

L 8 SB 2851/15

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

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 SB 3889/09
Datum
25.06.2015

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 2851/15
Datum
16.06.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.06.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob in den nach [§ 69](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) festgestellten gesundheitlichen Verhältnissen der Klägerin eine derartige wesentliche Änderung eingetreten ist, dass ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 festzustellen ist sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung der Nachteilsausgleiche "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "B" (Berechtigung für eine ständige Begleitung) sowie "RF" (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht).

Bei der am 10.09.1942 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt S. zuletzt mit Bescheid vom 05.05.2004 einen GdB von 70 seit dem 02.02.2004 sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung des Nachteilsausgleiches "G" fest (Bl. 104/106 der Verwaltungsakte).

Am 30.10.2007 beantragte die Klägerin bei dem nunmehr zuständigen Landratsamt E. - Amt für besondere Hilfen (LRA) die Erhöhung des GdB sowie die Feststellung des Merkzeihen "B", des Merkzeihen "aG" sowie des Merkzeihen "RF". Die Klägerin reichte hierzu verschiedene ärztliche Unterlagen ein (Bl. 122/139 der Verwaltungsakte).

Entsprechend der versorgungsärztlichen Stellungnahme der Dr. P. vom 10.12.2007 lehnte das LRA den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 18.12.2007 ab (Bl. 142/144 der Verwaltungsakte). Folgende Funktionsbeeinträchtigungen lägen vor: Schuppenflechte, eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, eine Polyarthrose, eine Muskelkrankheit (GdB 50), beidseitige Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen (GdB 30), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, ein Schulter-Arm-Syndrom, ein Bandscheibenschaden (GdB 30), eine Allergie, ein Bronchialasthma (GdB 20) sowie eine koronare Herzerkrankung (GdB 10).

Hiergegen erhob die Klägerin am 14.01.2008 mit dem Ziel eines GdB von 90 und der Merkzeihen "aG", "B" und "RF" Widerspruch (Bl. 146 der Verwaltungsakte) und führte unter Vorlage einer Kopie ihres Allergiepasses sowie eines Berichtes des Hörgeräteakustikers zur Begründung an (Bl. 1448/153 der Verwaltungsakte), aufgrund des außerordentlich aggressiven schweren Krankheitsverlaufs der Schuppenflechte sowie der nicht mehr rückbildungsfähigen und immer schlimmer werdenden Gelenkerkrankung sei die Annahme eines GdB von 70 unzutreffend. Sie leide unter ständigen starken Schmerzen, einem seit Jahrzehnten bestehenden immer unerträglicher werdenden Juckreiz, nässenden, brennenden Ekzemen, einer Müdigkeit, leichtem Fieber, Muskelkrämpfen, Luftnot, Übelkeit und Schwindelattacken. Viele Gelenke seien hochgradig stark entzündet, dick angeschwollen, sehr stark verkrümmt, entstellt und total zerstört. Diese Problematik bestünde insbesondere im Bereich der Hände und Füße, der Lenden, des Beckens, der Schulter und der gesamten Wirbelsäule. Sie sei deshalb auf fremde Hilfe angewiesen. Ständig fielen ihr Gegenstände aus der Hand, sie könne Dinge nicht mehr greifen oder bewegen. Sie benötige jemanden an ihrer Seite, der ihr beim Ankleiden und Waschen helfe, ihre Tasche trage und sie beim Gehen stütze. Sie sei bereits mehrfach im Bus gestürzt. Auch das Gehen sei auf das allerschwerste eingeschränkt. Wegen der starken Schmerzen, der Atemnot und des Schwindels könne sie sich nur noch mühevoll bewegen und gehen. Eine Gehstrecke von 200 m könne sie kaum noch bewältigen. Auch das Merkzeihen "aG" sei daher anzuerkennen. Infolge der ständig bestehenden Entzündungen mit eitriger Pustelbildung im Bereich der Füße sei es ihr so gut wie nicht mehr möglich, geschlossene Schuhe zu tragen. Dies habe zur Folge, dass sie ihren häuslichen Bereich kaum verlasse. Aus diesem Grund lägen zudem die Voraussetzungen für das Merkzeihen "RF" vor. Neben den bereits erwähnten

Funktionsstörungen sei es der Klägerin auch deshalb nicht mehr möglich, öffentliche Veranstaltungen aufzusuchen, weil infolge der erheblichen Hörminderung öffentlichen Aufführungen nicht mehr gefolgt werden könne. Sie leide zudem unter weiteren Erkrankungen, die nicht berücksichtigt worden seien.

Das LRA zog daraufhin einen Befundschein der Fachärztin für Orthopädie Dr. F. vom 26.03.2008 (Bl. 158/160 der Verwaltungsakte) sowie einen Befundschein des Arztes Dr. E. bei (Bl. 166/171 der Verwaltungsakte), welche das LRA versorgungsmedizinisch auswerten ließ. Ärztin G. empfahl daraufhin in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.10.2008 die Feststellung eines Gesamt-GdB von 80. Hinsichtlich der Merkzeichen schlug sie eine Untersuchung auf dem Gesundheitsamt vor.

Mit Schreiben vom 11.03.2009 übersandte die Klägerin einen Befundbericht des Radiologen Dr. P. vom 26.02.2009 (Bl. 190/191 der Verwaltungsakte), welchen das LRA ebenfalls versorgungsmedizinisch auswerten ließ

Entsprechend der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. S. vom 03.04.2009 wies das Regierungspräsidium S. - Landesversorgungsamt - den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 05.05.2009 zurück (Bl. 196/200 der Verwaltungsakte). Folgende Funktionsbeeinträchtigungen lägen vor eine Schuppenflechte, eine Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, eine Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, eine Polyarthrose, eine Muskelkrankheit (GdB 50), eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, ein Schulter-Arm-Syndrom, ein Bandscheibenschaden, eine Spinalkanalstenose (GdB 30), beidseitige Schwerhörigkeit, eine Gleichgewichtsstörung (GdB 30), eine Allergie, ein Bronchialasthma (GdB 20) sowie eine koronare Herzerkrankung (GdB 10).

Am 05.06.2009 erhob die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Stuttgart (SG). Zur Begründung wiederholte sie ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren und führte zudem an, dass auch die von dem Beklagten hinzugezogene Gutachterin Gross einen Gesamt-GdB von 80 befürwortet habe. Im Übrigen könne der von dem Beklagten vorgenommenen Bezeichnung und Einteilung der Behinderungen nicht gefolgt werden. Bei ihr liege richtigerweise eine Psoriasis-Arthritis mit Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung vor. Zusätzlich bestünden weitere von dem Beklagten anerkannte Behinderungen.

Mit Schreiben vom 19.10.2009 (Bl. 21/22 der SG-Akte) unterbreitete der Beklagte ein Vergleichsangebot, wonach der GdB 80 ab dem 30.10.2007 betrage. Die Klägerin lehnte eine Annahme des Vergleichsangebotes unter Vorlage eines Attestes des Dr. L. vom 10.12.2009 (Bl. 27 f. der SG-Akte) sowie eines Notfallscheines des Klinikums S. (Bl. 26 der Verwaltungsakte) ab.

Zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts beauftragte das SG die Ärzte Dr. N. (orthopädisch-chirurgisch), Dr. H. (internistisch) sowie Dr. S. (HNO-ärztlich) mit einer fachübergreifenden Begutachtung der Klägerin. Diese teilte daraufhin mit, sie sei aufgrund ihrer psychischen und physischen Verfassung nicht in der Lage, eine ambulante Untersuchung bzK. mehrere Untersuchungstermine wahrzunehmen. Mit Schreiben vom 05.05.2010 wies das SG auf mögliche Nachteile in der Beweiswürdigung im Falle einer Begutachtung allein nach Aktenlage hin. Die Klägerin teilte in der Folge unter Vorlage eines Attestes des Dr. L. vom 18.05.2010 (Bl. 47 der SG-Akte) nochmals mit, dass sie nicht in der Lage sei, einen Begutachtungstermin wahrzunehmen. Es werde um Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage gebeten.

Das SG erhob sodann das Gutachten nach Aktenlage des Arztes für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. N. vom 06.09.2010 (Bl. 53 ff., 82 der SG-Akte). Nach Aktenlage könne weder hinlänglich beantwortet werden, welche Gesundheitsstörungen bei der Klägerin vorlägen noch wie diese zu bewerten seien. Es sei nicht nachzuvollziehen, weshalb der Klägerin keine einzige Untersuchung möglich gewesen sein sollte. Psychische Gründe, die ein Verlassen der Wohnungsumgebung und eine Befragung und Untersuchung verunmöglichen könnten, seien nicht belegt.

Mit Schreiben vom 16.01.2011 reichte die Klägerin weitere ärztliche Unterlagen zu Gerichtsakte (Bl. 95/137 der SG-Akte).

Das SG erhob sodann auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten nach Aktenlage des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 18.01.2012 (Bl. 171 ff. der SG-Akte). Er habe die Klägerin zuletzt 2006 gesehen und könne nur den GdB zum damaligen Zeitpunkt bewerten, welcher damals 80 bis 90 betragen habe. Für die Zeit nach 2007 könne er keine Aussagen machen. 2006 habe sie eine Begleitperson nicht benötigt; Merkzeichen "RF" habe nicht vorgelegen, sie habe z.B. an Veranstaltungen der Rheumaliga teilgenommen.

Das SG erhob sodann auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) das Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Homöopathie Dr. K. vom 12.07.2013, welche die Klägerin am 20.06.2013 in ihrer Praxis in S. (Niedersachsen) persönlich untersuchte (Bl. 261 ff. der SG-Akte). Bei der Klägerin bestünde eine multiple Chemikaliensensibilität, eine Nahrungsmittelintoleranz, eine Medikamentenintoleranz, eine Polyneuropathie, eine cerebrale Perfusionsstörung bei Stenose intrakranieller Gefäße, ein cervikales Wurzelreizsyndrom, eine Spinalkanalstenose, eine Psoriasis, eine Psoriasis Arthritis. Der Gesamt-GdB betrage seit Ende 2007 100. Die Klägerin sei in der Lage eine Gehstrecke von 100 m zu überwinden. Die Benutzung von Behindertenparkplätzen erscheine dringend geboten, da die Klägerin aufgrund einer Beeinträchtigung der unteren Extremitäten einen PKW nur bei weit geöffneter Tür verlassen könne und die Behindertenparkplätze im Vergleich zu den Parkmöglichkeiten für nicht Behinderte einen größeren Raum böten. Es sei daher das Merkzeichen "aG" festzustellen. Darüber hinaus lägen auch die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "RF" vor. Aufgrund der multiplen Chemikaliensensibilität sei die Klägerin von der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen anhaltend ausgeschlossen. Aufgrund der anhaltenden Sturzgefahr bei irreversiblen morphologisch fassbaren Veränderungen der Wirbelsäule und Störung des peripheren Nervensystems im Sinne einer Polyneuropathie sowie zentral bedingten Ausfallerscheinungen im Rahmen einer Mangelperfusion sei die Klägerin zudem auf ständige Begleitung angewiesen.

Mit Schreiben vom 08.10.2013 legte die Klägerin den Anpassungsbericht des Hörgeräteakustikers vom 25.09.2013 (Bl. 311 der SG-Akte) sowie das ärztliche Attest des Facharztes für HNO-Heilkunde Dr. B. vom 07.10.2012 (Bl. 314 der SG-Akte) vor. Mit weiterem Schreiben vom 21.10.2013 reichte die Klägerin den Befundbericht des Orthopäden Dr. H. vom 08.10.2013 (Bl. 326 f. der SG-Akte) sowie den Befundbericht des Radiologen Dr. T. vom 07.03.2013 (Bl. 328 der SG-Akte) zu den Akten. Mit weiterem Schreiben vom 20.11.2013 übersandte die Klägerin das ärztliche Attest des Facharztes für Psychiatrie Dr. L. vom 11.11.2013 (Bl. 339 f. der SG-Akte).

Zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts erhob das SG sodann das Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr. S. vom 17.06.2014 (Bl. 417 ff. der SG-Akte). Nach Untersuchung der Klägerin am 11.04.2014 sowie unter Berücksichtigung des HNO-ärztlichen Zusatzgutachtens des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren, Stimm- und Sprachstörungen Dr. S. vom 28.04.2014 (Bl. 436/465 der SG-Akte), des orthopädischen Zusatzgutachtens des Orthopäden Dr. K. vom 27.03.2014 (Bl. 466/506 der SG-Akte) sowie des nervenärztlichen Zusatzgutachtens des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 15.06.2014 (Bl. 507/532 der SG-Akte) teilte er mit, bei der Klägerin bestünden folgende Diagnosen: Schuppenflechte, wiederkehrende Reizzustände mit Funktionsbehinderung verschiedener Gelenke, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, Arthrose, Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen, Gleichgewichtsstörungen, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, Schulter-Arm-Syndrom, Bandscheibenschaden, Allergie, Bronchialasthma, koronare Herzkrankheit, leichtgradige sensomotorische Polyneuropathie, vasculäre Enzephalopathie, Gefäßanomalie sowie eine leichtgradige Migräne. Der Gesamt-GdB werde auf 70 geschätzt. Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Merkmale "aG", "B" und "RF" lägen nicht vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 25.06.2015 wies das SG die Klage ab. Die bei der Klägerin bestehenden funktionellen Beeinträchtigungen seien mit einem GdB von 70 unverändert ausreichend und angemessen bewertet. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf die Feststellung der von ihr begehrten Merkmale.

Gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 02.07.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 05.07.2015 Berufung zu dem Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Zur Begründung führt sie an, das SG habe das rechtliche Gehör verletzt, nachdem es weder die Nachbefundung noch die gutachterliche Stellungnahme des Prof. Dr. K. vom 26.08.2002 bzw. vom 03.08.2005 berücksichtigt habe. Beide würden in der Entscheidung noch nicht einmal erwähnt. Auch die Gutachter, auf deren Gutachten sich das SG stütze, setzten sich nicht mit diesen Stellungnahmen auseinander. Es werde insoweit auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) verwiesen. Danach sei vom Tatrichter besondere Sorgfalt zu fordern, wenn eine Partei ein medizinisches Gutachten vorlege, welches im Gegensatz zu den Erkenntnissen des gerichtlich bestellten Sachverständigen stehe. Nach den Feststellungen des Prof. Dr. K. seien entgegen den gerichtlich bestellten Gutachtern sehr wohl die Gelenke von der Psoriasis betroffen, da deutliche arthritische bzw. arthrotische Veränderungen vorlägen, die sie sehr stark beeinträchtigten. Sie leide an massiven Gelenkschmerzen, entzündeten Fingern, so dass sie keine Gegenstände greifen könne sowie entzündeten Fußzehen, so dass sie keine Schuhe anziehen könne. Zudem bestehe eine Synovialzyste, die unmittelbar auf das Rückenmark drücke. Ebenso wenig würden die von Dr. L. gemäß Bericht vom 29.07.1997 festgestellten und bis heute vorliegenden nachgewiesenen Intoleranzen gegenüber Nahrung assoziiertem Nickel, Soja, Natrium, Benzoat E211, PHB-Ester 214-219 in den Gutachten erwähnt noch berücksichtigt. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass Soja und Nickel in nahezu jeder Nahrung vorhanden sei, hierdurch allergische Reaktionen auslöse, die die vorhandene Schmerzsymptomatik verstärkten. Die Unverträglichkeit führe zudem dazu, dass sie nahezu keinerlei Medikamente, insbesondere zur Bekämpfung ihrer Schmerzen einnehmen könne. Zudem leide sie unter einer Autoimmunerkrankung, die ebenfalls keine Berücksichtigung finde. Ihr beruflicher Werdegang als Goldschmiedin bleibe unberücksichtigt, obwohl sie hier regelmäßig mit toxischen Stoffen in Berührung gekommen sei, die eine Polyneuropathie und auch eine Enzephalopathie ausgelöst hätten. Prof. Dr. K. habe ausdrücklich die Verbindung zu der Psoriasis-Arthritis herstellen können. Er erkenne, dass sich die Giftstoffe in den Knochen ablagerten und damit für die Beschwerden in den Gelenken verantwortlich sei. Auch die asthmatischen und bronchialen Beschwerden seien auf diese Exposition zurückzuführen. Die Gutachter ignorierten insoweit, dass sie, die Klägerin, morgens und abends Cortison-Spray benötige, um genügend Luft zu bekommen. Zu Unrecht hätten die Gutachter angenommen, dass es in der Vergangenheit nicht zu allergischen Schocks gekommen sei. Sie erinnere sich an drei allergische Schocks in der jüngeren Vergangenheit. Darüber hinaus müsse sie täglich Antihistamin zu sich nehmen, was deswegen schwierig sei, weil sie hierbei ihre Allergien berücksichtigen müsse. Aufgrund der Nahrungsmittelunverträglichkeit leide sie unter Magen-Darm-Störungen, was zu einer Zunahme der Schmerz- und Beschwerdesymptomatik insgesamt führe. Das SG habe zudem fehlerhaft keine Auswertung des vorgelegten Bildmaterials zum Nachweis der skelettalen Schäden in der Form eines neuroradiologischen Gutachtens veranlasst. Sie leide weiterhin unter einer Ektasie (Aneurysma) des Abgangs der linken arteria cerebri posterior im proximalen P1-Segment sowie eine knickförmig nach ventral verlaufende hochgradige Stenose, eine Ektasie des Basilariskopfes und eine hierdurch bedingte Minderdurchblutung des Gehirns, die zu massiven Hirnleistungsstörungen, Schwindel mit Ohrgeräuschen führe. Auch auf den neurootologischen Befund des Prof. Dr. K. vom 21.03.2014 gehe das SG nicht ein. Der Neurologe und Psychiater B. beschränke sich auf zwei Tests, so dass sei Gutachten im Hinblick auf die Hirnleistungsstörungen nicht verwertbar seien. Der Sachverständige gebe zudem auch nicht an, unter welchen Bedingungen die Tests durchgeführt worden seien. Die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien unzutreffend bewertet. Sie habe aufgrund der Psoriasis-Arthritis offene Füße, die in keine Schuhe passten, so dass der Gehweg auf max. 20 m beschränkt sei. Sie könne sich daher nur mittels Rollstuhl fortbewegen. Aufgrund der skelettalen Schäden könne sie keinerlei Lasten tragen. Sie leide unter sehr starken Schmerzen. Hinzu komme eine Durchblutungsstörung im Kopf, die zu Schwindel und Übelkeit führe. Es bestünden zudem Sehstörungen und Hörstörungen. Am rechten Ohr liege ein Hörverlust von 90 % vor. Es bestehe zudem eine teilweise Halbseitenlähmung rechts.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.06.2015 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 18.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 05.05.2009 zu verurteilen, bei ihr einen Gesamt-GdB von 100 sowie die die Merkmale "aG", "B" und "RF" jeweils seit 30.10.2007 festzustellen.

hilfsweise die folgenden Beweise nach den vorgelegten schriftlichen Anträgen - zur Verständlichkeit mit Nummerierung - einzuholen 1. Einholung eines HNO-ärztlichen, neurootologischen Sachverständigengutachtens sowie ein Sachverständigengutachten mit entsprechenden Belastungstests

in Bezug auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 10.06.16 2. Einholung eines neuroradiologischen und nuklearmedizinischen Sachverständigengutachtens zur Richtigkeit der Ausführungen des Prof. Dr. K. vom 25.06.02 und 19.07.05 sowie des Berichts des Diakonie-Klinikums S. vom 10.09.14 sowie des hierzu erfolgten Vortrags und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkmale 3. Einholung eines allergologischen Sachverständigengutachtens mit Testung der Nahrungsmittelunverträglichkeiten und bronchialen Asthmatischen Beschwerden zum Nachweis der Richtigkeit der Befunde des Dr. L. vom 29.07.97 und des Dr. E. vom 01.09.16 (zutreffend 1996) sowie des hierzu erfolgten Vortrags und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkmale 4. Einholung eines neuroradiologischen und nuklearmedizinischen

Gutachtens zum Nachweis der Richtigkeit der Feststellung des Dr. L. vom 29.07.97, des Dr. E. vom 01.09.16 (zutreffend 1996), des Dr. H. vom 08.10.13 sowie den hierzu erfolgten Vortrag und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen 5. Einholung eines neurootologischen Gutachtens zum Nachweis der Richtigkeit der Feststellungen im Befund des Prof. Dr. K. vom 21.03.14 sowie des hierzu erfolgten Vortrags und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen 6. Einholung eines neuropsychologischen Sachverständigen Gutachtens zum Nachweis der vorgetragenen Hirnleistungsstörungen und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen 7. Einholung eines neuroradiologischen, nuklearmedizinischen sowie eines neuropsychologischen Sachverständigengutachtens mit entsprechenden Gehtests und neurootologischen Koordinationsprüfungen zum Nachweis des Vortrags der Klägerin und den sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen, insbesondere im Hinblick auf die vorgetragene Immobilität, Einschränkung der Belastbarkeit, Durchblutungsstörungen, Schwindel, Sehstörungen, Hörverlust etc. sowie der beantragten Merkzeichen 8. Einvernahme des Zeugen Marcus Stützlein und Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Nachweis der Einschränkungen bezüglich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Einkäufen, der Immobilität etc. sowie der beantragten Merkzeichen 9. neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten sowie Einvernahme der Frau Dr. Hannelore K., Am Priggenkamp 5, 21680 S., zum Nachweis der Feststellungen im Gutachten der Frau Dr. K. vom 12. 07.13 sowie der beantragten Merkzeichen

in Bezug auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 23.06.2016 10. Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Nachweis der Einschränkung der Mobilität, der massiven Einschränkung der Teilnahme am öffentlichen Leben sowie die Einschränkung der Fortbewegung zu Fuß mit einem Radius von max. 20 m und der Erfüllung der Merkzeichen aG und B

in Bezug auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 03.08.16 11. Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Nachweis des klägerischen Vortrags und der Feststellungen des Dr. B. gemäß Bericht vom 15.07.16 sowie der sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen 12. Einholung eines HNO-ärztlichen und neurootologischen Sachverständigengutachtens zum Nachweis des Vortrags der Klägerin sowie der Feststellungen der Frau Dr. C. vom 03.08.95 und 17.03.14 und des Prof. Dr. K. vom 21.03.14 sowie die sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen 13. Einholung eines neuroradiologischen und nuklearmedizinischen Sachverständigengutachtens zum Nachweis des Vortrags der Klägerin und der Feststellungen des Dr. K. gemäß Bericht vom 24.07.13 und der vorliegenden Hirnleistungsstörungen sowie der sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen der beantragten Merkzeichen 14. Einholung eines nuklearmedizinischen, eines neurootologischen und eines neuroradiologischen Sachverständigengutachtens zum Nachweis der Richtigkeit der Angaben in der Krankenakte des Dr. B. vom 17.07.16 für die Zeit vom 29.08.08-15.07.16 sowie der sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen

in Bezug auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 05.08.16 15. Einholung eines neuroradiologischen Sachverständigengutachtens zum Nachweis der Feststellungen des PD Dr. K. & Kollegen gemäß Bericht vom 26.02.09 entsprechend dem Vortrag der Klägerin sowie der sich hieraus ergebenden Funktions- und Leistungseinschränkungen sowie der beantragten Merkzeichen

in Bezug auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 01.09.16 16. Einholung eines neurootologischen Sachverständigengutachtens zum Nachweis der Richtigkeit der Einwendungen gegenüber der Stellungnahme Dr. K. vom 22.08.16

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Eine wesentliche Verschlimmerung im Gesundheitszustand der Klägerin sei nicht nachgewiesen. Auf die Ausführungen im Gerichtsbescheid des SG werde Bezug genommen.

Die Sach- und Rechtslage wurde mit den Beteiligten in einem nichtöffentlichen Termin erörtert, an welchem die Klägerin teilgenommen hat (zur Niederschrift vgl. Blatt 70/71 der Senatsakte).

Zur weiteren Aufklärungen des medizinischen Sachverhalts hat der Senat den behandelnden HNO-Arzt Dr. B. als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt. Dieser hat unter Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen angegeben (Auskunft vom 15.07.2016, Bl. 76/88 der Senatsakte), bei der Klägerin bestünde eine hochgradige Schwerhörigkeit rechts sowie eine mittelgradige Schwerhörigkeit links. Es sei zudem ein Tinnitus festgestellt worden. Der GdB betrage 30 durch den Hörverlust und 10 für den Tinnitus.

Mit Schreiben vom 03.08.2016 reichte die Klägerin den Befundbericht des HNO-Arztes Prof. Dr. K. vom 21.03.2014 (Bl. 93 f., 97 ff. der Senatsakte) sowie den Befundbericht der HNO-Ärztin Dr. C. vom 03.08.1995 (Bl. 95 f. der Senatsakte) zu den Akten. Mit weiterem Schreiben vom 05.08.2016 legte sie zudem den Befundbericht des Radiologen Dr. P. vom 26.02.2009 (Bl. 106 f. der Senatsakte) vor. Mit weiterem Schreiben vom 01.06.2017 übersandte die Klägerin ein Sprachaudiogramm sowie ein Tonaudiogramm vom 06.04.2017 sowie die ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Bl. 128 ff. der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat trotz Ausbleibens der Klägerin und ihres Bevollmächtigten im Termin entscheiden können, denn die ordnungsgemäß geladene Klägerin war mit der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ([§ 110 Absatz 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet. Der Bescheid vom 18.12.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.05.2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 70 (hierzu unter 1.) sowie die Feststellung der Merkzeichen "aG", "B" und "RF" (hierzu unter 2.). Der Gerichtsbescheid des SG vom 29.06.2015 ist nicht zu beanstanden.

1. Ob die Klage schon deswegen teilweise unzulässig ist, weil die Klägerin jetzt einen GdB von 100, in ihrem Widerspruch zunächst nur einen GdB von 90 begehrt hat, kann offen bleiben, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 70.

Rechtsgrundlage für die Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.K.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum sogenannten Verfügungssatz des Bescheides gehören, zugrunde gelegten Einzel-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) -, [BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 ([BGBl. I, 2412](#)), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen bzK. Diagnosen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Hiervon ausgehend steht für den Senat fest, dass bei der Klägerin keine wesentliche Änderung ihres im letzten Feststellungsbescheid vom 05.05.2004 mit einem GdB von 70 berücksichtigten Behinderungszustandes eingetreten ist.

Im Funktionssystem des Rumpfes zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen.

Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein Teil-GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein Teil-GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Urteil des erkennenden Senats vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#), juris).

Bei der Klägerin bestehen insoweit wiederholt auftretende Belastungsschmerzen, Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen, einschließlich einer Gefügelockerung, ohne Nachweis von neurologischen, dermatombezogenen Veränderungen im Bereich der unteren Extremitäten bei symmetrischen Reflexverhalten, eine Muskelhartspannbildung, eine Bewegungseinschränkung um 1/3 im Bereich der Halswirbelsäule, bei gering altersüberschreitenden Veränderungen der untersten beiden Halswirbelsäulenetagen, ohne dermatombezogene Veränderungen im Bereich der oberen Extremitäten. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Zusatzgutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. K. vom 27.03.2014, der die Klägerin am 04.03.2014 persönlich untersucht hat.

Bei der Untersuchung durch Dr. K. konnte sich die Klägerin selbständig Ent- und Bekleiden. Eine auffällige gravierende Psoriasishautveränderung zeigte sich nicht. Der Finger-Boden-Abstand betrug 37 cm. Der Lendenschober betrug 10/13 cm, das Ott'sche Zeichen 30/31 cm. Die Seitneigung im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule gelang mit 30-0-30°, die Reklination war geringfügig verändert. Der Lendenschober betrug 9,5 cm. Die Rotation des Oberkörpers bei fixiertem Becken war mit 25-0-25° möglich. Im Bereich der Lendenwirbelsäule konnte der Senat damit eine mäßiggradige Entfaltungsminderung feststellen. Dermatombezogene Veränderungen aus der Lendenwirbelsäule in die Beine reichend lagen nicht vor. Die im Bereich der Brustwirbelsäule bestehenden Beschwerden waren rein muskulärer Natur ohne neurologische Ausstrahlung. Im Bereich der Halswirbelsäule betrug der Kinn-Jugulum-Abstand 3 cm, in physiologischer Position 10 cm. Die maximale Reklination gelang mit 12 cm und war daher verringert. Die Seitneigung rechts/links gelang mit 30-0-30° und war daher ebenfalls verringert. Gleiches gilt für die Rotation, die mit 45-0-45° gelang. Die Beweglichkeit ist damit insgesamt um ca. 1/3 gemindert. Neurologische Ausstrahlungen in den Bereich der oberen Extremitäten, dermatombezogen, lagen nicht vor. Solche hat auch Dr. H. in seinem Bericht vom 08.10.2013 nicht mitgeteilt (z.B. Lasègue bds. negativ).

In der Gesamtschau können die Bewegungseinschränkung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule allenfalls mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen eines Wirbelsäulenabschnitts gleichgesetzt werden, die einen GdB von 20 bedingen. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt liegen nicht vor, mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten liegen ebenfalls nicht vor. Die Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sind überwiegend funktionell-muskulär bedingt, ohne neurologische Ausstrahlung im Bereich der oberen Extremitäten. Auch im Bereich der Brustwirbelsäule handelt es sich um eine reine muskuläre Überlastung.

Ein höherer GdB als 20 ist im Funktionssystem des Rumpfes mithin nicht festzustellen. Das gilt auch für die Zeit, in der noch die AHP

anzuwenden waren (vgl. Nr. 26.18 AHP 2008 bzK. AHP 2004). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Befundberichten der behandelnden Orthopäden Dr. F. vom 17.07.2007 (Bl. 136/137 der Verwaltungsakte) und vom 26.03.2008 (Bl. 160 ff. der Verwaltungsakte), in welchen schon keine Funktionsbefunde mitgeteilt werden, die eine höhere Bewertung rechtfertigen könnten. Auch aus dem MRT der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 04.09.2007 Befundbericht des Radiologen PD Dr. K. vom 04.09.2007, Bl. 133 der SG-Akte) ergibt sich für den Senat keine andere Beurteilung. Wie Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. N. in seinem Gutachten vom 06.09.2010 (Bl. 53 ff. der SG-Akte) ausgeführt hat, waren aus dem MRT keine Phänomene ableitbar, die eine besondere nervale Tangierung bedingten. Eine Spinalkanalstenose von relevantem Ausmaß lag ebenso wenig vor wie Bandscheibenvorfälle der LWS mit nervalem Kontakt oder überhaupt einer nennenswerten bzK. bedeutsamen Ausprägung. An der Halswirbelsäule bestand keine relevante Tangierung der Neuroforamina und keine Veränderungen, die spezifische typische Nervenwurzelreizsyndrome verursachen würden. Dies alles entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. N. vom 06.09.2010. Zudem ergeben sich aus dem MRT auch keine funktionellen Bewegungsausmaße. Nach Teil B Nr. 18.1 VG kommt jedoch allein dem Vorliegen degenerativer Veränderungen der Haltungs- und Bewegungsorgane für die Bewertung des Teil-GdB nicht die ausschlaggebende Bedeutung zu, sondern der dadurch hervorgerufenen Funktionsbehinderung. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z.B. degenerativer Art) rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Aus diesem Grund war der Senat – entgegen der Auffassung der Klägerin – auch nicht gehalten, das in dem Verfahren vor dem SG vorgelegte Bildmaterial zum Nachweis der skelettalen Schäden durch ein radiologisches bzK. neuroradiologischen oder nuklearmedizinisches Gutachten auswerten zu lassen. Auch aus dem auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Homöopathie Dr. K. ergibt sich keine andere Beurteilung. Der von ihr mitgeteilte körperliche Untersuchungsbefund enthält bereits keine konkreten Bewegungsausmaße.

Für das Funktionssystem Beine ist unter Berücksichtigung von Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Knie jedenfalls kein höherer Einzel-GdB als 10 zu berücksichtigen.

Nach Teil B Nr. 18.14 VG (so auch Nr. 26.18 AHP 2008 bzK. AHP 2004) rechtfertigen Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90 Grad) einseitig einen GdB von 0 bis 10, beidseitig einen GdB von 10 bis 20. Bewegungseinschränkungen mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-10-90 Grad) bedingen einseitig einen GdB von 20 und beidseitig einen GdB von 40. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen einseitig ohne Bewegungseinschränkung rechtfertigen einen GdB von 10 bis 30, mit Bewegungseinschränkung einen GdB von 20 bis 40.

Bei der Klägerin besteht eine Reizung des knorpeligen Bezugs der Kniescheibe zum Oberschenkelknochen (Chondropathia patellae) linksseitig, geringer rechtsseitig, bei vorhandenen Belastungsschmerzen, nur endgradiger Bewegungseinschränkung im Bereich der Kniegelenke beidseits, mit Nachweis einer ganz geringen Ergussbildung im Bereich des Kniegelenkes auf der rechten Seite bei radiologisch alterskorrektem Befund linksseitig; differenzialdiagnostisch hat Dr. K. dies auch der Psoriasis angedacht. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. K. ... Bei der Untersuchung durch Dr. K. gelang die Beugung/Streckung rechts mit 0-5-110° und links mit 0-5-120°. Der Senat konnte damit weder im linken noch im rechten Kniegelenk Bewegungsdefizite feststellen, die die Schwelle einer geringgradigen Bewegungseinschränkung i.S.d. Teil B Nr. 18.14 VG erreichen. Es bestand jedoch eine Reizung des Knorpels zwischen der Kniescheibe und dem Oberschenkelknochen. Bei der Untersuchung durch Dr. K. zeigte sich sonographisch rechtsseitig eine ganz zarte Ergussbildung, linksseitig ein alterskorrekter Befund. Ein höherer Teil-GdB als 10 ist damit nicht festzustellen.

Ein Teil-GdB für Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Hüfte ist nicht anzunehmen.

Nach Teil B Nr. 18.14 VG (so auch Nr. 26.18 AHP 2008 bzK. AHP 2004) bedingen Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig einen GdB von 10-20, beidseitig einen GdB von 20-30.

Bei der Untersuchung durch Dr. K. gelang die Streckung/Beugung im Bereich der Hüfte rechts mit 0-5-100° und links mit 0-5-120°. Es zeigte sich bei maximaler Beugung eine lokale Schmerzhaftigkeit, eine Ergussbildung als Zeichen eines Reizergusses im Bereich der Hüfte ließ sich jedoch ausschließen. Die bei der Klägerin damit bestehende endgradige Beugeminderung im Bereich des Hüftgelenkes rechtsseitig bei Ausschluss eines Reizergusses im Bereich des rechten Hüftgelenkes rechtfertigt nicht die Annahme eines Teil-GdB.

Soweit die Klägerin darüber hinaus im Bereich des Vorfußes an einer Spreizfußbildung leidet, resultiert auch hieraus kein Teil-GdB, der zu einem höheren Einzel-GdB im Funktionssystem der Beine führen könnte. Nach Teil B Nr. 18.14 VG (so auch Nr. 26.18 AHP 2008 bzK. AHP 2004) bedingen Fußdeformitäten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) keinen GdB, solche mit statischer Auswirkung und einer Funktionsstörung geringen Grades einen solchen von 10. Ein Teil-GdB von 10 ist insoweit nicht festzustellen.

Im Funktionssystem der Beine konnte der Senat mithin einen Einzel-GdB von 10 feststellen.

Im Funktionssystem der Haut ist ein Einzel-GdB von 30 festzustellen.

Die Klägerin leidet insoweit an einer Schuppenflechte (Psoriasis) mit Veränderungen im Bereich beider Großzehennägel und wechselnden Gelenksbeschwerden. Ist die Psoriasis vulgaris auf die Prädispositionsstellen beschränkt, beträgt der Teil-GdB nach Teil B Nr. 17.7 VG (so auch Nr. 26.17 AHP 2008 bzK. AHP 2004) 0 bis 10, ist sie ausgedehnter, bestehen aber erscheinungsfreie Intervalle von Monaten ist ein Teil-GdB von 20 zu Grunde zu legen. Bei andauerndem ausgedehnten Befall oder stark beeinträchtigendem lokalen Befall (z.B. an den Händen) ist ein Teil-GdB von 30-50 zu berücksichtigen. Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagelplatte) sowie eine Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung sind zusätzlich zu bewerten.

Bei der Untersuchung durch Dr. S. und Dr. K. fanden sich keine Hinweise auf eine bedeutsame entzündliche Aktivität der Arthritis. Zwar zeigten sich frische und alte Kratzspuren, die Haut war jedoch unter entsprechender Pflege erscheinungsfrei. Auch bei der Untersuchung durch Dr. K. waren keine größeren Platten der Psoriasiserkrankung erkennbar. Im Bereich der Hände zeigten sich Effloreszenzen am Handgelenk auf der rechten Seite dorsalseitig. Im Bereich der Hände zeigten sich keine Tüpfel- oder Ölnägel. Im Bereich der Beine zeigten sich einzelne Effloreszenzen der Psoriasis. Im Bereich des Großzehennagels D1 rechts bestand eine Nagelveränderung im Sinne eines

Öltüpfelnagels. Linksseitig war der Großzehennagel verbunden. Ein auffälliger Reizzustand der Gelenke bestand nicht. Es zeigte sich lediglich im Bereich der Knie rechtsseitig eine ganz geringe Ergussbildung. Auch die funktionelle Beweglichkeit der Gelenke war nur endgradig eingeschränkt. Eine spezifische Therapie wird nicht durchgeführt.

Unter Berücksichtigung dieser Befunderhebung und der von der Klägerin vorgelegten Bilder geht der Senat davon aus, dass es sich noch nicht um einen andauernden ausgedehnten Befall oder stark beeinträchtigenden lokalen Befall, der einen Teil-GdB von 30-50 rechtfertigen würde, handelt. Insoweit ist – bei an- und abklingendem Beschwerdebild im Durchschnitt (A Nr. 2 Buchst. f) VG vgl. auch Nr. 26.17 AHP 2008 bzK. AHP 2004, jeweils Vorbemerkung) – von einem Teil-GdB von 20 auszugehen. Darüber hinaus bestanden zwar Nagelveränderungen im Bereich der Großzehennägel. Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagelplatte), welche zusätzlich zu bewerten wäre, vermochte der Senat jedoch nicht festzustellen. So hat auch Dr. K. in ihrem Gutachten die Klägerin auch äußerlich befundet und lediglich verformte Großzehennägel sowie umgebende Rötungen beschrieben; von Entzündungen oder Beteiligung weiterer Zehen hat sie nichts berichtet. Erhöhend ist jedoch die Gelenkbeteiligung zu bewerten, für die der Senat – entsprechend des Vorschlags des Dr. K. – einen Teil-GdB von 20 zu Grunde legt. Unter Berücksichtigung des unauffälligen Reizzustandes und der nur endgradigen Einschränkung der funktionellen Beweglichkeit lässt sich ein höherer Teil-GdB hingegen nicht annehmen. Dabei berücksichtigt der Senat, dass nach Teil A Nr. 2 lit. f VG Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen ist. Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist (Beispiele: chronische Bronchitis, Hautkrankheiten, Anfallsleiden), können die zeitweiligen Verschlechterungen – aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB-Beurteilung von dem "durchschnittlichen" Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden.

Danach ist im Funktionssystem der Haut ein Einzel-GdB von 30 anzunehmen.

