und der paravertebralen Muskulatur der Halswirbelsäule festgestellt worden. Die Rotation der Halswirbelsäule sei mit 40-0-50° gemessen worden. Die Inklination/Reklination sei wie bei der Aufnahmeuntersuchung unverändert mit 40-0-5° gemessen worden. Die Seitneigung rechts/links habe bis 10-0-25° vorgenommen werden können. Jeweils endgradig habe ein Bewegungsschmerz am zervikothorakalen Übergang bestanden. Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule hätten ein Klopfschmerz am lumbosakralen Übergang und ein Druckschmerz am Iliosakralgelenk, rechts ausgeprägter als links, vorgelegen. Die Beweglichkeit in diesen Wirbelsäulenabschnitten sei gegenüber dem Aufnahmebefund nicht wesentlich verändert gewesen. Dort habe der Finger-Boden-Abstand 41 cm betragen. Das Zeichen nach Ott sei mit 30/31,5 cm und dasjenige nach Schober mit 10/11,5 cm festgestellt worden. Die Rumpfrotation rechts/links habe bis 20-0-20° vorgenommen werden können. Die Seitneigung rechts/links sei bis 10-0-15° gelungen. Der Pseudo-Lasègue habe rechts 50° und links 30° betragen, mit schmerzhaftem Ziehen lumbosakral. Unverändert habe eine sehr schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Kniegelenkes mit einer möglichen Beugung bis 40° bestanden. Die Extension/Flexion links habe 0-0-130° betragen. Wie bei der Aufnahmeuntersuchung seien die Werte für die Schulterbeweglichkeit wie folgt gemessen worden: Abduktion/Adduktion rechts 90-0-30° und links 90-0-20°, Ante-/Retroversion rechts 130-0-30° und links 140-0-35°, Außen-/Innenrotation rechts und links 40-0-90°. Gegen einen Widerstand gerichtet, sei an der rechten Schulter eine erheblich schmerzhafteste Außenrotation aufgefallen und an der linken Schulter habe eine erheblich schmerzhafteste Innenrotation bestanden.

Nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Dr. J.-H. von Juli 2012 seien die Funktionsbeeinträchtigungen wegen "seelische Störung, Migräne, chronisches Schmerzsyndrom" mit einem Teil-GdB von 30, wegen "Schlafapnoe-Syndrom" und "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule" jeweils mit einem Teil-GdB von 20 sowie "Funktionsbehinderung beider Kniegelenke" und "Bluthochdruck" jeweils mit einem Teil-GdB von 10, insgesamt also mit einem Gesamt-GdB von 50, zu bewerten.

Daraufhin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 2. August 2012 den GdB mit 50 fest, lehnte es aber unter anderem ab, die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "G" festzustellen. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 8. Februar 2013 zurückgewiesen.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 12. Februar 2013 zugestellten Widerspruchsbescheid hat der Kläger am 12. März 2013 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben, mit der er die Feststellungen des GdB mit mindestens 80 und der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "G" verfolgt hat. Das SG hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen bei Dr. A., dem Facharzt für psychotherapeutische Medizin H. und dem Facharzt für Neurochirurgie Dr. H. eingeholt. Diese sind im November 2013 und im Folgemonat vorgelegt worden.

Dr. A. hat die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen mit einem GdB zwischen 70 und 80 bewertet. Er hat einen Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie Dr. Sch. von Anfang November 2012 vorgelegt, wonach wegen des Schlafapnoe-Syndroms eine CPAP-Therapie durchgeführt worden sei. Aktuell sei das Gerät allerdings kaputt. Wegen verschiedener Probleme sei es nur unregelmäßig benutzt worden, mit weniger als vierzig Betriebsstunden im Jahr. Subjektiv sei der Kläger allerdings bei regelmäßiger Anwendung deutlich ausgeruhter. Bei der Bodyplethysmographie hätten sich eine leichte restriktive Ventilationsstörung bei Adipositas und ein ansonsten unauffälliger Befund gezeigt. Der Blutdruck sei mit 140/90 mmHg gemessen worden. Bei einer Größe von 1,75 m habe der Kläger 119 kg gewogen, weswegen der Body-Mass-Index (BMI) 37,5 kg/m² betragen habe.

Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin H. hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Persönlichkeitsveränderung nach somatischen Schmerzen (ICD-10 F62.8) und eine depressive Episode beziehungsweise Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert. Der Kläger habe angespannt und affektiv herabgedrückt, anhedonisch, perspektivlos und teils auch resigniert gewirkt. Sein Bemühen und seine Hoffnung, mit seinem Leid verstanden und angenommen zu werden, seien klar erkennbar gewesen. Der emotionale Kontakt sei dennoch ausreichend herstellbar gewesen. Es habe ein sehr starker Leidensdruck bestanden, der Kläger sei zur Therapie sehr gut motiviert gewesen.

