

L 6 SB 506/15

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

1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SB 3417/12

Datum
08.01.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 506/15

Datum
23.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 8. Januar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Neufeststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft.

Der im Jahr 1959 geborene Kläger ist italienischer Staatsangehöriger. Er arbeitet vollschichtig als Maschinenbediener in Schichtarbeit an einer Schneidemaschine für Autoteile. Der Kläger selbst schätzt seine berufliche Tätigkeit als mittelschwer ein (vgl. Bl. 102 der SG-Akte, Bl. 38 der LSG-Akte).

Der Kläger beantragte erstmals am 12. Januar 2001 unter Hinweis auf einen Zustand nach Bandscheibenvorfall, eine Gehbehinderung, Schmerzen, Schwindel und Asthma die Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Nachdem der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme eingeholt hatte, in der Dr. W. die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und den Bandscheibenschaden mit einem GdB von 20 bewertete, stellte er mit Bescheid vom 11. April 2001 erstmals den GdB mit 20 seit dem 12. Januar 2001 fest.

Auf einen Neufeststellungsantrag wurden u.a. eine Auskunft vom Orthopäden Dr. L. vom 20. November 2003 und vom Neurologen Dr. F. vom 8. Dezember 2003 eingeholt. Dr. L. diagnostizierte beim Kläger Lumboischialgie, einen Bandscheibenprolaps, Spondylose der LWS, chronische Schmerzen und Klaustrophobie. Es bestünden seit längerem Beschwerden im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in das rechte Bein. Die LWS-Beweglichkeit sei deutlich eingeschränkt. Dr. F. gab an, dass beim Kläger neben einer chronischen Lumboischialgie bei NPP (Bandscheibenvorfall) L4/5 ohne neurologische Ausfälle eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit bestünde, welche wesentlich für die Chronifizierungsproblematik erscheine. Mit Bescheid vom 15. Januar 2004 wurde der GdB daraufhin mit 40 seit dem 23. Oktober 2003 festgestellt. Vorausgegangen war eine vom Beklagten eingeholte versorgungsärztliche Stellungnahme, wonach Dr. Stevanovic die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und den Bandscheibenschaden nun mit einem Teil-GdB von 30 und eine seelische Störung und funktionelle Organbeschwerden mit einem Teil-GdB von 20 bewertet und daraus einen Gesamt-GdB von 40 gebildet hatte.

Im November 2005 wurde beim Kläger nach einem Außenmeniskusriss links eine Arthroskopie durchgeführt.

Zuletzt beantragte der Kläger am 4. Mai 2012 die Erhöhung des GdB. Als Gesundheitsstörungen führte er Lumboischialgie, Hypercholesterinämie, Chondromalazie, Außenmeniskusschmerzen und Pollinosis an.

Die vom Beklagten angefragte Hausärztin Dr. D. berichtete von deutlich eingeschränkter LWS-Beweglichkeit, einem Bandscheibenschaden der LWS, Lumboischialgie rechts, Tendopathie rechter Ellenbogen, Pollinosis, Hypertonie und einer Herzrhythmusstörung.

Mit Bescheid vom 16. Juli 2012 lehnte der Beklagte eine Neufeststellung des GdB ab, da die Voraussetzungen für eine Höherbewertung nicht vorlägen. Es verbleibe bei dem festgestellten GdB. Es lägen Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form von degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, seelische Störung und funktionelle Organbeschwerden vor. Die

geltend gemachten Gesundheitsstörungen Fettstoffwechselstörung, Funktionsbehinderung des Kniegelenks und Allergie bedingten hingegen keine Funktionsbehinderung bzw. keinen Einzel-GdB von 10. Der Beklagte stützte sich dabei auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Frau St., die für die Wirbelsäulenerkrankung, den Bandscheibenschaden und die Nervenwurzelreizerscheinungen weiterhin einen Einzel-GdB von 30 und für die seelische Störung sowie die funktionellen Organbeschwerden von 20 annahm.

