

L 8 SB 3620/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 6 SB 997/12

Datum

11.07.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 3620/13

Datum

29.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 11. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) streitig.

Der 1949 geborene Kläger beantragte am 01.04.2011 beim Landratsamt S. (LRA) die Feststellung des GdB ab der Antragstellung. Er machte ein Cervikalsyndrom mit Kribbelparästhesien, eine Lumbalgie, eine Schulterergelenksarthrose, ein subacromiales Impingement der rechten Schulter, eine Chondropathia patellae rechts, einen Z.n. phobischen Störungen, depressive Episoden mit Anhedonie und Rückzugstendenz sowie einen ventrikuläre Extrasystolie als Gesundheitsstörungen geltend.

Das LRA holte die Befundberichte des Dr. G. vom 09.08.2011, der aus nervenärztlicher Sicht den GdB auf 50 ansetzte sowie des Arztes Be. (ohne Datum), ein der als Gesundheitsstörungen einen Rotatorenmanschettenschaden mit degenerativen Veränderungen der linken Schulter, ein Cervikalsyndrom / Cervicobrachialgie links, eine Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes, ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Depression sowie ein Herzleiden mitteilte. Weiter nahm das LRA medizinische Befundunterlagen zu den Akten (Berichte von Dr. Ke. vom 30.09.2005, 02.07.2007, 22.08.2007, 11.12.2007, 16.09.2008, 23.11.2009 und 05.07.2011, Diagnosen: Insbesondere Rotatorenmanschettensyndrom / subacromiales Impingement rechte Schulter, Schulterergelenksarthrose, Lumbalgie, lumbale Wurzelreizung, Bandscheibenprotrusion, pseudoradikuläre Symptomatik, Chondropathia patellae, Patella bibartita, Innenmeniskopathie rechtes Knie; Dr. Scho. vom 11.01.2008 und 07.08.2009, Diagnosen: Hypercholesterinämie, ventrikuläre Extrasystolie; radiologische Untersuchungsbefunde Dr. L. vom 03.08.2010, 04.02.2010 und 09.05.2011; ärztliche Atteste Dr. G. vom 12.08.2008 und 27.09.2010).

Mit Bescheid vom 21.09.2011 stellte das LRA beim Kläger - entsprechend einer eingeholten gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes R. vom 18.09.2011 - den GdB mit 30 sowie eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne des [§ 33b](#) Einkommensteuergesetz jeweils seit dem 01.04.2011 fest.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 18.10.2011 Widerspruch ein. Er machte zur Begründung durch seinen vormaligen Prozessbevollmächtigten geltend, aus nervenärztlicher Sicht sei ein GdB von 50 anzusetzen. Die Leiden auf orthopädischem Gebiet seien zu niedrig bewertet und auch nicht voll umfänglich erfasst worden. Außerdem bestehe ein Magenleiden. Die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft sei gerechtfertigt.

In der gutachtlichen Stellungnahme der Versorgungsärztin K. vom 01.03.2012 wurde wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Bandscheidenschaden (GdB 20), einer Depression (GdB 20), einer Funktionsbehinderung des linken Schultergelenkes und des rechten Kniegelenkes (GdB jeweils 10) und wegen Herzrhythmusstörungen (GdB 10) der Gesamt-GdB mit 30 vorgeschlagen. Gestützt auf diese Stellungnahme wurde der Widerspruch des Klägers vom Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - mit Widerspruchsbescheid vom 16.03.2012 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger am 10.04.2012 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Er wiederholte zur Begründung im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen. Die Gesundheitsbeeinträchtigungen insbesondere auf neurologisch-psychiatrischem sowie auf orthopädischem Gebiet seien zu niedrig bewertet.

Das SG hörte vom Kläger benannte behandelnde Ärzte (unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme der Versorgungsärztin K. vom 01.03.2012) schriftlich als sachverständige Zeugen an. Die Ärztin für Orthopädie Ke. teilte in ihrer Stellungnahme vom 14.06.2012 unter Vorlage eines Karteikartenausdrucks und medizinischer Befundunterlagen den Behandlungsverlauf, die Gesundheitsstörungen und die erhobenen Befunde mit. Hinsichtlich der Wirbelsäule schätzte sie den GdB auf 30 und hinsichtlich der linken Schulter den GdB auf 20 ein. Der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. G. teilte in seiner Stellungnahme vom 19.06.2012 unter Vorlage von Befundberichten den Behandlungsverlauf, die Gesundheitsstörungen und die Befunde mit. Aus neuropsychiatrischer Sicht schätzte er den GdB auf 50 bis 60 ein. Der Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Be. teilte in seiner Stellungnahme vom 04.10.2012 unter Vorlage eines Karteitextausdrucks und medizinischer Befundunterlagen den Behandlungsverlauf, die Gesundheitsstörungen und Befunde mit. Er schätzte den aus orthopädischer Sicht GdB auf 50 bis 60 und aus nervenärztlicher Sicht auf 40 bis 50 ein.