Dr. H. hat kundgetan, den Kläger erstmalig 2006 und zuletzt Mitte Februar 2013 behandelt zu haben. Trotz der schon seit Jahren durchgeführten medikamentösen Schmerztherapie mit Palladon und Targin sei es beim Kläger im März 2013 zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatik im Bereich des Nackens und der Lendenwirbelsäule gekommen. Damit verbunden gewesen sei ein Taubheitsgefühl im Bereich des rechten Fußes. Bei massiver Zunahme der Schmerzsymptomatik sei im August 2012 ein rezidivierender Bandscheibenvorfall im Bereich L4/5 rechts diagnostiziert worden. Bei der Vorstellung Mitte August 2012 sei es zu der bestehenden Symptomatik einer Fußheberparese gekommen, mit einem Kraftgrad von 4/5. Deshalb habe der Kläger den Fuß nicht mehr ganz anheben können und sei ständig gestolpert. Anfang Dezember 2012 sei eine operative Therapie mit einer Dekompression des Spinalkanals in den Bereichen L3/4 und L4/5 rechts mit Sequesterotomie und Nukleotomie im Bereich L4/5 rechts, einer Facettenblockade von L 3/4 bis zum Iliosakralgelenk beidseits sowie einer Thermokoagulation von L3/4 bis zum Iliosakralgelenk rechts erfolgt. Bei der postoperativen Vorstellung Mitte Februar 2013 sei die radikuläre Symptomatik im Bereich des rechten Beines nicht mehr vorhanden gewesen. Es habe aber immer noch die Hypästhesie auf der Vorderseite des rechten Oberschenkels und beim Sitzen im Genitalbereich, hauptsächlich rechts, bestanden. Weiter habe der Kläger über anhaltende Rückenschmerzen geklagt. Trotz Medikation mit Palladon und Palexia sei die Schmerzstärke auf der visuellen Analogskala (VAS) mit 5 bis 6 angegeben worden.

Das Vergleichsangebot des Beklagten von Anfang März 2014, wonach der GdB mit 60 und die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G", jeweils ab Antragstellung, festgestellt würden, hat der Kläger unter Hinweis darauf abgelehnt, die seelische Störung, die Migräne und das chronische Schmerzsyndrom bedingen allein einen Teil-GdB von 40.

Das SG hat Dr. T. beauftragt, ein nervenärztliches Gutachten zu erstatten. Nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 30. Juli 2014 hat dieser ausgeführt, auf psychiatrischem Fachgebiet bestünden hauptsächlich ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung als Komorbidität. Gegenwärtig liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Nach ICD-10-Klassifikation seien die Diagnosekriterien einer rezidivierenden depressiven und auch chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Es sei nachzuvollziehen, dass der Kläger durch die vorliegenden psychischen Erkrankungen im Alltag erheblich funktionell eingeschränkt sei. Er beziehe eine vollständige Erwerbsminderungsrente. Angenehme Tätigkeiten und Hobbys könnten aufgrund der Schmerzen und depressiven Beschwerden nicht mehr ausgeübt werden. Er lebe zurückgezogen, mit wenig sozialen Kontakten. Auch im privaten Bereich seien Einschränkungen durch die psychischen Erkrankungen zu erkennen. Der Sohn habe sich bereits von seinem Vater zurückgezogen. Darüber hinaus lägen auch chronische Kopfschmerzen und andere psychosomatische Beschwerden wie etwa Schlafstörungen vor. Der Kläger habe zudem berichtet, seit etwa vierzehn Jahren an Herzrhythmusstörungen zu leiden, deswegen jedoch keine Medikamente einzunehmen. Der Diabetes mellitus sei ebenfalls grenzwertig erhöht. Seit über zwanzig Jahren habe er Magenprobleme, weswegen er Pantozol infolge einer Refluxösophagitis einnehmen müsse, und Migräne. Er habe sehr häufig Kopfschmerzen, teilweise ein bis drei Attacken in der Woche. Manchmal gebe es auch längere Pausen. Dies sei sehr wechselhaft. Seit über zehn Jahren sei ein Schlafapnoe-Syndrom bekannt. Seither sei er mit einem CPAP-Gerät versorgt, welches im Krankenhaus in Radolfzell eingestellt worden sei. Er schlafe in der Nacht sehr schlecht. Deswegen habe er am Morgen Mühe aufzustehen. Meistens könne er überhaupt erst in den Morgenstunden einschlafen. Er stehe erst nach 9 Uhr auf. Er gehe kurz ins Bad und frühstücke anschließend. Am Vormittag lese er Zeitung. Er verbringe den Tag überwiegend zu Hause. Er gehe allenfalls kurz in den Garten. Manchmal kaufe er ein, wobei er hierfür den Personenkraftwagen nutze. Mittagessen gebe es gegen 14:30 Uhr. Seine Ehefrau arbeite als Krankenschwester im Früh- und Spätdienst. Sie mache den Haushalt. Er könne nur noch bei leichten Tätigkeiten mithelfen. Am Nachmittag lege er sich häufig hin, im Liegen habe er am wenigsten Schmerzen. Hobbys habe er überhaupt keine mehr. Früher habe er sich als Sportschütze betätigt. Die letzte Urlaubsreise sei schon viele Jahre her gewesen. Das Abendessen sei zwischen 17 Uhr und 19 Uhr. Danach lese er oder sehe fern, bevor er zwischen 21 Uhr und 22 Uhr ins Bett gehe. Nach dem psychopathologischen Befund sei die Affektlage depressiv und er sehr klagsam gewesen. Die Schwingungsfähigkeit und der Antrieb seien reduziert gewesen. Er habe keine tageszeitliche Abhängigkeit mit Vormittagstief angegeben, aber glaubhaft Lustlosigkeit und einen sozialen Rückzug erwähnt. Insgesamt liege psychopathologisch eine depressive Symptomatik vor. Aktuell nehme der Kläger Tonotec, 5/5 mg (1-0-1), Torasemid, 10 mg (1-0-0), Pantozol, 40 mg (1-0-0), Palladon (32 mg-0-32 mg) und Magnesium, 375 mg (1-0-0) ein. Über etwa zwei Jahre habe er auch Citalopram verordnet bekommen. Dieses habe jedoch keinen positiven Effekt gezeigt. Er sei innerlich unruhig und getrieben gewesen. Den Facharzt für Psychotherapeutische Medizin H. suche er seit 2009 jede Woche einmal auf. Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen schätze er den GdB auf nervenärztlichem Gebiet mit 40 ein. Dabei seien die rezidivierende depressive Störung, das chronische Schmerzsyndrom und die Kopfschmerzen mit Migräne berücksichtigt. Auf neurologischem Fachgebiet habe sich bei der Untersuchung und auch elektrophysiologisch eine beginnende Polyneuropathie in den Beinen gezeigt. Diese Sensibilitätsstörungen seien zum Teil überlagert durch die alten radikulären Ausfälle. Der Kläger leide außerdem unter einem Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits. Auf der linken Seite sei bereits eine operative Dekompression durchgeführt worden. Der GdB für die beginnende Polyneuropathie und das Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits liege jedoch jeweils unter 10. Maßgebend für die Bildung des Gesamt-GdB seien die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung zueinander. Beim Kläger bestünden eine erhebliche Überlappung und wechselseitige Beziehungen zwischen den vorliegenden psychiatrischen und orthopädischen Erkrankungen. Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit und unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung zueinander schätze er den Gesamt-GdB daher auf 60 seit Mai 2012.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 13. November 2014 die angefochtenen Verwaltungsentscheidungen teilweise aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den GdB mit 60 und die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "G" ab 25. Mai 2012 festzustellen sowie im Übrigen die Klage abgewiesen. Die außergerichtlichen Kosten des Klägers seien zu drei Fünftel zu erstatten. Der Gesamt-GdB von 60 resultiere aus einem Teil-GdB von 40 wegen der Funktionsbehinderung "seelische Störung, Migräne und chronisches Schmerzsyndrom" sowie jeweils zwei Teil-GdB von 20 für die Funktionsstörungen "Schlafapnoe-Syndrom" und "Gelenkveränderungen an beiden Knien".