Den ohne Begründung erhobenen Widerspruch wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10. Oktober 2012 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 19. Oktober 2012 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben. Das SG hat sachverständige Zeugenaussagen von Dr. D. und Dr. L. eingeholt. In ihrer Auskunft vom 11. Februar 2013 hat Dr. D. mitgeteilt, mit den Feststellungen des Beklagten übereinzustimmen, jedoch keine gutachterliche Erfahrung in versorgungsmedizinischen Beurteilungen und daher die hausärztliche Erfahrung zu Grunde gelegt zu haben. Als Dauerdiagnosen bestünden beim Kläger Atherosklerose, Außenmeniskusläsion, Bandscheibenprolaps, Fettstoffwechselstörung, Hepatopathie, Hyperlipidämie, koronare Herzerkrankung, Lumbago, Pollinosis, Tendopathien, Lumboischialgie und ein chronisch rezidivierendes HWS-Syndrom. Dr. L. hat am 26. November 2013 ausgeführt, die Gesundheitsschäden seien durch den Beklagten vollständig erfasst. Die Einschätzung der Knie- und Wirbelsäulenbeschwerden sei vermutlich zutreffend, insgesamt würde jedoch eine Begutachtung empfohlen. Der Kläger habe seit Jahren Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in das Bein und Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. Durch diese Schmerzen komme es immer wieder zu einer Einschränkung der Beweglichkeit. Der Schweregrad der Störung sei am ehestens leicht (Knie) bis mittel (LWS). Vorgelegt worden ist ferner u.a. ein Arztbrief von Dr. L. vom 18. April 2013, wonach die LWS-Beweglichkeit mittelgradig eingeschränkt sei, keine sensomotorischen Ausfälle bestünden, keine peripheren vegetativen Störungen vorlägen, das Lasègue-Zeichen beidseits bei 40° positiv und die Hüftgelenke klinisch unauffällig seien. Im MRT-Bericht vom 8. Mai 2013 wurde von degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit Osteochondrose L5/S1 berichtet. Eine Spinalkanalstenose liege nicht vor.

Auf Antrag des Klägers hat das SG ein Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei dem Arzt für Innere Medizin Dr. K. eingeholt. In seinem Gutachten vom 24. April 2014 gibt er an, dass die Lungenfunktionsuntersuchung eine noch normale ventilatorische Funktion erbracht habe. Der Kläger sei in gutem Allgemeinzustand gewesen. Der Blutdruck habe 160/90 mmHg betragen. Im Belastungs-EKG sei der Kläger bis 125 Watt (90 Sekunden) belastet worden. Dr. K. hat eine arterielle Hypertonie, eine hypertensive Herzkrankheit mit guter systolischer LV-Funktion und leicht diastolischer LV-Funktionsstörung, Herzrhythmusstörungen, intermittierendes Vorhofflimmern, einen Zustand nach transitorischer ischämischer Attacke (TIA) 2012/2013, eine geringe ventrikuläre Extrasystolie (formal Grad II nach der alten Lown-Klassifikation), eine Mitralklappeninsuffizienz I, eine Fettstoffwechselstörung, Hypercholesterinämie, kein Hinweis auf eine relevante koronare Herzkrankheit, eine arterielle Verschlusskrankheit der Beine, einen Ausschluss einer relevanten Stenose oder Verschluss der Halsschlagadern, eine Bauchaortensklerose I, Pollinose, eine kleine Leistenhernie rechts, eine Stoffwechselbelastung durch die Arzneimittel und Adipositas diagnostiziert. Der Bluthochdruck sei als mittelgradig zu betrachten. Hochdruckschäden seien am Herzen nachweisbar (Muskelhypertrophie und erhöhte Steifheit des Herzens, Vorhofvergrößerung, Herzrhythmusstörungen). Die antihypertensive Therapie sei unzureichend, so dass im Verlauf mit einer Zunahme der Schäden zu rechnen sei. Der Teil-GdB werde mit 40 vorgeschlagen. Die Herzrhythmusstörung sei als schwer einzuschätzen. Sie beinhalte das Risiko von kardialen Embolien, die u.a. zu Schlaganfällen mit Schwerbehinderung führen könnten. Eine passagere akute Durchblutungsstörung des Gehirns sei Ende letzten Jahres aufgetreten. Die zur Embolieprophylaxe nötige Blutverdünnung erhalte der Kläger zurzeit nicht. Der Teil-GdB werde insoweit mit 30 eingeschätzt. Die zweite Herzrhythmusstörung, nämlich die ventrikuläre Extrasystole, sei geringfügig und bezüglich des GdB irrelevant. Die Fettstoffwechselstörung sei als leicht einzuschätzen. Die Blutfettwerte seien ohne beeinflussende medikamentöse Behandlung nur mäßig erhöht, bei einem allerdings ungünstigen atherogenen Verhältnis der einzelnen Untereinheiten zueinander. Folgeschäden im Sinne einer relevanten Arteriosklerose lägen bisher nicht vor. Der Teil-GdB würde mit 10 eingeschätzt. Die Pollinose sei mittelgradig mit einer Mehretagensymptomatik mit Beteiligung der Augen, der Nasenschleimhaut und der Lunge mit asthmatischer Komponente, die saisonal über 3 bis 4 Monate im Jahr aufträte. Sie lasse sich mit der bedarfsweisen medikamentösen Therapie gut beherrschen. Der Teil-GdB werde mit 20 eingeschätzt. Die Mitralklappeninsuffizienz sei geringfügig und bezüglich des GdB irrelevant. Der Leistenbruch rechts sei asymptomatisch und als leicht mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Die Stoffwechselbelastung durch die Arzneimittel sei bezüglich des GdB irrelevant. Der GdB würde bei Wertung aller Aspekte aus internistischer Sicht mit 40 bewertet. Die Beurteilung gelte ab Dezember 2013.