An dieser Beurteilung ändert auch das von der Klägerin vorgelegte Privatgutachten des Facharztes für Dermatologie und Venerologie Prof. Dr. K. vom 26.08.2002 (Bl. 129 der SG-Akte) sowie vom 03.08.2005 (Bl. 133 ff. der Verwaltungsakte) nichts, welches als urkundlich belegter, qualifizierter Beteiligtenvortrag zu würdigen ist (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 128 Rdnr. 7g). Zwar stellt Prof. Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 03.08.2005 – die entgegen dem Berufungsvorbringen sehr wohl von den Gutachtern Dres. S. usK., insbesondere dem Gutachter B., berücksichtigt worden war (vgl. Gutachten B., Seite 3 ganz oben) – die Diagnose einer Psoriasisarthropathie mit Zentralskelettbeteiligung, hierzu wurde jedoch weder ein dazu passender typischer radiologischer oder anderer bildgebender Befund explizit aufgeführt. Eine – so legt Dr. N. in seinem Gutachten dar – Differentialdiagnose von degenerativen Veränderungen ist damit nicht möglich. In der Äußerung vom 26.08.2002 beschäftigt sich Prof. Dr. K. insbesondere mit der Frage, ob eine Verursachung durch Berufsstoffe wahrscheinlich ist. Die Ursache einer Funktionsbeeinträchtigung ist für die Bewertung des GdB, welcher final bezogen ist, jedoch irrelevant (vgl. Teil A Nr. 2 lit. a VG). Anders als vom Klägerbevollmächtigten angenommen, hat der berufliche Werdegang der Klägerin damit keine Auswirkungen auf die Bewertung des GdB. Auch betreffen die Stellungnahmen von Prof. Dr. K. Zeiträume, die deutlich vor dem hier streitigen Antrag liegen und durch die Befunde der späteren Gutachter aktuellere Befunde vorliegen.

Auch aus den Befundberichten der Orthopädin Dr. F. ergibt sich keine andere Beurteilung. Weder in ihrem Befundbericht vom 17.07.2007 noch vom 26.08.2008 sind Angaben zum radiologischen Befund der Gelenke enthalten, die eine höhere Bewertung rechtfertigen könnten. Aus dem MRT der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 04.09.2007 (Befundbericht des Radiologen PD Dr. K. vom 04.09.2007, Bl. 133 der SG-Akte) ergibt sich für den Senat ebenfalls keine andere Beurteilung. Wie Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. N. in seinem Gutachten vom 06.09.2010 (Bl. 53 ff. der SG-Akte) ausgeführt hat, zeigten sich keine Stigmata für eine Wirbelsäulenbeteiligung der Schuppenflechte. Auf den koronaren Schnittbildern fanden sich gut abgebildete ISG-Fugen ohne Zeichen einer abgelaufenen oder floriden Sakroilitis. Entsprechendes ergibt sich auch aus dem Befundbericht des PD Dr. K. vom 04.09.2007 (Bl. 133 der Senatsakte), der im Bereich der LWS keine entzündlichen Herd-Bildungen feststellen konnte. Auch soweit Dr. K. in ihrem Gutachten vom 02.03.2013 für den Psoriasis-Befall der Hände einen GdB von 30 bis 50 sowie zusätzlich unter Berücksichtigung der Nagelbeteiligung sowie der Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung einen GdB von 30 bis 40 annimmt, ändert dies an der Beurteilung nichts. Das Gutachten enthält schon keine Befunde, die eine entsprechende Bewertung rechtfertigen könnten. Gleiches gilt für das auf Antrag der Klägerin eingeholte Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 18.01.2012 (Bl. 171 ff. der SG-Akte). Dargestellt werden lediglich "anamnestische Befunde" aus der Zeit bis Juni 2006. Welche Funktionsbeeinträchtigungen bei der Klägerin im streitigen Zeitraum ab 30.10.2007 konkret vorliegen, ist dem Gutachten hingegen nicht zu entnehmen. Dieses enthält vielmehr allgemeine Ausführungen und Beschwerdeschilderungen der Klägerin, die die Annahme eines höheren GdB nicht zu rechtfertigen vermögen.

Soweit die Klägerin angibt, an massiven Gelenkschmerzen und entzündeten Fingern zu leiden, weshalb sie Gegenstände nicht greifen und diese ihr auch aus den Händen fallen, folgt ihr der Senat im Sinne einer überdauernden (§ 2 Abs. 1 SGB IX) Funktionsbehinderung nicht. Denn dem Gutachter B. hatte sie selbst gesagt, sie kümmere sich um ihre Internetshops und betreibe manchmal ihre Goldschmiedearbeiten und ihre grafischen Arbeiten, was für den Senat nicht nachvollziehbar wäre, wenn die Klägerin tatsächlich dauerhaft nicht greifen und halten könnte. Dazu passt auch, dass die Klägerin Dr. S. gesagt hatte, zu fotografieren und eine Ausstellung in der WfB (beim Gutachter B. hat sie zusätzlich von einer Ausstellung in einem Laden in Esslingen gesprochen) zu haben. Beim Gutachter B. hat sie insoweit auch mitgeteilt, über Arbeit mit Photoshop – wozu die Benutzung der Finger erforderlich ist – vergesse sie die Schmerzen, auch wenn noch Schmuck im Onlineshop bestellt werde, mache sie diesen selbst, was gegen eine dauerhafte und wesentliche Beeinträchtigung der Hände/Finger durch die Hauterkrankung/Psoriasis spricht.

Ein höherer Einzel-GdB als 30 lässt sich nach alledem im Funktionssystem der Haut nicht feststellen.

Im Funktionssystem der Ohren konnte der Senat unter Berücksichtigung der Schwerhörigkeit, der Ohrgeräusche und des Schwindels einen Einzel-GdB von 40 feststellen.

Nach Teil B Nr. 5 VG (dazu vgl. auch Nr. 26.5 AHP 2008 bzK. AHP 2004) ist für die Bewertung des GdB bei Hörstörungen die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen zu bestimmen ist, maßgebend. Der Beurteilung ist die von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie empfohlene Tabelle (siehe Teil B Nr. 5.2.4, Tabelle D bzK. bei Nr. 26.5 AHP 2008 bzK. AHP 2004) zugrunde zu legen. Nach Durchführung eines Ton- und Sprachaudiogramms ist der Prozentsatz des Hörverlustes

aus den entsprechenden Tabellen abzuleiten.

Bei der Klägerin besteht rechts eine hochgradige und links eine mittelgradige Schwerhörigkeit. Dies entnimmt der Senat dem Sprachaudiogramm des Prof. Dr. K. vom März 2014 (Bl. 101 der Senatsakte) sowie der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. vom 22.08.16 (Bl. 115 der Senatsakte). Bei Zugrundelegung der ermittelten Hörverluste von 70 % rechts und 50 % links – der Senat folgt insoweit dem Gutachter Dr. S. nicht – ergibt sich nach Teil B Nr. 5.2.4 Tabelle D VG bei einer hochgradigen Schwerhörigkeit rechts sowie einer mittelgradigen Schwerhörigkeit links ein Teil-GdB von 30. Dieses Ergebnis wird auch durch das von HNO-Arzt Dr. B. vorgelegte Tonaudiogramm vom 07.03.2016 (Bl. 82 ff. der Senatsakte) gestützt, aus dem sich für das rechte Ohr ein prozentualer Hörverlust von 71 % und links 46 % ableiten lässt (vgl. versorgungsmedizinische Stellungnahme des Dr. W. vom 28.07.2016, Bl. 109 der Senatsakte) und entspricht auch dessen Bewertung, weshalb eine weitergehende Beweisaufnahme nicht erforderlich ist. Da der GdB aber gerade ohne Hörgerät zu bewerten ist, kommt es auch nicht darauf an, dass die Klägerin angegeben hat, Hörgeräte nicht tragen zu können, wegen einer Allergie (an anderer Stelle hat sie mitgeteilt, nur ein Hörgerät zu tragen, das andere habe sie aus finanziellen Gründen nicht angeschafft).

An diesem Ergebnis ändert sich auch nichts durch das nunmehr vorgelegte Sprachaudiogramm vom 06.04.2017 (Bl. 129 der Senatsakte), welches für das rechte Ohr einen Hörverlust von 80 % und links 40 % ergibt. Bei Zugrundelegung dieser Hörverluste ergibt sich nach Teil B Nr. 5.2.4 Tabelle D VG (vgl. auch Nr. 26.5. AHP 2008 bzK. AHP 2004) bei einer hochgradigen bis an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit rechts sowie einer gering- bis mittelgradigen Schwerhörigkeit links jedenfalls kein höherer Teil-GdB als 30. Der Senat geht dabei davon aus, dass die bei der Klägerin vorliegende Hörstörung rechts mit einem prozentualen Hörverlust von 80 % in der genannten Tabelle noch in die Zeile "hochgradige Schwerhörigkeit" fällt. Zwischenwerte sieht die Tabelle an dieser Stelle gerade nicht vor. Eine Bewertung in Fünfergraden, so dass vorliegend ein Teil-GdB von 25 anzunehmen wäre, kommt nicht in Betracht. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind nur Zehnerwerte anzugeben. Die sehr wenigen in der GdB-Tabelle noch (ausdrücklich) enthaltenen Fünfergrade sind alle auf ganz eng beschriebene Gesundheitsstörungen bezogen (vgl. Teil A Nr. 2 lit. e VG). Für die Einordnung spricht auch die Tabelle von Brusis/Mehrtens (vgl. K.steiner Empfehlungen, S. 35), welche einen Hörverlust von 80 % einem Schwerhörigkeitsgrad der hochgradigen Schwerhörigkeit bis an Taubheit grenzend zuordnet. Auch nach dieser Terminologie liegt noch eine hochgradige Schwerhörigkeit vor (vgl. Senatsurteil vom 24.03.2017 – [L 8 SB 1342/14](#), unveröffentlicht). Dies ist auch mit dem Tonaudiogramm vom 06.04.2017 (Bl. 130 der Senatsakte) in Einklang zu bringen, aus welchem sich ein prozentualer Hörverlust von 71 % für das rechte Ohr und 45 % für das linke Ohr ableiten lässt. Eine Verschlechterung lässt sich mithin entgegen des Vortrags der Klägerin nicht feststellen. Dies gilt im vorliegenden Fall insbesondere auch deshalb, weil durch den Vergleich des Tonaudiogramms vom 07.03.2016 zu jenem vom 06.04.2017 die fehlende Verschlechterung festgestellt werden kann, zumal auch gegenüber dem Sprachaudiogramm von Prof. Dr. K. jedenfalls keine wesentliche Verschlimmerung dargestellt ist; auch die zuletzt vorgelegte Verordnung von Hörgeräten ist insoweit keine Neuerung gegenüber dem Befund des Prof. Dr. K., da schon 2013, also vor dessen Befund, eine Hörgeräteversorgung verordnet worden war.

Die rezidivierenden Rötungen und Entzündungen der Gehörgänge beidseits mit Krustenbildung und Sekretbildung hat auch Dr. B. nicht als funktionell relevant eingestuft. Mangels funktionellen Folgen ist insoweit ein Teil-GdB nicht anzunehmen.

Im Funktionssystem der Ohren leidet die Klägerin weiterhin unter einem Tinnitus rechts. Nach Teil B Nr. 5.3 VG (vgl. auch Nr. 26.5 AHP 2008 bzK. AHP 2004) bedingen Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen einen GdB von 0 bis 10, solche mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen einen GdB von 20. Ohrgeräusche mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit rechtfertigen einen GdB von 30 bis 40. Erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen sind nicht nachgewiesen. Die Klägerin hat insoweit bei der Untersuchung durch Dr. S. am 28.04.2014 angegeben, dass der Tinnitus zwar subjektiv störend sei. Sie könne jedoch allmählich "gut damit leben". Ein höherer Teil-GdB als 10 ist damit nicht festzustellen. Entsprechend hat – worauf auch im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche eingegangen wird (dazu s.u.) – Dr. L. in ihrem Bericht vom 11.11.2013 ausgeführt, es liege "definitiv keine relevante psychiatrische Erkrankung" vor, was auch die Klägerin beim Gutachter B. ("psychische Beschwerden habe sie gar keine") aus ihrer Sicht bestätigt hat.

Für die bei der Klägerin bestehenden Gleichgewichtsstörungen ist ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Ob diese bei der Klägerin bestehenden Schwindelbeschwerden – wie Dr. S. angibt – möglicherweise durch zerebrale diffuse Perfusionsstörungen hervorgerufen werden, oder ob diese intermittierend auftretende Drehschwindel am ehesten Hinweis für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel zu werten ist – wie der Gutachter B. meint – kann insoweit offenbleiben. Maßgeblich für die Bewertung des GdB ist nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung der Gesundheitsstörung am Leben in der Gesellschaft (BSG 30.09.2009 – [B 9 SB 4/08 R](#), juris). Nach Teil B Nr. 5.3 VG (siehe auch Nr. 26.5 AHP 2008 bzK. AHP 2004) bedingen Gleichgewichtstörungen ohne wesentliche Folgen [beschwerdefrei, allenfalls Gefühl der Unsicherheit bei alltäglichen Belastungen (z. B. Gehen, Bücken, Aufrichten, Kopfdrehungen, leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung)] leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen (Schwanken) bei höheren Belastungen (z. B. Heben von Lasten, Gehen im Dunkeln, abrupte Körperbewegungen) stärkere Unsicherheit mit Schwindelerscheinungen (Fallneigung, Ziehen nach einer Seite) erst bei außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Stehen und Gehen auf Gerüsten, sportliche Übungen mit raschen Körperbewegungen) keine nennenswerten Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen einen GdB von 0 bis 10, solche mit leichten Folgen [leichte Unsicherheit, geringe Schwindelerscheinungen wie Schwanken, Stolpern, Ausfallsschritte bei alltäglichen Belastungen, stärkere Unsicherheit und Schwindelerscheinungen bei höheren Belastungen, leichte Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen erst auf höherer Belastungsstufe] einen GdB von 20. Gleichgewichtsstörungen mit mittelgradigen Folgen [stärkere Unsicherheit, Schwindelerscheinungen mit Fallneigung bereits bei alltäglichen Belastungen, heftiger Schwindel (mit vegetativen Erscheinungen, gelegentlich Übelkeit, Erbrechen) bei höheren und außergewöhnlichen Belastungen, deutliche Abweichungen bei den Geh- und Stehversuchen bereits auf niedriger Belastungsstufe] rechtfertigen einen GdB von 30 bis 40.