Das SG holte außerdem von Amts wegen das nervenärztliche Gutachten des Dr. Gre. vom 22.02.2013 ein. Dr. Gre. gelangte in seinem Gutachten zu der Bewertung, an Behinderungen bestünden eine degenerative Schultergelenksveränderungen bei Verdacht auf Ruptur der Supraspinatussehne mit Bewegungseinschränkung der linken Schulter (Einzel-GdB 20), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Bandscheibenvorfall LWK 4/LWK5 (Einzel-GdB 10), eine Chondropathia patellae beidseits mit Funktionsbehinderung der Kniegelenke (Einzel-GdB 10), eine bradykarde Herzrhythmusstörung (Einzel-GdB 10) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (Einzel-GdB 20). Dr. Gre. schätzte Gesamt-GdB auf 30, allerhöchstens auf 40 ab dem 01.04.2011 ein.

Der Beklagte unterbreitete dem Kläger unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Fr. vom 03.12.2012 und Dr. Kö. vom 13.06.2013 ein Vergleichsangebot dahin, wegen einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und Bandscheibenschäden, einer Depression, einer Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks (GdB jeweils 20), einer Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks und wegen Herzrhythmusstörungen (GdB jeweils 10) den GdB mit 40 ab 01.04.2011 festzustellen (Schriftsätze vom 07.12.2011 und 18.06.2013), das der Kläger nicht annahm (Schriftsätze vom 18.01.2013 und 04.04.2013).

Mit Urteil vom 11.07.2013 verurteilte das SG den Beklagten, beim Kläger den GdB mit 40 ab dem 01.04.2011 festzustellen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das SG führte zur Begründung aus, die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule sowie des linken Schultergelenks seien mit einem GdB von jeweils 20 angemessen bewertet. Auf psychiatrischem Fachgebiet erscheine die Bewertung mit einem GdB von 20 völlig ausreichend.

Mit Ausführungsbescheid vom 13.08.2013 stellte das LRA beim Kläger den GdB mit 40 seit dem 01.04.2011 fest.