Hiergegen wandte der Beklagte über seinen versorgungsärztlichen Dienst (Dr. Re. vom 23. Juli 2014) ein, dass bezüglich des Bluthochdrucks vom Gutachter eine gute Kammerfunktion mit einer leichten Funktionsstörung in der Entspannungsphase beschrieben werde, des Weiteren immer wieder auftretendes Vorhofflimmern, auch einmalig mit Durchblutungsstörung des Gehirns. Eine wesentliche Einschränkung der Herzleistung sei nicht belegt. Auch seien Langzeitmessergebnisse bezüglich des Bluthochdrucks nicht dokumentiert. Im Rahmen des Ermessens könne vorgeschlagen werden, unter zusammenfassender Bewertung für die Bluthochdruckerkrankung und die wiederkehrend auftretenden Herzrhythmusstörungen einen Teil-GdB 20 abzuleiten. Unter weiterer Berücksichtigung der bereits im Verwaltungsverfahren vorgelegten Auskunft von Dr. F. vom 8. Dezember 2003, der eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit beschreibe, die nach seiner Ansicht wohl auch zur Chronifizierungsproblematik im Bereich der Wirbelsäule beitrage, lasse sich ein Teil-GdB 20 für eine seelische Störung nicht (mehr) begründen. Nach derzeitiger Sachlage sei der Gesamt-GdB auch unter Ergänzung des Bluthochdrucks und der Herzrhythmusstörungen überhöht.

In der Folge hat das SG nach vorangegangener Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 8. Januar 2015, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 14. Januar 2015, die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass das Wirbelsäulenleiden des Klägers mit einem GdB von 30 zutreffend bewertet sei. Für die seelische Störung und die funktionellen Organbeschwerden lasse sich ein höherer Teil-GdB als 20 nicht begründen, hinsichtlich der seelischen Störung finde keine aktuelle fachärztliche Behandlung statt. Für den Bluthochdruck und die Herzrhythmusstörungen lasse sich anhand der objektiven Befunde ein höherer Teil-GdB als 20 ebenfalls nicht begründen. Eine wesentliche Einschränkung der Herzleistung sei nicht belegt. Langzeitmessergebnisse bezüglich des Blutdruckes lägen nicht vor. Anhand der objektiven, von Dr. K. erhobenen Befunde sei eine Bewertung der Herzrhythmusstörung mit einem Teil-GdB im oberen Ermessensbereich von 30 unter Berücksichtigung der versorgungsmedizinischen Grundsätze nicht nachvollziehbar. Ebenso sei die von Dr. K. vorgenommene Bewertung des Bluthochdruckes mit einem Teil-GdB von 40 anhand der objektiven Befunde nicht begründbar. Ein Teil-GdB hinsichtlich des Bronchialasthmas im oberen Ermessensbereich von 20 lasse sich anhand der diagnostizierten Pollinose nicht nachweisen. Selbst unter Zugrundelegung - zugunsten des Klägers - der Pollinose, der Fettstoffwechselstörung und des Leistenbruchs rechts mit jeweils einem Teil-GdB von 10 lasse sich auf internistischem Fachgebiet ein höherer Teil-GdB als 20 nicht begründen. Dieser zusätzliche Teil-GdB von 20 führe nicht zur Erhöhung des

Gesamt-GdB von 40, da dieser nicht eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zur Folge habe.