Gegen die dem Bevollmächtigten des Klägers am 17. November 2014 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 17. Dezember 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und nur die Feststellung des GdB mit mindestens 80 weiterverfolgt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Facharzt für Orthopädie Dr. R. ein Gutachten erstattet. Nach dessen ambulanter klinischer und röntgenologischer Untersuchung am 25. September 2015 hat dieser ausgeführt, bei diesem lägen chronisch-degenerative Wirbelsäulensyndrome mittlerer bis schwerer Ausprägung in drei Abschnitten bei Skoliose im Bereich der Brustwirbelsäule, ein Zustand nach mehrfachen Bandscheibenoperationen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit häufigen und lange anhaltenden Schmerzsyndromen starker Ausprägung mit dauerhafter Behandlung mittels eines Opiats, eine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts bei einem Zustand nach einer Operation derselben und vor allem einem Rezidiv und einer deutlichen Funktionsminderung, ein Zustand nach einer Operation eines Nervenkompressionssyndroms am Sulcus ulnaris links, eine leichte Funktionsminderung der Daumen- und Fingergelenke beidseitig, eine Coxarthrose mit Funktionsdefizit der Hüftgelenke beidseits sowie eine Gonarthrose mit Funktionsdefizit im Bereich des rechten Kniegelenkes vor. Im Bereich der Wirbelsäule sei nicht nur eine Dekompressionsoperation erfolgt. Bislang seien insgesamt vier Operationen vorgenommen worden: eine Bandscheibenoperation im Bereich L4/5 im Jahre 2006, die Implantation eines Coflex-Spreizers im Jahre 2007, dessen Explantation im Folgejahr sowie vier Jahre später die Dekompression im Bereich L3 bis 5 mit gleichzeitiger Sequestrotomie und Nukleotomie im Bereich L4/5. Letztlich habe der Operateur Dr. H. selbst beschrieben, dass noch anhaltende Beschwerden und ein Postnukleotomiesyndrom vorhanden seien. Dr. T. habe in seinem nervenärztlichen Gutachten zwar Paresen ausgeschlossen. So habe er ausgeführt, es hätten keine sicheren motorischen Ausfälle festgestellt werden können. Er selbst habe jedoch eine Fußheberschwäche vom Kraftgrad 3 bis 4/5 nach Janda festgestellt. Weiter habe dieser in seinem Gutachten eine schmerzbedingte Muskelschwäche angeführt, welche die Gehstrecke auf 150 m beschränke. Für ihn sei nicht klar ersichtlich, ob nun keine Claudicatio spinalis vorgelegen habe oder eben doch eine Parese oder Muskelschwäche bei längerem Gehen. Dies stelle für ihn selbst eine Claudicatio spinalis dar, da diese so definiert sei, dass beim Gehen eine zunehmende Muskelschmerzhaftigkeit und -schwäche vorhanden sei, welche durch einen zu engen Spinalkanal verursacht werde. Er selbst habe im Bereich der Halswirbelsäule eine mittelgradige Funktionsstörung festgestellt. So habe bei der Inklination die Kinnspitze das Brustbein bis auf einen Abstand von 3 cm erreicht. Der Abstand der Kinnspitze zum Brustbein bei maximaler Rückneigung habe 14 cm betragen. Die Flexion/Extension sei mit 45-0-10°, die Seitneigung rechts/links mit 20-0-15° und die Rotation rechts/links mit 45-0-55° festgestellt worden. Im Bereich der Brustwirbelsäule, wo eine Skoliose