Bei der Untersuchung durch Dr. S. am 11.04.2014 wurde im Stehen kein Schwindel thematisiert. Das Aufrichten geschah zügig, die Klägerin stand frei, ohne dass ein Schwindel beobachtet wurde. Bei der Untersuchung durch den Arzt B. am 11.04.2014 gab die Klägerin an, sie habe starken Schwindel beim Gehen. Dieser trete beim Lagewechsel oder beim Bücken auf. Es seien dann eher kurzfristige Phasen. Wie häufig diese auftreten, könne sie nicht benennen. Es zeigte sich keine belangvolle zentrale Gangstörung, der Romberger Versuch gelang bei Ablenkung völlig sicher. Beim Unterberger Tretversuch zeigte sich kein pathologisches Abweichen. Die Klägerin gab bei der Untersuchung durch den Arzt B. zudem an, sie stehe regelmäßig auf, versorge ihren Haushalt und ihren Ehemann, kümmere sich um ihren Internetshop, betreibe manchmal ihre Goldschmiedearbeiten oder aber auch ihre graphischen Arbeiten. Sie besuche regelmäßig eine katholische Gruppe, Einkäufe tätige sie einmal die Woche mit dem Auto. Auch "wühle sie im Garten", auch wenn es anstrengend sei. Mehr als leichte Folgen

lassen sich aus diesen Schilderungen jedenfalls nicht ableiten.

An dieser Beurteilung ändert auch der Befundbericht des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Prof. Dr. K. vom 21.03.2014 (Bl. 93 ff. der Senatsakte) nichts. Prof. Dr. K. diagnostiziert hierin zwar eine peripher vestibuläre Gleichgewichtsfunktionsstörung, funktionelle Einschränkungen ergeben sich jedoch nicht. Nachdem die Untersuchung durch Prof. Dr. K. bereits vor der gutachterlichen Untersuchung und Befunderhebung der Gutachter Dr. S. und des Arztes B. lag, in welcher sich lediglich die dargestellten Einschränkungen ergaben, war der Senat auch nicht gehalten weitere Ermittlungen durchzuführen. Aktuelle Berichte hat die Klägerin insoweit nicht vorgelegt.

Ein höherer Einzel-GdB als 40 lässt sich im Funktionssystem der Ohren damit nicht feststellen.

Eine GdB-relevante Sehstörung konnte der Senat nicht feststellen. Die angegebene Sehbahnverlangsamung bedingt keine funktionellen Auswirkungen, solche hat auch die Klägerin nicht mitgeteilt.

Im Funktionssystem der Atmung ist ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen.

Nach Teil B Nr. 8. 5 VG (vgl. auch Nr. 26.8 AHP 2008 bzK. AHP 2004) ist ein Bronchialasthma ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion bei Hyperreagibilität mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten Anfällen mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten, bei einer Hyperreagibilität mit häufigen (mehrmals pro Monat) und/oder schweren Anfällen ist ein GdB von 30 bis 40 anzunehmen. Eine Hyperreagibilität mit Serien schwerer Anfälle bedingt einen GdB von 50.

Bei der Untersuchung durch Dr. S. am 11.04.2014 wurde im Rahmen der Ergometrie eine kontinuierliche Überwachung der Sauerstoffsättigung durchgeführt. Ganz überwiegend lagen die Werte dabei bei 98 % O₂-Sättigung. Hinweise auf eine respiratorische Beschränkung der Leistung ergaben sich nicht. Die Nativuntersuchung ergab keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Lungenerkrankung. Nach Gabe eines Bronchodilators zeigte sich eine leichte Verschlechterung der Lungenfunktion, diese war jedoch nicht signifikant. Ein höherer GdB als 10 ist insoweit nicht nachgewiesen. Soweit die Klägerin insoweit vorträgt, die Beeinträchtigungen seien auf ihre Tätigkeit als Goldschmiedin zurückzuführen, ist dies für die Bewertung des GdB ohne Belang. Wie bereits dargelegt, ist die Ursache einer Funktionsbeeinträchtigung für die Bewertung des GdB, welcher final bezogen ist, irrelevant (vgl. Teil A Nr. 2 lit. a VG). Auch soweit die Klägerin vorträgt, ihr Atemfluss sei trotz der Einnahme eines Cortisonsprays den ganzen Tag über beeinträchtigt, deckt sich dies nicht mit den durch Dr. S. erhobenen objektiven medizinischen Befunden. Die Klägerin hat auch keine Befundunterlagen vorgelegt, aus welchen sich eine etwaige Einschränkung, die eine höhere Bewertung rechtfertigen könnte, ergeben würden. Insbesondere ergibt sich aus dem von ihr vorgelegten Kurzbefund des Internisten Dr. L. vom 15.03.2002 (Bl. 118 der SG-Akte) eine nur leichtgradige bronchiale Hyperreagibilität.

Ein höherer Einzel-GdB als 10 lässt sich für das Funktionssystem der Atmung mithin nicht annehmen. Soweit Dr. K. eine erhebliche Funktionsbeeinträchtigung annimmt (Blatt 285 der SG-Akte = Seite 25 des Gutachtens) kann der Senat dieser fachfremden Einschätzung nicht folgen.

Für das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche ist unter Berücksichtigung einer leichtgradigen sensomotorischen Polyneuropathie, einer leichtgradigen Migräne sowie einer Marklagerveränderung ein Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet, die einen Teil-GdB von mindestens 10 rechtfertigen würden, liegen hingegen nicht vor.

Bei der Klägerin besteht insoweit eine leichtgradige sensomotorische Polyneuropathie. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Arztes B. ...

Nach Teil B Nr. 3.11 VG (vgl. auch Nr. 26.3 AHP 2008 bzK. AHP 2004) ergeben sich bei den Polyneuropathien die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund motorischer Ausfälle (mit Muskelatrophien), sensibler Störungen oder Kombinationen von beiden. Der GdB motorische Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen - z.B. bei Feinbewegungen - führen können. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung durch Herrn B. konnte dieser eine Polyneuropathie bei leichtgradiger craniocaudaler Reflexabschwächung feststellen, wobei Paresen fehlten, ebenso belangvolle Atrophien. Darüber hinaus bestand lediglich eine Abschwächung der ASR, jedoch kein Reflexausfall und nur eine leichtgradige Reduktion der Pallästhesie im Bereich beidseitiger Innenknöchel. Der Lagersinn auch an den Zehen war erhalten. Reproduzierbare Einschränkungen der Oberflächensensibilität einer schwergradigen Polyneuropathie konnten nicht befundet werden. Auch die Klägerin gab keinen polyneuropathiebedingten Schmerz an. Eine bedeutsame Funktionseinbuße durch die Polyneuropathie ist daher nicht festzustellen, ein höher Teil-GdB als 10 ergibt sich mithin nicht.

Die Klägerin leidet im Funktionssystem des Gehirns weiterhin an einer leichtgradigen Migräne.

Nach Teil B Nr. 2.3 VG (vgl. auch Nr. 26.2 AHP 2008 bzK. AHP 2004) ist eine echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen zu bewerten. Eine leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) bedingt einen GdB von 0 bis 10, eine mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) rechtfertigt die Feststellung eines GdB von 20 bis 40. Bei der Untersuchung durch den Arzt B. gab die Klägerin an, sie könne nicht sagen, wie oft pro Monat bei ihr aufträten. Eine medikamentöse Behandlung wird insoweit nicht durchgeführt, Besserung brächte Ablenkung. Eine bereits mittelgradige Verlaufsform lässt sich bei fehlender Notwendigkeit zur medikamentösen Behandlung und bei Besserung der Kopfschmerzen durch Ablenkung jedenfalls nicht annehmen. Ein höherer Teil-GdB als 10 ist mithin nach nachgewiesen.

Bei der Klägerin besteht zudem eine neurologische Auffälligkeit in der Form einer kleinfleckigen mikroangiopathischen supratentoriellen Marklagerläsion. Dies entnimmt der Senat dem Befundbericht des Facharztes für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie Dr. S. vom 24.07.2017 (Bl. 80 der Senatsakte).

Für die Bewertung von Hirnschäden bestimmt Teil B Nr. 3.1 VG (siehe auch Vorbemerkung zu Nr. 26.3 AHP 2008 bzK. AHP 2004), dass ein Hirnschaden nachgewiesen ist, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns festgestellt worden sind. Wenn bei späteren Untersuchungen keine hirnorganischen Funktionsstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen mehr zu erkennen sind, beträgt der GdB dann

- auch unter Einschluss geringer z.B. vegetativer Beschwerden - 20; nach offenen Hirnverletzungen nicht unter 30. Bestimmend für die Beurteilung eines höheren GdB ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen. Ein höherer GdB kommt so nach B Nr. 3.1.1 VG (Nr. 26.3 AHP 2008 bzK. AHP 2004) in Betracht, wenn die Hirnschäden mit zumindest geringer Leistungsbeeinträchtigung einhergehen oder i.S.v. B Nr. 3.1.2 VG (Nr. 26.3 Buchst. A und B AHP 2008 bzK. AHP 2004) jedenfalls mit isoliert vorkommenden bzK. führenden Syndromen verbunden sind.

Bei der Klägerin konnte zwar die Marklagerläsion, eine Stelle im Hirngewebe, die in der Untersuchung anders aussieht als normal, im MRT festgestellt werden. Doch ergeben sich hieraus keinerlei Symptome einer organischen Veränderung; solche konnte der Senat zu keinem Zeitpunkt feststellen. Damit fällt die Marklagerveränderung vorliegend nicht unter die Hirnschäden i.S.v. B Nr. 3.1 VG. Sie ist auch nicht nach anderen Bewertungsmaßstäben von B Nr. 3 VG mit einem Teil-GdB zu bewerten, denn sie ist bislang ohne erkennbares funktionelles Defizit geblieben. Bei der Untersuchung durch den Gutachter B. waren belangvolle kognitive Einschränkungen nicht festzumachen. Aufmerksamkeit, Konzentration und auch die Gedächtnisleistungen waren nicht eingeschränkt. Auch in der Testpsychologie zeigte sich im MMST kein pathologischer Gesamtscore wie im Übrigen auch der Uhren-Test nach Shulman keinen wegweisenden Befund im Sinne einer das Altersmaß übersteigenden kognitiven Einschränkung ergab. Auch weisen die im Rahmen der Begutachtung erhobenen Alltags- und Freizeitaktivitäten der Klägerin auf keine wesentliche Beeinträchtigung hin.

Für das Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ergibt sich daher jedenfalls kein höherer Einzel-GdB als 10.

An diese Beurteilung ändert auch die durch Dr. K. diagnostizierte multiple Chemikaliensensibilität (MCS) nichts. Nach Teil B Nr. 18.4 (vgl. Nr. 26.18, S. 113 AHP 2008 bzK. die AHP 2004) ist die MCS und ähnliche Syndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Insoweit ist als Vergleichsmaßstab die Bewertung psychovegetativer oder psychischer Störungen führend heranzuziehen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.03.2014 - [L 10 SB 161/12](#), juris). Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten. Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) bedingen einen GdB von 30 bis 40. Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheiten) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten sind mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten. Ein Hinweis auf eine relevante psychiatrische Störung im Sinne von Teil B, Nr. 3.7 VG ergab sich im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nicht. Ein Anhalt für eine Depression fand sich nicht. Bei der Untersuchung durch den Gutachter B. war die Konzentration und Aufmerksamkeit nach klinischem Befund nicht eingeschränkt, belangvolle Gedächtnisstörungen waren nicht vorhanden. Es bestand keine Verlagerung des Affekts zum depressiven Pol hin, die affektive Schwingungsfähigkeit war nicht eingeschränkt. Es zeigte sich weder ein Antriebsdefizit noch ein gesteigerter Antrieb. Die Klägerin gab an, sie stehe regelmäßig auf, versorge ihren Haushalt, kümmere sich um ihren Internetshop, betreibe manchmal ihre Goldschmiedearbeiten oder ihre graphischen Arbeiten, wobei sie Bilder am PC bearbeite und hieraus dann Drucke und Kalender gestalte. Auch "wühle sie im Garten", was man halt noch machen müsse. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit konnte der Senat nach alledem nicht feststellen. Auch findet keine entsprechende fachärztliche Behandlung statt, was gegen einen bestehenden Leidensdruck der Klägerin spricht. Der von Dr. K. mitgeteilte GdB für die von ihr im Vordergrund gesehene MCS ist aufgrund des von ihr erhobenen psychischen Befundes, der insoweit für die GdB-Einschätzung von maßgeblicher Relevanz ist, mit nur leicht gedämpfter Stimmungslage und nicht eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit weder nachvollziehbar noch mit den VG zu vereinbaren. Soweit Dr. K. einen GdB von 50 annimmt, tragen die von ihr mitgeteilten (knappen) Befunde diese Bewertung nicht. Ein detaillierter Tagesablauf wird nicht geschildert. Auch Dr. K. selbst geht nur von einer leicht gedämpften Stimmungslage aus und sieht die affektive Schwingungsfähigkeit in keiner Weise eingeschränkt. Eine psychiatrische Erkrankung hat auch sie nicht mitgeteilt. Dies deckt sich im Übrigen mit dem Attest der Fachärztin für Psychiatrie Dr. L. vom 11.11.2013 (Bl. 339 der SG-Akte), bei welcher die Klägerin seit 2007 in Behandlung steht. Dr. L. hat insoweit mitgeteilt, dass die Klägerin zwar eine dysthymische Stimmungslage entwickelt habe, aber "definitiv KEINE relevanten psychiatrischen Erkrankungen" bestünden, was auch die Klägerin beim Gutachter B. ("psychische Beschwerden habe sie gar keine") aus ihrer Sicht bestätigt hat. Darüber hinaus handelt es sich bei der Multiplen Chemikaliensensibilität nach Angabe des Arztes B. um eine schulmedizinisch nicht etablierte Diagnose.