Hiergegen hat der Kläger am 17. Februar 2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt, zu deren Begründung er im Wesentlichen vorträgt, dass unter Zugrundelegung des Gutachtens von Dr. K. und unter Einbeziehung der Einschränkungen auf orthopädischem Gebiet ein GdB von mindestens 50 angemessen erscheine. Ein Teil-GdB von nur 20 für den Bluthochdruck und die Herzrhythmusstörungen sei nicht ausreichend. Die Herzrhythmusstörungen seien schwer und beinhalteten das Risiko kardialer Embolien. Wegen des Bluthochdrucks seien Hochdruckschäden am Herz nachweisbar. Zu niedrig sei auch der Teil-GdB von 10 für die Pollinose. Er habe über Monate hinweg in der Pollensaison eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung. Auch habe das SG seine seelische Störung weiter aufklären müssen. Zwar finde insoweit aktuell keine fachärztliche Behandlung statt. Aber sein Stimmungsbild habe sich immer mehr verdüstert, er sei niedergedrückt, mache sich ständig Sorgen und leide an Schlafmangel.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 8. Januar 2015 und den Bescheid vom 16. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Oktober 2012 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, den Bescheid vom 15. Januar 2004 abzuändern und bei ihm einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er führt an, dass der Blutdruck und die Herzrhythmusstörungen derzeit wohl nicht optimal eingestellt seien. Es sei an eine Erhöhung der Blutdruckmedikation zu denken. Das Risiko, eventuell eine kardiale Embolie zu erleiden, bedinge für sich keinen GdB. Im Hinblick auf die Pollinose finde offenbar keine lungenfachärztliche Behandlung statt, die aber bei dem angegebenen schweren Verlauf mit Übergang in ein Asthma bronchiale zu erwarten wäre. Die allergische Symptomatik scheine mit einer bedarfsweisen Medikation mit Antihistaminika bzw. Inhalation mit einem Bronchodilatator recht gut beherrschbar. Eine Verschlechterung der seelischen Störung sei nicht belegt. Bei einem stärkeren Leidensdruck sei eine fachärztliche Behandlung zu erwarten.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) ist vom Senat eine ergänzende Stellungnahme beim Gutachter Dr. K. zu den Einwänden des Beklagten eingeholt worden. Am 2. September 2015 hat er ausgeführt, dass beim Kläger eine mittelschwere arterielle Hypertonie bestehe. Hochdruckbedingte Organveränderungen am Herzen lägen mit Muskelhypertrophie und erhöhter Steifheit des Herzens vor. Auch die Herzrhythmusstörungen seien als Folgeschaden des Bluthochdrucks anzusehen. Das intermittierende Vorhofflimmern sei als Ursache der Ende 2013 mutmaßlich aufgetretenen TIA zu vermuten. Dies könnte sich wiederholen. Die benannten hochdruckbedingten Organschäden und das erforderliche Vermeiden großer körperlicher Anstrengungen, die das Auftreten von Vorhofflimmern begünstigen könnten, habe ihn veranlasst, den GdB mit 40 anzugeben. Im Übrigen stimme er mit den Ausführungen des Beklagten überein, insbesondere was das Fehlen einer erforderlichen konsequenten Behandlung betreffe.

Der Kläger hat weiter ein undatiertes Attest des Internisten und Kardiologen Dr. We. vorgelegt, wonach die Einnahme von antihypertensiven (drucksenkenden) Medikamenten medizinisch notwendig sei.