nach Cobb mit 11°, ein Rundrücken und eine Klopfschmerzhaftigkeit vorgelegen hätten, habe sich ein leichter Befund gezeigt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule habe demgegenüber wegen der Funktionsstörung ein schwerer Befund vorgelegen. So habe der Finger-Boden-Abstand 48 cm betragen. Der Langsitz sei nicht vollständig durchführbar gewesen, es hätten 31 cm zum Erreichen der Fußspitzen gefehlt. Das Zeichen nach Ott sei mit 30/31 cm und dasjenige nach Schober mit 10/10,5 cm festgestellt worden. Die Seitneigung der Wirbelsäule habe bis 15-0-15° und die Rotation des Rumpfes bis 25-0-25° vorgenommen werden können. Die dauerhaft vorliegenden, schweren Schmerzsyndrome seien psychotherapeutisch und nervenärztlich bestätigt worden. Werde das Schmerzsyndrom nicht besonders berücksichtigt, halte er für das Funktionssystem "Rumpf" einen Teil-GdB von 40 gerechtfertigt. Bei der ganzen Bewertung der Wirbelsäule müsse die medikamentöse Therapie mit Opiaten berücksichtigt werden, die mittlerweile, auch schmerztherapeutisch mehrfach bestätigt, nötig sei, um die Beschwerden einigermaßen zu beherrschen. Dies stelle einen erheblichen Faktor dar, der das stark ausgeprägte Schmerzsyndrom unterstreiche. Im Bereich der Hüftgelenke habe sich klinisch eine ausgeprägte Degeneration gezeigt, welche sich radiologisch bestätigt habe. Eine beidseitige Funktionsminderung bei der Beugung habe mit 100° rechts und 105° links objektiviert werden können. Die Rotationen nach außen und innen seien mit Rotationsschmerzen verbunden gewesen. Im Röntgenbild habe sich eine beidseitige mittelgradige Coxarthrose vom Grad I bis II gezeigt. Ein solcher Befund sei zwar in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen nicht aufgeführt, insbesondere da vorliegend kein Streckdefizit nachweisbar gewesen sei. Er selbst halte in Anlehnung an diese Grundsätze bei beidseits betroffenen Hüftgelenken mit Beuge- und Rotationsdefiziten einen GdB von 10 für angemessen. Die Kniegelenke seien mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. So lägen Knorpelschäden mit leichten Reizerscheinungen und ein deutliches Funktionsdefizit im Bereich des rechten Kniegelenkes vor. Es habe sich ein Beugedefizit von 105° gegenüber 130° links gezeigt. Wegen des geschädigten Schultergelenkes rechts sei ein weiterer Teil-GdB von 20 begründbar. Er habe eine aktive Vor- und Seitneigung mit 95° und 100° gemessen. Passiv sei demgegenüber eine maximale Beweglichkeit bis 120° zu erreichen gewesen. In diesem Bereich seien die Vor- und Seitneigung und vor allem die Außenrotation deutlich gemindert gewesen, so dass wegen der beidseitigen Betroffenheit, rechts ausgeprägter als links, ein GdB von 20 angemessen sei. Zum Alltagsablauf habe der Kläger angegeben, zwischen 9:30 Uhr und 10 Uhr aufzustehen. Nach dem Frühstück gehe er kurz mit dem Hund spazieren, danach ruhe er sich aus. Nach dem gemeinsamen Mittagessen mit seiner Ehefrau, die er im Haushalt mit Kochen und Staubsaugen unterstütze, hole er gegen 14 Uhr die Enkelkinder vom Kindergarten ab und beaufsichtige sie. Nach dem gemeinsamen Abendessen gehe er gegen 21 Uhr ins Bett. Das An- und Ausziehen im Untersuchungszimmer habe der Kläger mit Hilfe seiner Ehefrau, die ihn zum Untersuchungstermin gefahren habe, durchgeführt. Das Gangbild habe sich mit verkürzter Schrittlänge, rechtsseitig hinkend und deutlich verlangsamt gezeigt. Dieses Gangbild habe er auch in scheinbar unbeobachteten Momenten beibehalten. Bei dem Aufrichten aus liegender Position auf der Untersuchungsfläche sei eine Rektusdiastase aufgefallen, woraus eine Schwäche der vorderen Bauchwandmuskulatur resultiere. Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet schätze er den GdB mit 50 ein.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, nach sämtlichen vorliegenden medizinischen Befundunterlagen sei ein GdB von mindestens 80 gerechtfertigt.

Er beantragt (sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13. November 2014 und den Bescheid vom 2. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2013 teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm den Grad der Behinderung mit mindestens 80 ab 25. Mai 2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt, insbesondere gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. von Januar 2016, im Wesentlichen vor, der Einschätzung des GdB mit 50 auf orthopädischem Fachgebiet könne nicht gefolgt werden. Da das chronische Schmerzsyndrom, neben der Migräne und der seelischen Störung gesondert, bereits gesondert berücksichtigt sei, seien die Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet. Wegen der Funktionsbehinderungen im Bereich der Schultergelenke sei kein höherer GdB als 10 ableitbar. Zu berücksichtigen sei, dass die von Dr. R. durchgeführte Messung nach der Neutral-0-Methode bei fixiertem Schulterblatt vorgenommen worden sei. Welcher Bewegungsumfang dem Kläger bei nicht fixiertem Schulterblatt möglich sei, sei nicht dokumentiert worden. Die Funktionsbehinderungen im Bereich der Hüftgelenke rechtfertigten ebenfalls nur einen GdB von 10, weshalb insgesamt kein höherer Gesamt-GdB als 60 begründbar sei.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 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 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zulässige Klage zu Recht - teilweise - abgewiesen, soweit mit ihr die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung des GdB mit mindestens 80 verfolgt worden ist. Der Kläger hat ab 25. Mai 2012, dem Tag der Erstantragstellung, keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 60, wie dies das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid ausgeurteilt hat. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, soweit ab dem Tag der Erstantragstellung die Feststellung eines höheren GdB als 60 abgelehnt worden ist.