Auch im Hinblick auf die vasculäre Encephalopathie ergibt sich keine höhere Bewertung. Bei der Untersuchung durch den Gutachter B. zeigten sich - wie oben bereits weiter ausgeführt - keine belangvollen kognitive Einschränkungen. Die Etasie des Abgangs der linken arteria cerebri posterior im proximalen P 1- Segment sowie eine knickförmige nach ventral verlaufende Stenose, eine Ektasie des Basilariskopfes, denen die Klägerin eine Minderdurchblutung des Gehirns sowie eine massive Hirnleistungsstörung zuschreibt, ließen im Hinblick auf sich funktionell auswirkende Folgen nicht nachvollziehen. So konnten die Gutachter diese Störung nicht darstellen, noch die Hirnleistungsminderung objektivieren. Weder dem Gutachten der Dr. K. noch des Arztes B. lassen sich entsprechende Befunde entnehmen. Der Senat konnte - diese Erkrankungen als wahr unterstellt - feststellen, dass keine diesbezüglichen Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die bei der GdB-Bewertung über die bereits berücksichtigten Einschränkungen hinaus einen höheren Einzel-GdB rechtfertigten.

Soweit die Klägerin neurotologische Störungen der Gleichgewichtsfunktion und eine neurosensorische Hörstörung, eine Hörbahnstörung und eine Sehbahnstörung angibt, konnte der Senat über die im Funktionssystem der Ohren berücksichtigten Funktionsbeeinträchtigungen keine weiteren Funktionsstörungen neurologischer Art feststellen, die einen zusätzlichen GdB begründen oder den GdB der Ohren erhöhen würden. Auch die behaupteten Ohnmachtsanfälle sind nicht belegt und begründen keinen GdB. So hat die Klägerin dem Gutachter B. gesagt, Ohnmachtsanfälle träten jetzt nicht mehr auf, wahrscheinlich seien diese vom Blutdruck gekommen. Zwar weisen - wie die Klägerin zutreffend ausführt - verschiedene Tests bei Dr. K. auf eine Koordinationsstörung hin, doch konnten diese beim Gutachter B. nicht bestätigt werden. Vielmehr waren dort z.B. Romberg- und Unterbergerversuche - teilweise unsicher aber immerhin - durchgeführt worden, sodass die Einschätzung von Dr. K. eher einen nur kurzzeitigen Zustand betrifft und nicht i.S.d. [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) überdauernd ist.

Eine cerebrale Halbseitenlähmung, die nach dem Vortrag der Klägerin zeitweise und immer wieder aufträte, konnte der Senat nicht in den Arztbriefen und Gutachten bestätigt sehen, sodass ein GdB insoweit nicht anzunehmen ist. Zwar hat Dr. K. eine solche mit einem GdB von 30 bewertet, doch hat sie diese Erkrankung weder diagnostiziert noch ist ihrem Gutachten zu entnehmen, dass sie entsprechende Untersuchungen vorgenommen hätte oder auch nur entsprechende Befunde selbst erhoben hätte. Der Gutachter B. konnte eine Halbseitenlähmung dagegen nicht bestätigen.

Weitere GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzK. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, konnte der Senat nicht

feststellen. Dies gilt namentlich für die von der Klägerin geltend gemachten Allergien. Bei der Untersuchung durch Dr. S. fanden sich keine Zeichen eines vermehrten Meteorismus oder einer gestörten Darmperistaltik. Die Klägerin war vielmehr normalgewichtig. Einen reduzierten Ernährungs-, Kräfte- oder Allgemeinzustand hat keiner der Gutachter (vgl. z.B. Gutachten Dr. S.), auch nicht die behandelnden Ärzte, mitgeteilt und konnte der Senat auch nicht feststellen. Die zahlreichen durch Dr. S. durchgeführten Laboruntersuchungen ergaben weder bei den Standardparameter irgendwelche Hinweise auf Mangelerkrankungen durch eine Maldegestion oder Malabsorption noch waren die speziellen Untersuchungen im Hinblick auf Vitamine diesbezüglich pathologisch, sodass eine gravierende intestinale Fehlfunktion durch die Unverträglichkeiten nicht angenommen werden kann. Hieran ändert weder der Befundbericht des Internisten Dr. L. vom 15.03.2002 (Bl. 118 der SG-Akte) noch das Attest des Urologen Dr. E. vom 01.05.1996 (Bl. 121 der SG-Akte) etwas. Befunde, die eine höhere Bewertung rechtfertigen könnten, werden insoweit nicht mitgeteilt. Darüber hinaus konnte in der Deutschen Klinik für Diagnostik – Fachbereich Allergologie kein Hinweis auf Nahrungsmittelallergie, Allergene oder eine Intoleranz festgestellt werden (Bericht vom 23.10.1995, Bl. 30 der Verwaltungsakte).

Soweit die Klägerin angibt, es sei in jüngster Vergangenheit zur allergischen Schocks gekommen, sind diese nicht nachgewiesen. Entsprechende Arztberichte wurden nicht vorgelegt, eine ärztliche Behandlung nicht vorgetragen.

Für das Funktionssystem Herzkreislauf kann unter Berücksichtigung von Teil B, Nr. 9 ff. VG (siehe auch Nr. 26.9 AHP 2008 bzK. AHP 2004) unter Berücksichtigung der im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung am 11.04.2014 durch Dr. S. erhobenen Befunde kein Teil-GdB berücksichtigt werden. Insoweit konnte Dr. S. keine positiven Anzeichen für eine koronare Herzerkrankung feststellen. Eine eindeutige Angina pectoris-Symptomatik war aus den Beschwerden der Klägerin nicht erkennbar. Die Ergometrie wurde zwar nur bis zu einem niedrigen Leistungsniveau durchgehalten. Dies war jedoch nicht durch die kardialen Beschwerden bedingt, sondern durch Beschwerden in den Beinen. Im EKG waren keine Auffälligkeiten vorhanden. Ein Teil-GdB von 10 ist daher nicht festzustellen.

Auch für das Funktionssystem der Arme konnte der Senat keinen Einzel-GdB von mindestens 10 feststellen. Soweit Dr. K. im Rahmen seiner Untersuchung eine akute Reizung der Unterarmstreckerkette am Ansatz der Knochenhaut des Ellenbogens rechts (sogenannter Tennisellenbogen), derzeit mit einer Bandage therapiert, diagnostizierte, ergibt sich auch hieraus keine GdB-relevante Einschränkung. Insoweit handelt es sich nach seinen Angaben um eine akute Erkrankung, bei der bei entsprechender Therapie ein Ausheilen zu erwarten sei. Das ein solches nicht eingetreten ist, ist weder vorgetragen, noch sonst ersichtlich. Ein GdB für das Funktionssystem der Arme ergibt sich daher, wie auch das SG schon zutreffend dargestellt hat, nicht.

Damit ist bei der Klägerin ein höherer Gesamt-GdB als 70 nicht festzustellen. Die Bemessung des Gesamt-GdB erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; [BSG SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft – gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB – nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 – oder ein anderer Wert – fest vorgegeben ist ([BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Ordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen in Beziehung zu setzen sind – z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usK. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grundsätzlich weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzK. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris) beeinträchtigen. Dies ist – wie dargestellt – anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von

• 40 für das Funktionssystem Ohren und Gleichgewicht, • 30 für das Funktionssystem Haut, • 20 für das Funktionssystem Rumpf, • 10 für das Funktionssystem Beine, • 10 für das Funktionssystem Atmung sowie • 10 für das Funktionssystem Gehirn/Psyché,

wobei sich Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend auswirken.

Die Feststellung eines höheren GdB als 70 kommt derzeit nach Auffassung des Senats jedenfalls nicht in Betracht. Die Klägerin ist bei einem Vergleich mit den Katalogfällen, in denen die VG bzK. die zuvor anzuwendenden AHP 2008 bzK. AHP 2004 einen GdB von 80 und mehr

vorsehen, nicht entsprechend gleich schwer funktionell beeinträchtigt.

Der Gerichtsbescheid des SG sowie die angefochtenen Bescheide sind insoweit nicht zu beanstanden.

Soweit die Klägerin (Seite 6 der Berufungsbegründung) angibt, keinen Schwerbehindertenausweis zu haben, obwohl ihr ein GdB von 70 zuerkannt ist, dürfte dieser Vortrag schon deshalb unschlüssig sein, weil der Beklagte der Klägerin einen Ausweis bereits erteilt hat (vgl. Blatt 110, 111 der Beklagtenakte).

2. Auch hinsichtlich der Merkzeichens "aG", "B" und "RF" ist die Berufung unbegründet, da die Klägerin die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Zuerkennung der Merkzeichen nicht erfüllt.

Maßgebliche Rechtsgrundlage für die Feststellung des Merkzeichens "aG" ist zunächst [§ 69 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) i.V.m. §§ 1 Abs. 4 und 3 Abs. 1 Nr. 1 der Schwerbehindertenausweisverordnung vom 25.07.1991, zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 02.12.2006 ([BGBl. I S. 2742](#)). Danach ist das Merkzeichen "aG" festzustellen, wenn der behinderte Mensch außergewöhnlich gehbehindert im Sinne des [§ 6 Abs. 1 Nr. 14](#) des Straßenverkehrsgesetzes oder entsprechender straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften ist. Seit 30.12.2016 gilt [§ 146 Abs. 3 SGB IX](#).

Eine derartige straßenverkehrsrechtliche Vorschrift i.S.d. [§ 69 Abs. 4 SGB IX](#) ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung (VwV-StVO) vom 26.01.2001 (BAz S. 1419, berichtigt S. 5206). Nach Abschnitt II Nr. 1 der VwV-StVO zu [§ 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO](#) sind als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung insbesondere solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können, oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem zuvor genannten Personenkreis gleichzustellen sind.

Bis zum 31.12.2008 waren die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG 23.06.1993 [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten.

Zunächst konnte sich der Beklagte hinsichtlich der Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "aG" nach ständiger Rechtsprechung des Senats nicht auf die VG (Teil D Ziff. 3) berufen. Eine gesetzliche Ermächtigung für den Ordnungsgeber, die Grundsätze für die nach dem Schwerbehindertenrecht zu beurteilenden Nachteilsausgleiche durch Verordnung regeln zu können, enthielten nach Auffassung des Senats weder § 30 Abs. 17 BVG in der Fassung bis 30.06.2011 bzK. § 30 Abs. 16 BVG in der ab 01.07.2011 gültigen Fassung, der nicht auf die im Schwerbehindertenrecht im SGB IX geregelten Nachteilsausgleiche verweist (vgl. Dau, jurisPR SozR 4/2009), noch andere Regelungen des BVG. Eine Rechtsgrundlage zum Erlass einer Verordnung über Nachteilsausgleiche war bislang auch nicht in den einschlägigen Vorschriften des SGB IX vorhanden. Die Regelungen der VG zum Nachteilsausgleich aG (und G) waren damit nach ständiger Rechtsprechung des Senats mangels entsprechender Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig (vgl. Urteile des Senats vom 23.07.2010 - [L 8 SB 3119/08](#) - und vom 14.08.2009 - [L 8 SB 1691/08](#) -, beide veröff. in juris und wwK.sozialgerichtsbarkeit.de; so auch der ebenfalls für Schwerbehindertenrecht zuständige 6. Senat des LSG Baden Württemberg, vgl. stellvertretend Urteil vom 04.11.2010 [L 6 SB 2556/09](#), unveröffentlicht; offen lassend der 3. Senat, vgl. Urteil vom 17.07.2012 [L 3 SB 523/12](#) unveröffentlicht). Rechtsgrundlage waren daher allein die genannten gesetzlichen Bestimmungen und die hierzu nach ständiger Rechtsprechung zulässig anzuwendenden Verwaltungsvorschriften.