Die Senatsvorsitzende hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 1. März 2016 erörtert. Wegen der Einzelheiten wird auf die Niederschrift verwiesen. Nachdem der Kläger sich zwischenzeitlich in psychiatrische Behandlung begeben hat, hat der Senat Dr. We. und den Psychiater und Psychotherapeuten Dr. Ki. als sachverständige Zeugen gehört. Am 11. März 2016 hat Dr. We. berichtet, dass der Kläger seit Oktober 2014 sechsmal in seiner Sprechstunde gewesen sei. Er habe ein paroxysmales Vorhofflimmern, arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie diagnostiziert. Es bestehe eine fehlende Compliance in der Medikamenteneinnahme. Ob diese auf einer Sprachbarriere oder auf einem möglichen kognitiven Defizit beruhe, sei unklar. Die Erkrankung des Klägers sei prinzipiell durch Medikamente gut zu behandeln. Durch das paroxysmale Vorhofflimmern sei der Kläger nicht eingeschränkt. Die Symptome der TIA mit Sprachstörung seien nicht mehr vorhanden. Den Schweregrad der Erkrankung bewerte er als mittelgradig, da regelmäßige Arzt- und Laborkontrollen notwendig seien, um die Risiken der Therapie zu minimieren und ein erneutes Ereignis zu verhindern. Dr. Ki. hat schließlich am 6. April 2016 angegeben, dass sich der Kläger bei ihm seit Ende Juli 2015, zuletzt am 14. März 2016, in psychiatrischer Behandlung befinde. Er habe die Diagnosen einer mittelgradig depressiven Störung, eine generalisierte Angststörung und eine ängstlich selbstunsichere Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Behandlung erfolge primär psychopharmakologisch (Paroxetin 20 mg). Unterstützend erfolge eine Gesprächstherapie. Insgesamt bestünden eine erheblich beeinträchtigte Stress- und Frustrationstoleranz wie auch schwere Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit bei gegenwärtig bestehendem mittelgradig depressivem Syndrom mit Angstzuständen, die langfristig bei noch erhaltener Arbeitsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingen werde.

Der Kläger führt zuletzt an, dass aus dem Bericht von Dr. Ki. nicht entnommen werden könne, dass er nur niederfrequent behandelt werde. Es bestehe weiterer Ermittlungsbedarf. Dr. We. habe ein mögliches kognitives Defizit erwähnt. Weiter sei die Hypertonie vom Gutachter mit einem GdB von 40 bewertet worden, was in seinem Ermessenspielraum liege.

Der Beklagte trägt zuletzt vor, dass im psychischen Bereich noch keine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nachgewiesen sei. Der Kläger habe erst aufgrund des Hinweises des LSG einen Nervenarzt aufgesucht. Die Behandlung dort sei niederfrequent, da dieser den Kläger zum Zeitpunkt der Abgabe seiner Auskunft zuletzt vor drei Wochen behandelt habe. Ein GdB von mehr als 20 komme erst bei einer engmaschigen Behandlung in Form einer Gesprächstherapie bei einem Psychotherapeuten in Betracht. Es komme außerdem nicht auf die Diagnose, sondern die Funktionsbeeinträchtigungen an. Die Arbeitsfähigkeit sei beim Kläger noch erhalten. Er könne mit gewissen Schwierigkeiten vollschichtig im Schichtbetrieb eine mittelschwere Arbeit verrichten. Von zwischenmenschlichen Problemen in der Familie werde nichts berichtet. Ein sozialer Rückzug lasse sich nicht erkennen. Die kognitiven Einschränkungen seien hierbei bereits berücksichtigt und erhöhten den GdB nicht. Die Hypertonie sei mit einem GdB von 20 korrekt bewertet. Der Bluthochdruck sei gut behandelbar. Durch das Vorhofflimmern sei der Kläger nicht eingeschränkt. Der Gutachter Dr. K. habe eine gute Kammerfunktion mit leichter Funktionsstörung in der Entspannungsphase beschrieben. Eine wesentliche Einschränkung der Herzleistung sei jedoch nicht belegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von dem Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers 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 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 abgewiesen. Der Kläger ist nicht schwerbehindert und hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt diesen nicht in seinen Rechten.

Gegenstand der Klage ist ein Anspruch des Klägers auf Neufeststellung des GdB mit 50 ab 4. Mai 2012 aufgrund einer geltend gemachten Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, der dem bestandskräftigen Bescheid vom 15. Januar 2004 zugrunde lag. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum 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 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung).

Grundlage für die Überprüfung des Ausgangsbescheides 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, dass 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 1/03 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 55/85](#) -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 V 2/10 R](#) -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4).

Bei dem Bescheid vom 15. Januar 2004 über die Feststellung des GdB mit 40 seit 23. Oktober 2003 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 31 m. w. N.). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieses Bescheides vorlagen, ist eine wesentliche Änderung in Form einer Verschlimmerung jedoch nicht eingetreten.

Der Anspruch des Klägers 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](#)). 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 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (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 erstellte und fortentwickelte 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, 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 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 Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab dem 4. Mai 2012 keinen höheren GdB als 40 begründen.