Der vom Kläger sinngemäß geltend gemachte Anspruch auf Feststellung des GdB mit mindestens 80 ab 25. Mai 2012 richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Eine Feststellung ist indes nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i. d. F. des Gesetzes vom 7. Januar 2015, [BGBl II, S. 15](#)).

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 gemäß [§ 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 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung 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 regel-mäßig 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 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 auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (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 dem 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 Einzel-fall 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 und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab 25. Mai 2012 bis aktuell keinen höheren GdB als 60 bedingen.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf", "Beine" und "Arme" Teil-GdB von 40, 20 und 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein.

Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Das Funktionssystem "Rumpf" ist unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben 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]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit 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.

Beim Kläger liegen chronisch-degenerative Wirbelsäulensyndrome in drei Abschnitten bei Skoliose im Bereich der Brustwirbelsäule sowie ein Zustand nach mehrfachen Bandscheibenoperationen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit häufigen und lange anhaltenden Schmerzsyndromen starker Ausprägung mit dauerhafter Behandlung mittels eines Opiats vor. Im Bereich der Wirbelsäule ist bislang nicht nur eine Dekompressionsoperation durchgeführt worden. Insgesamt sind vier Operationen erfolgt: eine Bandscheibenoperation im Bereich L4/5 im Jahre 2006, die Implantation eines Coflex-Spreizers im Jahre 2007, dessen Explantation im Folgejahr sowie vier Jahre später die Dekompression im Bereich L3 bis 5 mit gleichzeitiger Sequestrotomie und Nukleotomie im Bereich L4/5. Letztlich hat der Operateur, der sachverständige Zeuge Dr. H. selbst beschrieben, dass noch anhaltende Beschwerden und ein Postnukleotomiesyndrom, was synonym für das in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen erwähnte Postdiskotomiesyndrom steht, vorhanden gewesen sind.

Die Wirbelsäulenschäden des Klägers im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule haben jeweils mittelgradige funktionelle Auswirkungen, diejenigen im mittleren Wirbelsäulenabschnitt geringe, wie sich dies insbesondere nach dem vom Sachverständigen Dr. R. erhobenen klinischen Untersuchungsbefund hat objektivieren lassen. So erreichte bei seiner gutachterlichen Untersuchung die Kinnspitze das Brustbein bei der Inklination bis auf einen Abstand von 3 cm. Der Kinn-Jugulum-Abstand bei maximaler Rückneigung betrug 14 cm (Referenzwerte: 0/18 cm). Die Flexion/Extension ist mit 45-0-10° (Referenzwerte: 35 bis 45-0-35 bis 45°; vgl. hierzu und zu den folgenden Referenzwerten Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 23 ff.), die Seitneigung rechts/links mit 20-0-15° (45-0-45°) und die Rotation rechts/links mit 45-0-55° (in Mittelstellung 80-0-80°) festgestellt worden. Ähnlich waren die Messdaten bei der Abschlussuntersuchung nach dem stationären Aufenthalt in der Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie und Schmerzpsychotherapie des Schmerztherapiezentrum Bad Mergentheim Ende September 2011, wie sie der Leitende Arzt Dr. K. festgehalten hat: Inklination/Reklination beziehungsweise Flexion/Extension 40-0-5°, Seitneigung 10-0-25° und Rotation rechts/links 40-0-50°. Im Bereich der Brustwirbelsäule, wo eine Skoliose nach Cobb mit 11°, ein Rundrücken und eine Klopfschmerzhaftigkeit vorlagen, ist von Dr. R. nur ein leichter Befund erhoben worden. Der vom Kläger aktiv eingenommene Finger-Boden-Abstand, der mit 48 cm gemessen wurde, relativiert sich durch den gemessenen Abstand zwischen den Fingern und den Zehen, dem Langsitz, der auf der Untersuchungsfläche mit 31 cm ermittelt wurde. Das Zeichen nach Ott ist mit 30/31 cm (Zunahme um 2 bis 4 cm) und dasjenige nach Schober mit 10/10,5 cm (Zunahme um 5 cm) festgestellt worden. Die Seitneigung der Wirbelsäule wurde bis 15-0-15° (30 bis 40°-0-30 bis 40°) und die Rotation des Rumpfes bis 25-0-25° (30-0-30°) vorgenommen. Hierzu in Einklang steht der sonstige klinische Befund, wonach das Entkleiden und Anziehen im Untersuchungszimmer mit Hilfe der Ehefrau des Klägers erfolgte. Das deutlich verlangsamte Gangbild zeigte sich mit verkürzter Schrittlänge und rechtsseitig hinkend. Dieses Gangbild behielt er nach Einschätzung von Dr. R. auch in scheinbar unbeobachteten Momenten bei, etwa auf dem Weg in das Zimmer, wo die röntgenologische Untersuchung vorgenommen wurde oder dem Weg außerhalb seiner Praxisräume, welcher von dort teilweise eingesehen werden kann. Die von Dr. K. Ende September 2011 erhobenen Funktionsparameter für den Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule belegen, beim Vergleich mit dem aktuellen Gesundheitszustand, eine noch leicht verbesserte Situation. Der Finger-Boden-Abstand betrug 41 cm, das Zeichen nach Ott 30/31,5 cm und dasjenige nach Schober 10/11,5 cm. Die Seitneigung der Wirbelsäule erfolgte damals bis 10-0-15°, die Rotation des Rumpfes allerdings nur bis 20-0-20°.