Gegen das dem vormaligen Prozessbevollmächtigten des Klägers am 23.07.2013 zugestellte Urteil richtet sich die vom Kläger am 22.08.2013 durch seinen nunmehrigen Prozessbevollmächtigten eingelegte Berufung. Der Kläger hat zur Begründung ausgeführt, bei ihm bestünden massive Beeinträchtigungen, die unzureichend gewürdigt worden seien. Für Erkrankungen der rechten und der linken Schulter sei mindestens ein Teil-GdB von 30 zugrunde zu legen. Für die Beschwerden der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die Coxarthrose sei gemeinsam mindestens ein Teil-GdB von wiederum 30 festzustellen. Beschwerden am rechten Kniegelenk seien mit einem Teil-GdB von 20 zu belegen. Auf orthopädischem Fachgebiet sei ein Gesamt-Teil-GdB von 50 zu Grunde zu legen. Dem entspreche die Einschätzung des Hausarztes Be ... Aus nervenärztlicher Sicht sei von einem Teil-GdB von mindestens 40 auszugehen. Wegen der gravierenden Beeinträchtigung auf internistischem Fachgebiet durch die Herzrhythmusstörungen sei von einem Teil-GdB von 20 auszugehen. Es sei ein Gesamt-GdB von mindestens 50 festzustellen. Das eingeholte Gutachten habe die Einschätzung des dauernd behandelnden Nervenarztes Dr. G. zur Schwere der depressiven Erkrankung "vom Tisch gewischt" und sei nicht verwertbar.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 11.07.2013 sowie den Bescheid des Beklagten vom 21.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.03.2012 in der Fassung des Ausführungsbescheids vom 13.08.2013 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, den Grad der Behinderung mit mindestens 50 seit 01.04.2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das psychiatrisch-neurologische Gutachten des Dr. Gro. vom 30.05.2014 sowie das Zusatzgutachten des Facharztes für Orthopädie/Chirotherapie PD Dr. Dr. St. vom 19.01.2015 eingeholt. PD Dr. Dr. St. gelangte in seinem Gutachten zu den Bewertungen, beim Kläger bestünden Verschleißerscheinungen der gesamten Wirbelsäule mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (GdB 30), eine Arthrosis deformans beider Schultergelenke mit Degeneration der Rotatorenmanschette und Teilriss der Sehne des Musculus Supraspinatus, des Musculus Subscapularis und Abriss der langen Bizepssehne links sowie eine Teilerreissung der Sehne des Musculus Subscapularis rechts und eine Formstörung des Acromions rechts (GdB 20 linke und GdB 10 rechte Schulter) sowie eine globale Gonarthrose beidseits (GdB 30). Auf orthopädischem Gebiet schätzte PD Dr. Dr. St. den GdB auf 50 ab 2011 ein. Der Facharzt für psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie innere Medizin Dr. Gro. gelangte in seinem Gutachten vom 30.05.2014 zum Ergebnis, auf internistischem Gebiet bestünde beim Kläger eine kontrollbedürftige arterielle Hypertonie sowie eine mitgeteilte Neigung zu Herzrhythmusstörungen (GdB 10). Auf orthopädischem Gebiet bestünden ein HWS-Syndrom mit leichten bis mäßigen Funktionseinschränkungen, ein BWS-Syndrom ohne Funktionseinschränkung sowie ein LWS-Syndrom mit leichten Funktionseinschränkungen (GdB 20), Gonalgien bei Chondropathia patellae ohne gewichtige Funktionseinschränkung (GdB 10), ein Schulter-Arm-Syndrom beidseits mit mäßigen bis mittelgradigen Funktionseinschränkungen (GdB 20) sowie eine Epicondylopathia lateralis des linken Ellenbogens ohne wesentliche Funktionseinschränkung (kein GdB). Auf neuropsychiatrischem Gebiet bestünden eine Dysthymia (GdB 20) sowie ein lumbales, sensibles Wurzelreizsyndrom L5 (GdB 10). Dr. Gro. bewertete den Gesamt-GdB mit 40 ab dem 01.04.2011.

Der Beklagte trat den Bewertungen des PD Dr. Dr. St. im Gutachten unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom

30.04.2015 entgegen.

Mit richterlicher Verfügung vom 19.05.2015 und wiederholend vom 11.06.2015 sind die Beteiligten (unter anderem) auf die beabsichtigte Möglichkeit einer Entscheidung der Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen worden und haben Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

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

II.

Gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind mit richterlichen Verfügungen vom 19.05.2015 und wiederholend vom 11.06.2015 auf die in Betracht kommende Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) sowie deren Voraussetzungen hingewiesen worden und haben Gelegenheit erhalten, zur Sache und zum beabsichtigen Verfahren Stellung zu nehmen. Das Vorbringen des Klägers im Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 03.06.2015 zeigt keinen Gesichtspunkt auf, der dem Senat Anlass gibt, von einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) Abstand zu nehmen. Die (übereinstimmende) Zustimmung der Beteiligten erfordert [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nicht. Einer Entscheidung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) steht auch nicht entgegen, dass der vormalige Prozessbevollmächtigte des Klägers vor dem SG mit Schriftsatz vom 04.04.2013 bereits vor der Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. Kö. vom 13.06.2013 (Schriftsatz der Beklagten vom 18.06.2013) sein Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt hat. Diese Erklärung ist aufgrund des späteren Schriftsatzes des Beklagten vom 18.06.2013 nicht verbraucht, denn mit der durch die versorgungsärztlichen Ausführungen als qualifiziertes Parteivorbringen zu wertenden Stellungnahme der Beklagten vom 18.06.2013 ist keine neue Prozesslage eingetreten, die grundsätzlich die Wirksamkeit der Prozessklärung, dass Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung besteht (omV-Erklärung), entfallen lässt (vgl. Keller in Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, § 124 Rn. 3d). Zwar ist grundsätzlich in der nach den eingegangenen omV-Erklärungen erfolgten Anhörung der Beteiligten zum Sachverhalt eine wesentliche Änderung der Prozesslage zu sehen (vgl. Keller a.a.O. Rn. 3e), wozu auch die mit richterlicher Verfügung eröffnete Gelegenheit zur Äußerung über eine durchgeführte Beweisaufnahme gehört. Vorliegend war das eingegangene Gutachten von Dr. Gre. vom 22.02.2013 den Beteiligten zur Kenntnis und Äußerung binnen Frist übersandt worden, aber zugleich in dieser richterlichen Verfügung vom 05.03.2013 darauf hingewiesen worden, dass das Gutachten das Klagebegehren nicht stützt und es wurde angefragt, ob das vor der Gutachtenserstattung gemachte Vergleichsangebot der Beklagten angenommen wird. Der damalige Klägerbevollmächtigte hat sich hierzu mit Schriftsatz vom 04.04.2013 in der Sache geäußert und sein Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt; zu diesem Zeitpunkt war die gesetzte Frist zur Anhörung zum Beweisergebnis abgelaufen. Unabhängig davon trat die Wirksamkeit der beiderseitigen Prozessklärungen erst mit Eingang der omV-Erklärung des Beklagten am 11.07.2013 ein, da die prozessuale Wirkung erst bei Vorliegen der übereinstimmenden Prozessklärungen der Beteiligten gegeben ist (Keller a.a.O., Rn. 3d). Nach Eintritt der Wirksamkeit der omV-Erklärungen ergab sich aber keine neue Prozesslage. Die vor diesem Zeitpunkt erfolgte Äußerung des Beklagten vom 18.06.2013 unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme hat darüber hinaus auch im Ergebnis keinen neuen Gesichtspunkt in das Verfahren eingeführt oder eine neue Verfahrenssituation geschaffen, so dass es bei der durch richterliche Verfügung vom 05.03.2013 mit Hinweis auf den bisherigen Prozessverlauf und den Vergleichsvorschlag der Beklagten ersichtlichen Prozesslage geblieben war. Der vormalige Prozessbevollmächtigte des Klägers wurde auch mit richterlichem Hinweisschreiben vom 26.06.2013 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung beabsichtigt ist, worin die Beurteilung der unveränderten Prozesslage im Hinblick auf die abgegebenen omV-Erklärungen zum Ausdruck gekommen war. Dem hatte der vormalige Prozessbevollmächtigte des Klägers auch nicht widersprochen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass das SG über die Klage des Klägers ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden hat. Insoweit hat der Kläger im Berufungsverfahren auch keine Einwendungen erhoben.

Einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) steht auch der Ausführungsbescheid des Beklagten vom 13.08.2013 nicht entgegen. Der im Zuge der vorläufigen Vollstreckbarkeit des SG-Urteils ([§ 154 SGG](#)) ergangene Ausführungsbescheid wird von der Berufung des Klägers gegen das diesen Sachverhalt regelnde Urteil erfasst, ohne dass es hierzu einer Klage nach [§§ 153 Abs. 1, 96 SGG](#) bedürfte, über die der Senat gesondert zu befinden hätte (vgl. Leitherer in Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 96 Rn. 7 und 4b, jeweils m.w.N.). Der Senat hat dementsprechend den Berufungsantrag des Klägers nach seinem erkennbaren Begehren sinngemäß gefasst.

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz \(BVG\)](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16](#) des BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. In diesem Zusammenhang waren bis zum 31.12.2008 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2008 (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 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewendet wurden, die Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) der Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und [§ 30 Abs. 1](#) und [§ 35 Abs. 1](#) BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) getreten. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach [§ 30 Abs. 16](#) BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1](#) BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung

des GdB. Anders als die AHP, die aus Gründen der Gleichbehandlung in allen Verfahren hinsichtlich der Feststellung des GdB anzuwenden waren und dadurch rechtsnormähnliche Wirkungen entfalteten, ist die VersMedV als Rechtsverordnung verbindlich für Verwaltung und Gerichte. Sie ist indes, wie jede untergesetzliche Rechtsnorm, auf inhaltliche Verstöße gegen höherrangige Rechtsnormen - insbesondere [§ 69 SGB IX](#) - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.4.2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) - RdNr 27, 30 m.w.N.). Sowohl die AHP als auch die VersMedV (nebst Anlage) sind im Lichte der rechtlichen Vorgaben des [§ 69 SGB IX](#) auszulegen und - bei Verstößen dagegen - nicht anzuwenden (BSG, Urteil vom 30.09.2009 [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#) RdNr. 19 und vom 23.4.2009, [a.a.O.](#), RdNr 30).

Hiervon ausgehend ist beim Kläger der GdB mit 40 seit dem 01.04.2011 festzustellen, wie das SG im angefochtenen Urteil zutreffend entschieden und dem der Beklagte mit Ausführungsbescheid vom 13.08.2013 Rechnung getragen hat. Die Feststellung des GdB mit 50 (Schwerbehinderteneigenschaft), wie der Kläger geltend macht, ist nicht gerechtfertigt.