Das Funktionssystem "Rumpf" bedingt einen Teil-GdB von allenfalls 20.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme bestimmt, wobei sich das Funktionsausmaß der Gelenke nach der Neutral-Null-Methode bemisst. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil VG, Teil B, Nr. 18.9 vorgegeben. Danach folgt der GdB bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Nach VG, Teil B, Nr. 18.9 rechtfertigen erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grades, einen Einzel-GdB von 20. Funktionsstörungen geringeren Grades bedingen allenfalls einen Einzel-GdB von 10. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen GdB von 30, mittelgradige bis schwere in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen GdB von 30 bis 40. Ein GdB von 50 setzt besonders schwere Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte erfasst; schwere Skoliose) voraus. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierende Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei dem Kläger liegen einzig im Bereich der LWS zu funktionellen Auswirkungen führende Schäden vor. Das von der Hausärztin Dr. D. (Auskunft vom 11. Februar 2013) ohne weitere Befunde als Dauerdiagnose angeführte chronisch rezidivierende HWS-Syndrom wird von Dr. L. nicht bestätigt, findet auch sonst in keinem vorgelegten Facharztbericht Erwähnung und wird vom Kläger in seinem (Verschlimmerungs-) Antrag auch nicht angeführt. Der Orthopäde Dr. L. hat vielmehr einen Bandscheibenprolaps (ICD-10 M51.2), Lumboischialgie (ICD-10 M54.4) und Spondylose der LWS (ICD-10 M47.8) diagnostiziert, wie sich seiner sachkundigen Aussage vom November 2013 entnehmen lässt. Danach bestehen auch Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in das Bein. Während Dr. L. allerdings im Jahr 2006 noch von einer deutlichen LWS-Beweglichkeitseinschränkung sprach (Arztbrief vom 18. August 2006), beurteilte er zuletzt die LWS-Beweglichkeit beim Kläger als mittelgradig eingeschränkt, sensomotorische Ausfälle bestanden nicht (Arztbrief Dr. L. vom 18. April 2013). Bewegungsmaße werden nicht mitgeteilt. Eine Spinalkanalstenose liegt nicht vor (MRT-Bericht vom 8. Mai 2013). Da somit nur in einem Wirbelsäulenabschnitt Wirbelsäulenschäden mit mittelgradig funktionellen Auswirkungen bestehen, ist der von dem Beklagten angenommene Einzel-GdB von 30 für die Wirbelsäule viel zu hoch. Nach VG, Teil B, Nr. 18.9 sind erst schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit diesem GdB zu bemessen. Die mit den Wirbelsäulenerkrankungen des Klägers einhergehenden Beschwerden, etwa die Schmerzen und die Ausstrahlungen in die Beine, sind übliche Begleiterscheinungen und deshalb bereits in den GdB-Tabellenwerten berücksichtigt (VG, Teil A, Nr. 2 j). Für eine eigenständige Schmerzerkrankung bestehen keine Anhaltspunkte. Eine solche wird auch nicht gesondert behandelt. Der Senat erachtet daher einen Teil-GdB von 20 für angemessen.

Im Funktionssystem Beine hat hinsichtlich der Hüften weder der Kläger Gesundheitsstörungen angegeben noch waren solche von Dr. L., dem behandelnden Orthopäden, mitgeteilt worden. Vielmehr waren die Hüftgelenke klinisch unauffällig (Arztbrief Dr. L. vom 18. April 2013). Die von Dr. L. angeführten Kniebeschwerden werden von ihm als leicht bezeichnet (vgl. Auskunft vom 26. November 2013) und führen dementsprechend zu keinem Teil-GdB. Der Kläger wurde im November 2005 nach einem Außenmeniskusriss links arthroskopisch operiert. Dauerhafte Bewegungseinschränkungen sind nicht verblieben. Vielmehr ist die Beweglichkeit nur bei Schmerzen vorübergehend eingeschränkt (Dr. L. a.a.O.). Knieprobleme hat der Kläger in seinem Verschlimmerungsantrag auch nicht gesondert erwähnt.

Für das Funktionssystem Herz-Kreislauf ist in Übereinstimmung mit dem SG nicht von einem höheren GdB als 20 auszugehen. Nach den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB bei Herz- und Kreislaufferkrankungen weniger die Art der Krankheit als die Leistungseinbuße maßgeblich. 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.