Der durch die mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten bedingte GdB von 30 erhöht sich wegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms und leichtgradigen Funktionsstörungen im Bereich der Hüfte, welcher zum Funktionssystem "Rumpf" zählt, auf 40. Außergewöhnliche Schmerzen, die zusätzlich zu berücksichtigen sind (VG, Teil A, Nr. 2 j; ständige Rechtsprechung vgl. Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 56), sind nachgewiesen. Die medikamentöse Therapie beim Kläger ist mit

dem Opiat Palladon erfolgt, welches nötig ist, um die Beschwerden einigermaßen zu beherrschen, wie Dr. R. nachvollziehbar ausgeführt hat. Zudem hat der Kläger bereits im September 2011 eine stationäre Schmerztherapie in der Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie und Schmerzpsychotherapie des Schmerztherapiezentrum Bad Mergentheim durchgeführt, welche nach den Ausführungen des Leitenden Arztes Dr. K. nicht zu einer wesentlichen Änderung der Schmerzsymptomatik geführt hat. Chronische, morphinpflichtige Schmerzen hat bereits der Facharzt für Innere Medizin Dr. D. Anfang 2009 beschrieben, welche schon damals mit Palladon (24-0-16 mg) behandelt worden sind. Trotz einer schon seit Jahren durchgeführten medikamentösen Schmerztherapie nicht nur mit Palladon, sondern auch mit Targin ist es beim Kläger im März 2013 sogar zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatik im Bereich des Nackens und der Lendenwirbelsäule gekommen, wie Dr. H. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft im erstinstanzlichen Verfahren kundgetan hat. Im Bereich der Hüftgelenke hat Dr. R. bei der klinischen Untersuchung eine ausgeprägte Degeneration festgestellt, welche sich radiologisch bestätigt hat. Im Röntgenbild hat sich eine beidseitige mittelgradige Coxarthrose vom Grad I bis II gezeigt. Eine beidseitige Funktionsminderung bei der Beugung hat rechts mit 100° und links mit 105° objektiviert werden können. Die Rotationen nach außen und innen war bei der Untersuchung mit Rotationsschmerzen verbunden. In Anlehnung an die versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG, Teil B, Nr. 18.14) ist unter Beachtung, dass lediglich ein Beuge- und kein Streckdefizit vorgelegen hat, ein GdB von 10 angemessen, weswegen sich unter zusätzlicher Berücksichtigung des außergewöhnlichen Schmerzsyndroms, wie es beim Kläger vorhanden ist, der Teil-GdB für das Funktionssystem "Rumpf" auf 40 erhöht.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körpersatzstücke getragen werden oder nicht. Körpersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaife. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Das Funktionssystem "Beine" hat einen Teil-GdB von 20 zur Folge.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 sind für die Bewegungseinschränkung im Kniegelenk folgende GdB-Werte vorgesehen: geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig 0 bis 10, beidseitig 10 bis 20; mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90°) einseitig 20, beidseitig 40; stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90°) einseitig 30, beidseitig 50. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung 20 bis 40.

Beim Kläger liegen Knorpelschäden mit leichten Reizerscheinungen und ein geringes Funktionsdefizit im Bereich des rechten Kniegelenkes vor, wie Dr. R. bei seiner gutachterlichen Untersuchung im Herbst 2015 festgestellt hat. Die Beugung hat lediglich bis 105° gegenüber 130° links vorgenommen werden können. Die Beugeeinschränkung, die sich Dr. K. bei der Abschlussuntersuchung Ende September 2011 zeigte, wo die Bewegung nur bis 40° erfolgen konnte, muss von vorübergehender Natur gewesen sein und ist daher wegen [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) für den GdB irrelevant, da die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk bei der ambulanten Untersuchung durch Priv.-Doz. Dr. L., Direktor der Klinik für Orthopädie und Rheuma-Orthopädie des Schwarzwald-Baar Klinikums Villingen-Schwenningen, Mitte Juli 2011 für Extension/Flexion mit Werten nach der Neutral-0-Methode von 0-0-120° gemessen wurde. Hinzu kommen Funktionseinschränkungen wegen einer Fußheberschwäche rechts. Der Sachverständige Dr. T. hat zwar bei seiner gutachterlichen Untersuchung Ende Juli 2014 Paresen ausgeschlossen. So hat er ausgeführt, es hätten keine sicheren motorischen Ausfälle festgestellt werden können. Demgegenüber hat Dr. R. Ende September 2015 eine Fußheberschwäche vom Kraftgrad 3 bis 4/5 nach Janda festgestellt. Ähnlich hat Dr. H. bereits bei der Vorstellung des Klägers Mitte August 2012 die Symptomatik einer Fußheberparese mit einem Kraftgrad von 4/5 erkannt. Unabhängig davon, ob nun eine Claudicatio spinalis nachgewiesen ist, wie dies Dr. R. eingehend diskutiert hat, treten beim Gehen eine zunehmende Muskelschmerzhaftigkeit und -schwäche auf, also weitere Funktionsstörungen. Darüber hinaus ist von Dr. T. mittels elektrophysiologischer Untersuchung eine beginnende Polyneuropathie in den Beinen nachgewiesen worden. Diese sämtlich das Funktionssystem "Beine" betreffenden Funktionsbehinderungen sind mit einem Teil-GdB von 20 angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Ein GdB von 20 allein für die Einschränkungen im Bereich der Kniegelenke anzunehmen, wie von Dr. R. vorgenommen, ist demgegenüber nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen nicht nachvollziehbar.