Mit Wirkung zum 15.01.2015 hat der Gesetzgeber in [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) eine Verordnungsermächtigung eingeführt und in [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) eine Übergangsregelung getroffen (eingefügt durch Art. 1a des am 15.01.2015 in Kraft getretenen Gesetzes zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG vom 07.01.2015; [BGBl. II S. 15](#)). [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der Fassung vom 07.01.2015 lautet nunmehr: Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Von der Verordnungsermächtigung ist bislang kein Gebrauch gemacht worden. Nach der ebenfalls am 15.01.2015 in Kraft getretenen Übergangsregelung des [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) in der Fassung vom 07.01.2015 gelten, soweit noch keine Verordnung nach § 70 Abs. 2 erlassen ist, die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der aufgrund des § 30 Abs. 16 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.

Nach Auffassung des Senats hat der Gesetzgeber mit der Übergangsregelung des [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) ab dem 15.01.2015 wirksam und mit hinreichend bestimmtem Gesetzeswortlaut eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Feststellung des Merkzeichens "aG" geschaffen. Die so geschaffene Rechtsgrundlage für die Feststellung des Merkzeichens "aG" entfaltet jedoch keine Rückwirkung, sondern ist erst ab dem Datum des Inkrafttretens am 15.01.2015 wirksam (Urteil des Senats vom 22.05.2015, - [L 8 SB 70/13](#) -, juris, wwK.sozialgerichtsbarkeit.de). Folglich stellt der Senat für die Zeit bis zum 31.12.2008 auf die AHP, bis 14.01.2015 auf die von der Rechtsprechung für die Feststellung des Merkzeichens "aG" entwickelten Kriterien und für die Zeit ab dem 15.01.2015 auf die in den VG geregelten Kriterien ab.

Zuletzt hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 30.12.2016 [§ 146 SGB IX](#) einen Abs. 3 angefügt, der nunmehr die Voraussetzungen des Merkzeichens "aG" regelt. Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind danach Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Für die Zeit ab dem 30.12.2016 fehlt es bei der Klägerin bereits an einer mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der

Behinderung von mindestens 80 entspricht. Insoweit bedingt auch das subjektive Gefühl des Angewiesenseins auf einen Rollstuhl das Merkzeichen "aG" nicht.

Aber auch für die Zeit vor dem 30.12.2016 liegen die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "aG" nicht vor. Der Senat konnte bei der Klägerin auch keine Gesundheitsstörungen, die deren Gehvermögen aufs Schwerste einschränken, feststellen. Dass sich die Klägerin nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen kann, ist nach den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen und insbesondere auch ihren Angaben gegenüber den Gutachtern Dr. S., Dr. K., Dr. S. sowie dem Facharzt B. nicht der Fall. So hat die Klägerin selbst angegeben, sogar schwere Lasten auszufahren und zusammengepackte Kalender und Postkarten auszuliefern. Der Umstand, dass es für die Klägerin "praktisch" wäre, so ihre Angabe gegenüber dem Gutachter B., wenn sie beim Einkaufen immer auf den Behindertenparkplätzen stehen könnte bzK. schwere Lasten nicht allzu weit tragen müsse, reicht für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" nicht aus. Dass sich die auf nervenärztlichem Fachgebiet vorliegende Polyneuropathie auf die Gehfähigkeit auswirkt, ist aufgrund des Gutachtens des Herrn B. nicht ersichtlich. Auch aufgrund des Lagerungsschwindels ist eine wesentliche Einschränkung der Gehfähigkeit nicht belegt. Die Schwindelattacken treten nur kurzzeitig auf. Auch die auf HNO-ärztlichem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitseinschränkungen bedingen keine Einschränkung der Gehfähigkeit der Klägerin. Auf Grundlage des Gutachtens des Dr. K. lässt sich auch aufgrund der orthopädischen Erkrankungen eine wesentliche Einschränkung der Gehfähigkeit der Klägerin nicht feststellen. Nach den Feststellungen der Gutachter ist die Klägerin vielmehr noch in der Lage, eine Wegstrecke von 500 m zurückzulegen; die Angaben der Klägerin hierzu sind schon in sich widersprüchlich als sie angibt Wegstrecken von mehr als 20 m nicht mehr ohne Begleitung zurücklegen zu können, gleichzeitig angibt Dr. H. habe Wegstrecken von unter 100 m für möglich gehalten, an anderer Stelle gibt sie Wegstrecken von 220 m an und dass sie teilweise auch ihre Postkarten und Kalender, die im Onlineshop bestellt worden seien, selbst ausliefere. Dass sich die Klägerin außerhalb des Kraftfahrzeuges nur mit fremder Hilfe oder nur mit größter Anstrengung bewegen könnte und deshalb der Personengruppe, die als außergewöhnlich gehbehindert anerkannt sind, gleichzustellen wäre, ist auch anhand der übrigen zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen für den Senat nicht nachgewiesen. Damit liegen die Voraussetzungen des Merkzeichens "aG" nicht vor.

Auch das auf Antrag der Klägerin eingeholte Gutachten der Dr. K. ändert hieran nichts. Dr. K. gibt vielmehr an, die Klägerin sei in der Lage eine Gehstrecke von etwa 100 Metern zu überwinden. Soweit die Gutachterin weiter ausführt, eine Benutzung von Behindertenparkplätzen erscheine dringend geboten, da die Klägerin aufgrund der Beeinträchtigung einen PKW nur bei weit geöffneter Tür verlassen könne, rechtfertigt dies die Feststellung des Merkzeichens "aG" nicht (BSG, Urteil vom 03.02.1988 – [9/9a RVs 19/86](#), juris; vgl. auch Senatsurteil vom 20.03.2015 – L 8 SB 1086/14, unveröffentlicht). Auch das Gefühl des teilweisen Angewiesenseins auf einen Rollstuhl objektiviert nicht die Voraussetzungen des Merkzeichens "aG".

Darüber hinaus liegen auch die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "B" nicht vor.

Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind, [§ 146 Abs. 2 SGB IX](#). Nach [§ 145 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX](#) wird eine Begleitperson eines schwerbehinderten Mensch i.S.d. [§ 145 Abs. 1 SGB IX](#) unentgeltlich im öffentlichen Nahverkehr befördert, wenn die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen ist und dies im Schwerbehindertenausweis eingetragen ist. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des [§ 145 Abs. 1 SGB IX](#) sind Personen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, hilflos oder gehlos sind, denen also das Merkzeichen G, H oder Gl zuerkannt ist.

Bis zum 31.12.2008 waren die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (AHP) heranzuziehen (BSG, Urteil vom 23.06.1993 – [9/9a RVs 1/91](#), [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 – [9 RVs 4/95](#), [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 – [B 9 SB 3/02 R](#), [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 – [9a/9 RVs 7/89](#), BSG [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#)). Seit 01.01.2009 ist an die Stelle der AHP die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten.

Bislang konnte sich der Beklagte hinsichtlich der Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "B" nach ständiger Rechtsprechung des Senats nicht auf die VG (Teil D Nr. 1 und 2) berufen. Eine gesetzliche Ermächtigung für den Verordnungsgeber, die Grundsätze für die nach dem Schwerbehindertenrecht zu beurteilenden Nachteilsausgleiche durch Verordnung regeln zu können, enthielten nach Auffassung des Senats weder § 30 Abs. 17 BVG in der Fassung bis 30.06.2011 bzK. § 30 Abs. 16 BVG in der ab 01.07.2011 gültigen Fassung, der nicht auf die im Schwerbehindertenrecht im SGB IX geregelten Nachteilsausgleiche verweist (vgl. Dau, jurisPR SozR 4/2009), noch andere Regelungen des BVG. Eine Rechtsgrundlage zum Erlass einer Verordnung über Nachteilsausgleiche war bislang auch nicht in den einschlägigen Vorschriften des SGB IX vorhanden. Die Regelungen der VG zu den Nachteilsausgleichen G und B waren damit nach ständiger Rechtsprechung des Senats mangels entsprechender Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig (vgl. Urteile des Senats vom 23.07.2010 – [L 8 SB 3119/08](#) und vom 14.08.2009 – [L 8 SB 1691/08](#), beide veröff. in juris und [wwK.sozialgerichtsbarkeit.de](#); so auch der ebenfalls für Schwerbehindertenrecht zuständige 6. Senat des LSG Baden-Württemberg, vgl. stellvertretend Urteil vom 04.11.2010 – [L 6 SB 2556/09](#), unveröffentlicht; offen lassend der 3. Senat, vgl. Urteil vom 17.07.2012 – [L 3 SB 523/12](#) unveröffentlicht). Rechtsgrundlage waren daher allein die genannten gesetzlichen Bestimmungen. Zwischenzeitlich hat jedoch der Gesetzgeber mit Wirkung zum 15.01.2015 in [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) eine Verordnungsermächtigung eingeführt und in [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) eine Übergangsregelung getroffen (eingefügt durch Art. 1a des am 15.01.2015 in Kraft getretenen Gesetzes zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG vom 07.01.2015; [BGBl. II S. 15](#)). Nach Auffassung des Senats hat der Gesetzgeber mit der Übergangsregelung des [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) ab dem 15.01.2015 wirksam und mit hinreichend bestimmtem Gesetzeswortlaut eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Feststellung des Merkzeichens B geschaffen, die jedoch keine Rückwirkung entfaltet, sondern erst ab dem Datum des Inkrafttretens am 15.01.2015 wirksam ist (vgl. Senatsurteil vom 22.05.2015 – [L 8 SB 70/13](#), juris, [sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Die Klägerin erfüllt die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "B" nicht. Woraus die Klägerin selbst eine Notwendigkeit einer ständigen Begleitung herleitet, ist für den Senat aufgrund der vorliegenden ärztlichen Unterlagen sowie der eigenen Schilderung der Klägerin bei den Untersuchungen durch die Gutachter Dr. S., Dr. K., Dr. S. und dem Facharzt B. nicht ersichtlich. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen. Insbesondere ergibt sich bei der Klägerin auch keine Gehlosigkeit, die eine entsprechende Feststellung rechtfertigen könnte. Auch ein häufiges Fallen wegen Schwindel u.ä. ist ärztlicherseits nicht dokumentiert.

Etwas anderes ergibt sich auch aus dem Gutachten der Dr. K ... Die von ihr erhobenen Befunde rechtfertigen eine Feststellung des Merkzeichens "B" nicht.

Schließlich sind auch die Voraussetzungen des Merkzeichens "RF" nicht erfüllt.

Die Voraussetzungen des Merkzeichens "RF" sind nach [§ 69 Abs. 5 SGB IX](#) i.V.m. § 3 Abs. 1 Nr. 5 Schwerbehindertenausweis-Verordnung (SchwbAwV) landesrechtlich und daher in Baden-Württemberg für die Zeit bis 31.12.2012 in § 6 Abs. 1 Nrn. 7 und 8 des Rundfunkgebührenstaatsvertrags (RGebStV) vom 15.10.2004 geregelt, der ab dem 01.04.2005 in der Fassung des Gesetzes vom 17.03.2005 (GBl. S. 189) und seit dem 01.01.2009 in der Fassung des Zwölften Staatsvertrags zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge vom 18.12.2008 (GBl. 2009, S. 131) gilt. Für die Zeit ab dem 01.01.2013 regelt dies nunmehr der Rundfunkbeitragsstaatsvertrag (RBStV) vom 15.12.2010, der in Baden-Württemberg durch das Gesetz zum Fünfzehnten Rundfunkänderungsstaatsvertrag und zur Änderung medienrechtlicher Vorschriften vom 18.10.2011 (GBl. S. 477 ff.) zum 01.01.2013 in Kraft gesetzt worden ist. Nach § 4 Abs. 2 RBStV wird bei gesundheitlichen Einschränkungen keine Befreiung mehr gewährt, es werden lediglich die Rundfunkbeiträge auf ein Drittel ermäßigt. Die medizinischen Voraussetzungen wurden jedoch nicht geändert. Gleichmaßen ist in § 4 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 RBStV, zuvor § 6 Abs. 1 Nrn. 7 und 8 RGebStV, vorausgesetzt, dass es sich um - blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von (wenigstens) 60 vom Hundert allein wegen der Sehbehinderung (Nr. 1 bzK. Nr. 7. a), - hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (Nr. 2 bzK. Nr. 7. b), oder - behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigsten 80 vom Hundert beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können (Nr. 3 bzK. Nr. 8), handelt.

Diese Voraussetzungen sind bei der Klägerin nicht erfüllt. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs "RF", weil sie weder blind oder gehörlos (dazu s.o.) noch ihr eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (vgl. hierzu die obigen Ausführungen) und bei ihr weiter der GdB nicht wenigstens 80 beträgt. Der Senat brauchte vorliegend nicht zu entscheiden, ob ein gesundheitlich bedingter Härtefall vorliegt (vgl. dazu Senatsurteil vom 27.01.2017 - [L 8 SB 943/16](#), juris), denn die Klägerin ist nicht außerstande, wegen ihrer Leiden an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen zu können.