Der Kläger leidet auf psychiatrischem Fachgebiet an einer depressiven Störung, wovon Dr. Gre. in seinem Gutachten vom 22.02.2013 (rezidivierende depressive Störung) und PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten vom 19.01.2015 (Dysthymia) übereinstimmend ausgehen. Nach den VG Teil B 3.7 ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Dass beim Kläger im streitigen Zeitraum seit 01.04.2011 stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit oder gar schwere Störungen vorliegen, ist zur Überzeugung des Senats nicht der Fall. Zwar litt der Kläger insbesondere in den Jahren 2008 und 2009 verstärkt an depressiven Stimmungen, die sich aufgrund von Arbeitsplatzkonflikten ergaben, die jedoch mit dem Ende der aktiven Altersteilzeit des Klägers im August 2009 endeten, wie sich aus den von Dr. Gre. und Dr. Gro. in ihren Gutachten beschriebenen Angaben des Klägers ergibt. Für den vorliegend streitigen Zeitraum ab 01.04.2011 sind stärker behindernde Störungen beim Kläger nicht belegt. Nach dem von Dr. Gre. in seinem Gutachten beschriebenen psychischen Befund ist der Kläger zu einer Strukturierung eines Tagesablaufs in der Lage, sowie am sozialen Leben teilzunehmen und Hobbys nachzugehen. Ein wesentlicher sozialer Rückzug ist nach den Beschreibungen von Dr. Gre. im Gutachten nicht ersichtlich. Bei der aktuellen Untersuchung durch Dr. Gre. machte der Kläger keinen depressiven Eindruck, wirkte vielmehr ausgeglichen und war affektiv schwingungsfähig. Kognitive Einschränkungen oder Hinweise für psychotisches Erleben hat Dr. Gre. nicht feststellen können. Dem entsprechen auch die von Dr. Gro. in seinem Gutachten beschriebenen psychischen Befunde. Danach wirkte der Kläger allenfalls subdepressiv herabgestimmt. In affektiver Hinsicht ist der Kläger ausreichend schwingungsfähig. Seitens seiner Interessenlage hat auch Dr. Gro. keine groben Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der Tagesstrukturierung und der Freizeitgestaltung feststellen können. Auch wesentliche psychosoziale Rückzugstendenzen bestehen nicht. So ist der Kläger in einem Chor engagiert, unternimmt mehrfach Urlaubsaufenthalte mit Wandertätigkeit und ist im familiären und sozialen Leben integriert. Hinweise für gewichtige soziale oder mentale Einschränkungen hat Dr. Gro. nicht festgestellt. Zwar kommt es beim Kläger nach den Beschreibungen von Dr. Gro. in seinem Gutachten immer wieder zu depressiven Stimmungen, es bestehen jedoch dazwischen liegende Perioden mit vergleichsweiser Normalität. Danach kann eine stärker behindernde Störung beim Kläger nicht gesehen werden, wovon Dr. Gre. und Dr. Gro. ihren Gutachten übereinstimmend ausgehen. Damit ist beim Kläger wegen der depressiven Störung von einem Einzel-GdB von allenfalls 20 auszugehen. Dem entspricht die Bewertung des Dr. Gre. in seinem Gutachten. Auch Dr. Gro. sieht in seinem Gutachten einen Einzel-GdB von 20 für die depressive Störung eher als großzügig bemessen an. Dem schließt sich der Senat an.

Der abweichenden Bewertung des Dr. G. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 19.06.2012, der aus neuropsychiatrischer Sicht den GdB auf 50 bis 60 annimmt, kann nicht gefolgt werden. Befunde, die seine Bewertung für den vorliegend streitigen Zeitraum ab 01.04.2011 plausibel machen, lassen sich seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht entnehmen. Er nennt lediglich im Januar 2011 aufgetretene etwas deutlichere depressive Störungen des Klägers mit einer Minderung von Antrieb und der psychosozialen Gestaltungsfähigkeit. Dass beim Kläger eine stärker behindernde Störung oder gar schwere Störungen bestehen, lässt sich seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht nachvollziehbar entnehmen, worauf auch Dr. Gro. in seinem Gutachten zutreffend hinweist. Auch Dr. Gre. ist in seinem Gutachten der Bewertung des Dr. G. entgegen getreten. Entsprechendes gilt für die Bewertung des GdB durch den Arzt Be. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 04.10.2012.