Beim Kläger besteht Bluthochdruck mit rezidivierenden Herzrhythmusstörungen. Nach VG, Teil B, Nr. 9.3 führt die leichte Form des Bluthochdrucks ohne oder mit nur geringer Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) zu einem GdB von 0 bis 10, die mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung zu einem GdB von 20 bis 40. Bei Rhythmusstörungen richtet sich die Beurteilung des GdB vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens. Bei anfallsweise auftretenden hämodynamisch relevanten Rhythmusstörungen (z.B. paroxysmale Tachykardien) ist die nach Häufigkeit, Dauer und subjektiver Beeinträchtigung bei fehlender andauernder Leistungsbeeinträchtigung des Herzens ein GdB von 10 bis 30 gerechtfertigt (VG, Teil B, Nr. 9.1.6).

Der beim Kläger vom Sachverständigen Dr. K. am 11. März 2014 gemessene diastolische Blutdruckwert mit 90 mmHg, bzw. 90 und 80 mmHg während des Belastungs-EKG, liegt damit bereits unter den in den VG, Teil B, Nr. 9.3 angegebenen maßgebenden 100 mmHg. Langzeitmessergebnisse liegen insoweit nicht vor. Der behandelnde Internist Dr. We. erwähnt am 11. März 2016 nur allgemein jedes Mal zu hohe Blutdruckwerte, die aber offenbar nur darauf beruhen, dass der Kläger, wie Dr. We. mutmaßt, seine Medikamente nicht einnimmt. Dann wäre aber der Bluthochdruck behandelbar, so dass das Kriterium "trotz Behandlung" nicht erfüllt ist. Die Kammerfunktion des Herzens wird weiter als gut beschrieben, mit einer leichten Funktionsstörung in der Entspannungsphase. Eine wesentliche Einschränkung der Herzleistung ist damit insgesamt nicht belegt. Die körperliche Belastbarkeit des Klägers ist nach Dr. K. dementsprechend noch gut. Sichtbare Zeichen kardialer Insuffizienz fand er nicht. Im Belastungs-EKG war der Kläger in 25-Watt-Schritten bis 125 Watt (90 Sekunden) belastbar. Der Kläger übt seine mittelschwere Tätigkeit noch vollschichtig aus. Da der Blutdruck außerdem gut einstellbar und nur die vom Kläger durchgeführte antihypertensive Therapie unzureichend sind, wie Dr. We. zuletzt mit dem Hinweis auf nichtverbrauchte Medikamente am 11. März 2016 bestätigt hat, der Kläger weiter nach Dr. We. (a.a.O.) durch das Vorhofflimmern nicht eingeschränkt ist und die Symptome der TIA Ende 2013 nicht mehr vorhanden sind, kommt für die Bluthochdruckerkrankung in Zusammenschau mit der Herzrhythmusstörung (intermittierendes Vorhofflimmern) ein höherer GdB als 20 nicht in Betracht. Der abweichenden Einschätzung von Dr. K. folgt der Senat nicht. Das Risiko, eventuell eine kardiale Embolie zu erleiden, bedingt für sich keinen GdB, zumal vom Kläger die für die Embolieprophylaxe nötige Blutverdünnung nicht durchgeführt wird.

Für das Funktionssystem Atmung ist beim Kläger ein GdB von allenfalls 10 in Ansatz zu bringen. Beim Kläger liegt eine Pollinose vor (vgl. Gutachten Dr. K.). 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 Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion, Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen ist mit einem GdB zwischen 0 und 20 zu bewerten. Die Lungenfunktionsuntersuchung von Dr. K. hat eine noch normale ventilatorische Funktion erbracht. Der Kläger nimmt bedarfsweise Antihistaminika (Cetirizin) ein und Inhalationen mit einem Bronchodilatator (Salbutamol) vor. Es sind keine Anhaltspunkte erkennbar, dass die allergische Symptomatik dadurch nicht beherrscht wird. Da sich der Kläger wegen eines etwaigen Bronchialasthmas auch nicht in lungenfachärztlicher Behandlung befindet, kommt die Berücksichtigung eines GdB von mehr 10 für die Pollinose nicht in Betracht.