Der Senat konnte vielmehr feststellen, dass die Klägerin an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen kann. Insoweit kommt es darauf an, ob der behinderte Mensch gerade wegen seines Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen kann, er muss also gerade wegen seines Leidens allgemein und umfassend von der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen, d.h. von Zusammenkünften politischer, künstlerischer, wissenschaftlicher, kirchlicher, sportlicher und unterhaltender Art ausgeschlossen sein, also allenfalls an einem nicht nennenswerten Teil der Gesamtheit solcher Veranstaltungen teilnehmen können (Senatsurteil 24.10.2016 - [L 8 SB 3744/15](#) - juris RdNr. 39). Dies ist aber vorliegend zu verneinen. Etwas anderes entspricht schon nicht den eigenen Angaben der Klägerin gegenüber den Gutachtern Dr. S., Dr. K. und dem Arzt B ... So hat sie gegenüber dem Gutachter B. angegeben, sie besuche regelmäßig eine katholische Gruppe. Gegenüber Dr. S. hatte die Klägerin angegeben, zu fotografieren und eine Ausstellung in der WfB (beim Gutachter B. hat sie zusätzlich von einer Ausstellung in einem Laden in Esslingen gesprochen) zu haben. Sie trainiere jede Woche in einem Fitnessstudio an einem Ergometer. Dazu passt auch, dass die Klägerin selbst mitgeteilt hat, sogar schwere Lasten auszufahren und zusammengepackte Kalender und Postkarten auszuliefern. Die Klägerin war zudem in der Lage, die auf ihren Antrag beauftragte Gutachterin Dr. K. in S. aufzusuchen. Auch konnte sie an dem Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 27.06.2016, welcher 1 Stunde und 12 Minuten dauerte, teilnehmen. Zwar handelt es sich bei Arztbesuchen und der Teilnahme an einem nichtöffentlichen Erörterungstermin beim LSG nicht um öffentliche Veranstaltungen, doch zeigen sie, dass die Klägerin gerade nicht an ihre Wohnung "gefesselt", sondern im allgemeinen Verkehr mobil ist. Kann die Klägerin aber diese allgemeinen Ziele erreichen, kann sie auch öffentliche Veranstaltungsorte erreichen. Aus welchen Gründen die Klägerin aber dann an der Teilnahme von öffentlichen Veranstaltungen gehindert sein sollte, erschließt sich dem Senat nicht. Soweit die Klägerin gegenüber dem Sachverständigen B. angegeben hat, sie könne mit ihrem inkontinenten Mann schlecht irgendwo hingehen, was auch für sie einschränkend und belastend sei, rechtfertigt dies nicht die Anerkennung des Merkzeichens "RF" bei der Klägerin; die Frage eines solchen Merkzeichens beim Ehemann ist nicht streitgegenständlich.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten der Dr. K ... Zwar hat diese angegeben, dass die Voraussetzungen für das Merkzeichen "RF" vorlägen, sie hat dies jedoch mit einer multiplen Chemikaliensensibilität begründet, welche - ihr Vorliegen unterstellt - jedenfalls zu keinerlei funktionellen Funktionsbeeinträchtigungen führt. Auf die obigen Ausführungen wird insoweit Bezug genommen.

3. Soweit die Klägerin vor dem SG und im Berufungsverfahren die "Bewilligung von Parkerleichterungen gemäß der sog. aG-light" geltend gemacht hat, ist die Klage unzulässig. Denn dies war weder im Verwaltungs- noch Widerspruchsverfahren beantragt worden und der Beklagte hat darüber auch nicht entschieden. Im Übrigen wäre hierfür die Straßenverkehrsbehörde zuständig.

4. Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)).

Der Senat musste auch nicht den mit Schriftsatz vom 01.06.2017 gestellten Hilfsbeweisanträgen Nr. 1-16 nachkommen.

Im Hinblick auf die Anträge Nr. 1, 7, 9, 11 hat die Klägerin bereits keinen prozessordnungsgemäßen Beweisantrag gestellt. Hierzu muss der Antrag aufzeigen, über welche im Einzelnen zu bezeichnenden Punkte Beweis erhoben werden soll. Merkmal eines substantiierten Beweisantrags ist eine bestimmte Tatsachenbehauptung und die Angabe des Beweismittels für diese Tatsache. Dafür ist die behauptete Tatsache möglichst präzise und bestimmt zu behaupten und zumindest hypothetisch zu umreißen, was die Beweisaufnahme ergeben hätte (BSG, Urteil vom 09.07.2015 - [B 9 SB 19/15 B](#), juris). Diesen Voraussetzungen entsprechen die genannten Anträge der Klägerin nicht. Insoweit genügt auch nicht der bloße Hinweis auf irgendwelche nicht näher bezeichneten Funktionsbeeinträchtigungen, denn ohne Bezeichnung der festzustellenden Funktionsbeeinträchtigungen handelt es sich um einen Antrag auf Ermittlungen ins Blaue hinein, wozu der Senat nicht verpflichtet ist.

Zudem ist eine nochmalige Begutachtung der Klägerin mit Belastungs- und Bewegungstests (Antrag Nr. 1 - 7, 9 - 16) aus Sicht des Senats nicht erforderlich, nachdem eine umfassende Begutachtung und Durchführung solcher Tests durch Dr. S., Dr. K., Dr. S., der auch neurootologische Testverfahren angewandt hatte (z.B. Test mit Frenzelbrille), und Facharzt B. stattgefunden hat. Ärztliche Befundberichte, die die dort gefundenen Befunde erschütterten, wurden von der Klägerin nicht vorgelegt. Nachforschungen "ins Blaue hinein" sind durch die Amtsermittlungspflicht gerade nicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 03.04.2003 - [B 13 RJ 39/02 R](#), [SozR 4-1300 § 31 Nr. 1](#); BSG, Urteil vom 05.04. 2001, [SozR 3-2600 § 43 Nr. 25](#); BSG, Urteil vom 07.05.1998 - [B 11 AL 81/97 R](#) -juris).

Soweit die Klägerin mit den Anträgen Nr. 2, 4, 12, 13, 15 die gutachterliche Überprüfung der jeweils genannten ärztlichen Befunde begehrt, waren diese Anträge ebenfalls abzulehnen. Eine Begutachtung ist insoweit durch Dr. S., Dr. K., Dr. S. und den Facharzt B. bereits durchgeführt worden. Aus welchem Grund eine nochmalige Begutachtung erforderlich sein sollte, legt die Klägerin jedoch nicht substantiiert dar, auch nicht, welche abweichenden medizinischen Ergebnisse sie sich von einer weiteren Begutachtung verspricht. Unbestimmte bzK. unsubstantiierte Beweisanträge brauchen dem Gericht jedoch keine Beweisaufnahme nahe zu legen (BSG, Beschluss vom 09.07.2015 - [B 9 SB 19/15 B](#), juris).

Im Hinblick auf den Antrag zu Ziff. 2 musste sich der Senat auch deshalb nicht zu weiteren Ermittlungen gedrängt sehen, nachdem die Ausführungen des Prof. Dr. K. vom 25.06.2002 und 19.07.2005 nicht den hier streitgegenständlichen Zeitraum ab 30.10.2007 betreffen. Gleiches gilt hinsichtlich des Beweisantrages Ziff. 3, der sich auf die Befundberichte des Dr. L. aus dem Jahr 1997 sowie des Dr. E. aus dem Jahr 1996 bezieht. Die genannten Befundberichte sind nicht geeignet, um Funktionsbeeinträchtigungen ab 30.07.2007 nachzuweisen.

Soweit sich der Antrag Ziff. 4 ebenfalls auf die Befundberichte der Drs. L. und E. bezieht, gilt das soeben Ausgeführte. Hinsichtlich der Befunde des Dr. H. waren ebenfalls keine weiteren Ermittlungen erforderlich, nachdem der Senat - wie von der Klägerin gefordert - von deren Richtigkeit ausgegangen ist und seine Entscheidung auch hierauf gestützt hat.

Gleiches gilt hinsichtlich des Antrages zu Ziff. 5. Der Senat hat - auch hier wie von der Klägerin gefordert - die Befunde des Prof. Dr. K. seiner Entscheidung zu Grunde gelegt. Weitere Ermittlungen waren auch insoweit daher nicht erforderlich.

Der Senat musste sich auch im Hinblick auf den Antrag Ziff. 6 nicht zu weiteren Ermittlungen veranlasst sehen. Der Antrag ist - wie bereits dargelegt - bereits zu unbestimmt. Zudem liegen mit den nervenärztlichen Gutachten der Dr. K. und des Facharztes B. bereits entsprechende Gutachten vor. Welche abweichenden Befunde sich nunmehr ergeben sollten, legt die Klägerin hingegen nicht dar.

Auch der Antrag zu Ziff. 7 erfüllt nicht die Voraussetzungen eines prozessordnungsgemäßen Antrages. Soweit die Gutachten pauschal "zum Nachweis des Vortrags der Klägerin" gefordert werden, ohne jedoch konkrete Tatsachen zu benennen, ist dies bereits zu unbestimmt. Zudem hat die Klägerin auch nicht dargelegt, welche abweichenden Befunde gegenüber dem Gutachten des Dr. S., der auch neurootologische Testverfahren angewandt hatte (z.B. Test mit Frenzelbrille), zu erwarten wären.

Die Einvernahme des Sohnes der Klägerin (Antrag Nr. 8) war rechtlich ebenfalls nicht geboten. Das SG hat zur Frage der funktionellen Beeinträchtigungen umfangreiche Gutachten erhoben. Diese sowie die eigenen Angaben der Klägerin im Rahmen der Untersuchungen waren der Entscheidung zu Grunde zu legen. Der Senat sah sich auch nicht gehalten, den Sohn der Klägerin zu vernehmen, um die eigenen Angaben der Klägerin, die zum Teil auch in sich widersprüchlich waren (s.o.), zu erforschen bzK. zu widerlegen.

Auch soweit die Klägerin die Einvernahme der Dr. K. zu den in ihrem Gutachten enthaltenden Ausführungen (Antrag Nr. 9) beantragt, ist dies rechtlich nicht geboten. Eine auch aus Klägersicht ausfüllungsbedürftige Lücke in den gutachterlichen Ausführungen von Dr. K. hat die Klägerin nicht behauptet und liegt auch nicht vor. Die Klägerin hätte insoweit konkret aufzeigen müssen, warum eine erneute Befragung erforderlich und damit weiterhin objektiv sachdienlich gewesen wäre. Entsprechende Ausführungen enthält der Antrag jedoch nicht. Ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten wurde zudem bereits durch den Arzt B. erstellt.

Auch zur Frage der Mobilität (Antrag Ziff. 10) sind keine weiteren Ermittlungen vorzunehmen, entsprechende Gutachten liegen bereits vor. Die Angaben der Klägerin hierzu sind - wie oben bereits dargelegt - schon in sich widersprüchlich, als sie angibt Wegstrecken von mehr 20 m nicht mehr ohne Begleitung zurücklegen zu können, gleichzeitig angibt, Dr. H. habe Wegstrecken von unter 100 m für möglich gehalten, an anderer Stelle gibt sie Wegstrecken von 220 m an und dass sie teilweise auch ihre Postkarten und Kalender, die im Onlineshop bestellt worden seien, selbst ausliefere.

Hinsichtlich der Befunde des Dr. B. (Antrag Ziff. 11) waren ebenfalls keine weiteren Ermittlungen erforderlich, nachdem der Senat deren Richtigkeit - wie von der Klägerin gefordert - unterstellt und diese seiner Entscheidung zu Grunde gelegt hat.

Der Senat war auch nicht gehalten, weitere Ermittlungen zum Nachweis der Feststellungen von Dr. C. vom 03.08.1995 und 17.03.2014 und Prof. Dr. K. vom 21.03.2014 (Antrag Ziff. 12) durchzuführen. Die Klägerin hat auch insoweit schon nicht dargelegt, welche abweichenden Befunde gegenüber dem Gutachten des Dr. S., der auch neurootologische Testverfahren angewandt hatte (z.B. Test mit Frenzelbrille), zu erwarten wären. Darüber hinaus betrifft die Auskunft der Dr. C. vom 03.08.1995 nicht den hier maßgeblichen Zeitraum. Eine Auskunft der Dr. C. vom 17.03.2014 ist in den Akten nicht enthalten. Die Ton- und Sprachaudiogramme des Prof. Dr. K. vom 17.03.2014 hat der Senat seiner Entscheidung zu Grunde gelegt. Darüber hinaus hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 01.06.2017 aktuelle Ton- und Sprachaudiogramme vorgelegt, deren Richtigkeit der Senat unterstellt und ebenfalls der Entscheidung zu Grunde gelegt hat.

Ein neuroradiologisches Sachverständigengutachten (Antrag Nr. 13 bis 15) ist rechtlich ebenfalls nicht geboten. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Maßgeblich ist vielmehr die hervorgerufenen Funktionsbehinderung. Gleiches gilt für die Einholung der nuklearmedizinischen Sachverständigengutachten (Antrag Nr. 2, 4, 7, 13, 14).

Der Senat sah sich auch nicht gedrängt, weitere Ermittlungen zum Nachweis der Feststellungen des Dr. B. (Antrag Ziff. 14) vorzunehmen, nachdem auch dessen Äußerung der Entscheidung zu Grunde gelegt wurde.

Mit ihren Hilfsbeweisanträgen hat die Klägerin keine weiteren Ermittlungsansätze vorgetragen, solche sind auch nicht ersichtlich, sodass

auch nicht von Amts wegen zu ermitteln war; einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat die Klägerin nicht gestellt.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-07-26