Das Funktionssystem "Arme" bedingt einen Teil-GdB von 10.

Beim Kläger liegen jeweils ein Zustand nach einer Operation einer Ruptur der Rotatorenmanschette rechts mit Funktionseinschränkung und eines Nervenkompressionssyndroms am Sulcus ulnaris links bei beidseitigem Sulcus-ulnaris-Syndrom sowie eine leichte Funktionsminderung der Daumen- und Fingergelenke beidseitig vor, wie die Sachverständigen Dr. R. und Dr. T. gutachterlich festgestellt haben. Die Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit hat nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 einen GdB von 10 zur Folge, bei einer möglichen Armhebung nur bis zu 90° einen solchen von 20. Ende September 2011 stellte Dr. K. die Armhebung rechts mit 130° und links mit 140° fest, also eine freie Beweglichkeit. Gegen einen Widerstand gerichtet, war lediglich an der rechten Schulter eine erheblich schmerzhafta Außenrotation aufgefallen und an der linken Schulter bestand eine erheblich schmerzhafta Innenrotation. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. R. ist keine Einschränkung der Beweglichkeit bei der Armhebung objektiviert worden. Entgegen dem Einwand des Beklagten hat Dr. R. zwar die Prüfung der aktiven Beweglichkeit mit fixiertem Schulterblatt korrekt durchgeführt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V., Untersuchung der Schulter, im Internet unter "<http://dgrh.de/paschulter.html>"). Indes ist der von ihm aktiv mit 95° gemessene Wert wegen der als Plausibilitätskontrolle anzusehenden passiv maximalen Beweglichkeit bis 120 nicht nachvollziehbar und eine Bewegungseinschränkung daher nicht nachgewiesen. Unter der Berücksichtigung der geringen Funktionsminderung der Daumen- und Fingergelenke beidseitig, bei vorliegend hinsichtlich des GdB zu vernachlässigendem Nervenkompressionssyndrom am Sulcus ulnaris links bei beidseitigem Sulcus-ulnaris-Syndrom, wie von Dr. T. festgestellt, ist ein Teil-GdB von 10 für das Funktionssystem "Arme" gerechtfertigt.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Insoweit leidet der Kläger aktuell an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10-GM-2016 F33.1), wie dies Dr. T. unter Bezugnahme auf dieses Diagnosesystem schlüssig diagnostiziert hat. Die wiederholten depressiven Episoden lassen sich anhand der Ausführungen des sachverständigen Zeugen H. von November 2013, von dem der Kläger seit 2009 regelmäßig einmal wöchentlich behandelt wird, und dem bei der gutachterlichen Untersuchung im Sommer 2014 erhobenen psychopathologischen Befund ableiten. Die von dem Facharzt für psychotherapeutische Medizin H. diagnostizierte Persönlichkeitsveränderung nach somatischen Schmerzen (ICD-10 F62.8) ist demgegenüber nicht durch den von ihm erhobenen Befund hinreichend belegt worden.

In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach 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 sowie bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten sind, rechtfertigen die wegen der rezidivierenden depressiven Störung beim Kläger vorhandenen Funktionsstörungen zwar einen GdB von 20, stützen allerdings keinen höheren, zumal eine deutliche Überschneidung mit der Schmerzproblematik besteht, eine Behinderung aber nicht in zwei Funktionssystemen berücksichtigt werden kann. Beim Kläger ist ob der ihm noch möglichen Tagesstruktur ohne zirkadiane Verlaufsschwankung, was der Senat den Anamnesen von Dr. T., aber auch von Dr. R. entnommen hat, keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit belegt. Wegen einer Schlafstörung, die eine psychovegetative Begleiterscheinung der Erkrankung des Klägers ist, schläft er oft noch in den Morgenstunden, weshalb er nicht vor 9 Uhr aufsteht. Er geht kurz ins Bad und frühstückt anschließend. Am Vormittag geht er kurz mit dem Hund spazieren und liest Zeitung. An den leichten Hausarbeiten kann er sich beteiligen, so kocht und staubsaugt er nach eigenen Angaben. Er isst gemeinsam mit seiner Ehefrau zu Mittag und holt gegen 14 Uhr seine Enkelkinder vom Kindergarten ab, welche er anschließend beaufsichtigt. Mitunter geht er kurz in den Garten. Manchmal kauft er ein, wobei er hierfür das Kraftfahrzeug nutzt. Das Abendessen findet gemeinsam zwischen 17 Uhr und 19 Uhr statt. Danach liest er oder sieht fern, bevor er zwischen 21 Uhr und 22 Uhr ins Bett geht. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit lässt sich auch aus dem von Dr. T. erhobenen psychopathologischen Befund nicht ableiten. Danach ist lediglich die Affektlage depressiv und er sehr klagsam gewesen. Weiter sind die Schwingungsfähigkeit und der Antrieb reduziert, aber nicht aufgehoben gewesen. Er hat keine tageszeitliche Abhängigkeit mit Vormittagstief angegeben, lediglich Lustlosigkeit erwähnt. Auch anhand des von dem sachverständigen Zeugen H. erhobenen psychopathologischen Befundes lässt sich keine Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit begründen. Danach hat der Kläger nur angespannt und affektiv herabgedrückt, lust- und perspektivlos sowie teils auch resigniert gewirkt. Deswegen lässt sich nur der eröffnete GdB-Rahmen von 0 bis 20 nach oben ausschöpfen.