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund der depressiven Erkrankung, worauf sich der Kläger zur Begründung seiner Berufung maßgeblich beruft, sind allenfalls mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 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) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Während im Jahr 2003 beim Kläger eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit vorlag (Dr. F. vom 8. Dezember 2003), wird der Kläger nun wegen einer mittelgradig depressiven Störung, einer generalisierten Angststörung und einer ängstlich selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung behandelt (Dr. Ki. vom 6. April 2016). Der Kläger befindet sich erst seit Juli 2015, d.h. während des Berufungsverfahrens, wieder in nervenfachärztlicher Behandlung und wird dort niederfrequent, nämlich primär medikamentös und nur stützend mit Gesprächen, behandelt, wie sich aus dem letzten angegebenen Patientenkontakt drei Wochen vor Erstellung der Auskunft vom 6. April 2016 ergibt. Der Therapieaufwand korreliert mit der Ausprägung der psychischen Erkrankung, je höher der Leidensdruck, desto mehr ist eine therapeutische Intervention erforderlich. Vorher war er - soweit ersichtlich - zuletzt bei Dr. F. im Dezember 2003 in Behandlung. Dazwischen fand keine nervenfachärztliche Therapie statt (vgl. Berufungsbegründung vom 20. März 2015). Eine Verschlechterung seiner seelischen Störung hatte der Kläger weder im Verschlimmerungsantrag noch im Widerspruchsverfahren vorgebracht. Nach Dr. Ki. wird die mittelgradige depressive Störung nicht mit einer eigentlichen Psychotherapie behandelt. Der in diesem Zusammenhang geäußerte Verdacht auf ein kognitives Defizit, etwa eine dementielle Entwicklung, hat keinerlei Niederschlag in weiterer ärztlicher Behandlung gefunden, obwohl der Kläger so vergesslich sein will, dass das Erfordernis bestehe, ihn vom Arbeitsplatz abzuholen. Das sozialgerichtliche Verfahren dient nicht dazu, Verdachtsdiagnosen nachzugehen, also Ermittlungen ins Blaue hinein zu veranlassen, sondern bei der Frage einer Schwerbehinderung reale Funktionseinschränkungen in Funktionssystemen festzustellen. Eine bloße

Vergesslichkeit begründet keine Funktionsstörung in diesem Sinne, zumal die ursprünglich berichtete Sprachstörung aktuell nicht mehr vorhanden ist, was der Senat dem Arztbericht des Dr. We. entnimmt. Eine längerfristige, stärker behindernde seelische Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit, die für einen GdB von 30 erforderlich wäre, ist deswegen derzeit nicht festzustellen. Der Kläger übt seine berufliche Tätigkeit weiterhin vollschichtig aus. In der Familie oder der Freizeit bestehen für ihn keine psychosozialen Belastungen. Dass spricht gegen eine stärkere Ausprägung einer Depression. Der Psychiater Dr. Ki. hat die Erkrankung daher zutreffend nur als Syndrom und gegenwärtig eingeordnet. Ein Teil-GdB von 20 für die seelische Störung, wie von dem Beklagten angenommen, ist danach angemessen.

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 (vgl. hierzu und zum Folgenden VG, Teil A, Nr. 3 a bis d). 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 Funktionsstörung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn paarige Gliedmaßen oder Organe betroffen sind. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss deren Auswirkungen 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 Funktionsstörungen 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](#)). 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](#)). Bei der Prüfung eines Gesamt-GdB von 50 verbietet es sich nicht, einen Vergleich mit anderen schwerwiegenden Erkrankungsbildern vorzunehmen (BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 3/12 R - juris](#)). Vielmehr sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind (vgl. BSG, Urteil vom 30. September 2009 - [B 9 SB 4/08 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#)).

Gemessen an diesen Voraussetzungen begründen die Teil-GdB von 20 für den Wirbelsäulenschaden, die seelische Störung und der die Bluthochdruckerkrankung mit Herzrhythmusstörungen einen Gesamt-GdB von 40. Die mit lediglich 10 oder weniger bewerteten Behinderungen, nämlich die von Dr. K. angenommene Fettstoffwechselstörung und der Leistenbruch rechts mit jeweils einem - unterstellten - GdB von 10, sind demgegenüber zu vernachlässigen (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee). Gleiches gilt für die Pollinose mit einem GdB in dieser Höhe. Ein GdB von 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft kommen nicht in Betracht. Der im Verschlimmerungsverfahren hinzugetretenen Teil-GdB von 20 für die internistische Erkrankung führt nicht zu einer Erhöhung des bislang anerkannten Gesamt-GdB von 40, da dadurch keine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung eingetreten ist. Die internistischen und seelischen Erkrankungen haben jeweils nur leichte Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge, die es nicht rechtfertigen, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee VG). Außerdem sind Einschränkungen durch die - führende - Wirbelsäulenerkrankung nur in einem Wirbelsäulenabschnitt vorhanden und dort nur mittelgradig.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) beruht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-07-06