Wegen der Migräne, die beim Kläger nach eigenen Angaben teilweise zu ein bis drei Attacken in der Woche führen, aber auch längere, beschwerdefreie Intervalle vorhanden sind, wie er gegenüber Dr. T. angegeben hat, ist unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 2.3, wonach die echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen bei einer leichten Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) einen GdB-Rahmen zwischen 0 und 10 eröffnet und ein GdB von 20 erst bei mittelgradiger Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) vorgesehen ist, ein höherer GdB als 10 nicht begründbar. Deswegen erhöht sich der Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" allerdings noch nicht.

Das Funktionssystem "Atmung" ist mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 8 vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind die Einschränkung der Lungenfunktion, die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) und bei allergisch bedingten Krankheiten auch die Vermeidbarkeit der Allergene zu berücksichtigen. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor) ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung ist nach den VG, Teil B, Nr. 8.7 mit einem GdB zwischen 0 und 10 zu bewerten. Ist eine solche notwendig, beträgt der GdB 20 und ist sie nicht durchführbar, ist ein GdB von 50 vorgesehen. Der sachverständige Zeuge Dr. A. hat im November 2013, unter Beifügung des Befundberichtes der Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie Dr. Sch. aus dem Jahr davor, bestätigt, dass ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10-GM-2016 G47.31) besteht, welches seit mehreren Jahren mittels einer CPAP-Therapie, also einer Überdruckbeatmung, die nach Kenntnis des Senats vorwiegend als nicht-invasive Beatmung über eine Beatmungsmaske durchgeführt wird, behandelt wird. Die Einstellung dieses Hilfsmittels erfolgte in einem Klinikum in Radolfzell mit Schlaflabor, wie der Kläger gegenüber Dr. T. sinngemäß äußerte. Da der Kläger subjektiv bei regelmäßiger Anwendung deutlich ausgeruhter ist, besteht die Notwendigkeit dieser Therapie, auch wenn er es wegen verschiedener Probleme nur unregelmäßig benutzt hat, was sich anhand der weniger als vierzig Betriebsstunden im Jahr hat belegen lassen.

Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" erreicht keinen Teil-GdB in messbarem Grad.

Nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Insoweit führt lediglich die von Dr. A. bestätigte arterielle Hypertonie, welche mit Tonotec, 5/5 mg (1-0-1) und Torasemid, 10 mg (1-0-0) medikamentös therapiert worden sowie ohne Organbeteiligung und mehrfache diastolische Werte über 100 mmHg aufgetreten ist, zu geringfügigen Funktionsstörungen, derentwegen der insoweit nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 eröffnete GdB-Rahmen zwischen 0 und 10 aber noch nicht nach oben auszuschöpfen ist. Die vom Kläger gegenüber Dr. T. erwähnten Herzrhythmusstörungen sind fachärztlich nicht festgestellt worden.

Mit den sonstigen in den medizinischen Unterlagen erwähnten Erkrankungen, der Hodenatrophie (ICD-10-GM-2016 N50.0) mit deutlichem Hypogonadismus (vgl. VG, Teil B, Nr. 13.2), des nach den Angaben des Klägers lediglich grenzwertig erhöhten Diabetes mellitus (vgl. VG, Teil B, Nr. 15.1), der mit Pantozol, 40 mg (1-0-0), worin der Arzneistoff Pantoprazol enthalten ist, behandelten Refluxösophagitis (vgl. VG, Teil B, Nr. 10.1: "Refluxkrankheit der Speiseröhre") und der Rektusdiastase, wozu Dr. R. keine pathologischen Werte mitgeteilt, sondern

lediglich auf eine mögliche Schwäche der Bauchmuskulatur hingewiesen hat, sind vorliegend keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 bedingt die bei einer Größe von 1,75 m und einem Gewicht von 119 kg (BMI: 37,5 kg/m²) vorhandene Adipositas (ICD-10-GM-2016 E66.01) allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden, insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat, können die Annahme eines GdB begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna. Mangels solcher Folge- und Begleitschäden ist auch hieraus im Falle des Klägers kein maßgeblicher GdB ableitbar.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), begründen der Teil-GdB von 40 für das Funktionssystem "Rumpf", die Teil-GdB von jeweils 20 für die Funktionssysteme "Gehirn einschließlich Psyche", "Atmung" und "Beine", auch wegen Überschneidungen bei den Funktionseinschränkungen wegen der Wirbelsäulenschäden einschließlich des außergewöhnlichen Schmerzsyndroms und der psychiatrischen Erkrankung, einen Gesamt-GdB von 60, wie ihn im Übrigen der Sachverständige Dr. T. aus medizinischer Sicht ebenfalls eingeschätzt hat. Die Bildung eines "Gesamt-Teil-GdB" für das orthopädisch-unfallchirurgische Gebiet, wie Dr. R. sie vorgenommen hat, ist unzulässig; vielmehr sind die einzelnen Funktionssystemen zuzuordnenden Funktionseinschränkungen erst in einem zweiten Schritt bei der Bestimmung des Gesamt-GdB unter Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen zu bewerten (vgl. Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 52).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

2016-04-27