Das Wirbelsäulenleiden des Klägers ist mit einem Einzel-GdB von 20 ausreichend bemessen. Nach den VG Teil B 18.9 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](#) -, veröffentlicht in juris und im Internet sozialgerichtsbarkeit.de). Besonders schweren Auswirkungen, die einen GdB von 50 oder mehr rechtfertigen, liegen beim Kläger nicht vor.

Dr. Gre. beschreibt in seinem Gutachten vom 22.02.2013 eine aktive wie passive freie Beweglichkeit der Wirbelsäule des Klägers bei einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm. Zwar beschreibt PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten vom 19.01.2015 eine nunmehr deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule des Klägers (Drehung und Neigung jeweils 20-0-30°), was für eine mittelgradige Bewegungseinschränkung spricht. Zudem beschreibt PD Dr. Dr. St. eine mäßiggradige Einschränkung der Entfaltbarkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule. Eine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule beschreibt PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten ansonsten nicht nachvollziehbar. Dass beim Kläger eine Bewegungseinschränkung mittleren Grades in zwei Wirbelsäulenabschnitten besteht, kann danach nicht angenommen werden. Eine relevante Instabilität der Wirbelsäule ist nicht ersichtlich. Auch häufig rezidivierende

und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome des Klägers sind nach dem von Dr. Ke. ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 14.06.2012 beigefügten Karteikartenausdruck vom 13.06.2012 nicht zu entnehmen. Danach treten beim Kläger zwar Cervikalsyndrome wie auch Thorakalsyndrome / Lumbalgien auf, weswegen sich der Kläger bei Dr. Ke. in Behandlung begeben hat. Nach dem Karteikartenausdruck treten diese Syndrome jedoch in zeitlichen Abständen von einem Monat bis zu mehrere Monaten auf, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass beim Kläger deswegen mittelgradige funktionelle Auswirkungen bestehen. Hierauf weist Dr. Fr. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.12.2012 zutreffend hin. Dem entspricht auch der von dem Arzt Be. seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 04.10.2012 beigefügte Karteitextausdruck. Wesentliche neurologische Ausfälle durch ein Wurzelreizsyndrom L5 hat Dr. Gro. bei der Untersuchung des Klägers nicht feststellen können, wie er in seinem Gutachten beschrieben hat, weshalb das Wurzelreizsyndrom nicht den GdB erhöhend zu berücksichtigen ist. Auch sonst lassen sich den zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten nicht entnehmen. Damit wird hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens des Klägers ein Einzel-GdB von 30 nicht erreicht.

Der abweichenden Bewertung des PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten, der hinsichtlich der Wirbelsäule von einem Einzel-GdB von 30 ausgeht, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. PD Dr. Dr. St. geht dabei von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten aus, die sich seinem Gutachten jedoch nicht nachvollziehbar entnehmen lassen. Nach den VG Teil B 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Allein degenerative Wirbelsäulenveränderungen, worauf PD Dr. Dr. St. hinsichtlich seiner Bewertung des Einzel-GdB abstellt, begründen für sich noch keinen GdB. Dass beim Kläger ein Ausmaß der Bewegungseinschränkung, eine Wirbelsäulenverformung oder -instabilität in zwei Wirbelsäulenabschnitten besteht, die nach den dargestellten Bewertungsgrundsätzen einen Einzel-GdB von 30 rechtfertigen, beschreibt PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten jedoch nicht nachvollziehbar, wie bereits oben ausgeführt ist. Entsprechendes gilt auch für die abweichende Bewertung der Dr. Ke. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 14.06.2012, die wegen des Wirbelsäulenleidens ebenfalls von einem Einzel-GdB von 30 ausgeht. Nach ihren Angaben bestehen beim Kläger Verspannungen der Nackenmuskulatur mit Bewegungseinschränkungen, zeitweise auch Rückenschmerzen mit Muskelverspannungen und leichte Funktionseinschränkungen, die nach den oben dargestellten Bewertungsvorgaben der VG einen GdB von 30 noch nicht plausibel machen.

Hinsichtlich der oberen Extremitäten ist beim Kläger wegen einer Funktionsbehinderung Schultergelenke beidseits ein Einzel-GdB von 20 gerechtfertigt. Nach dem Gutachten des PD Dr. Dr. St. vom 05.10.2014 bestehen beim Kläger eine hochgradige Degeneration der Rotatorenmanschette in seitendifferenzierter Ausprägung mit Teilerreissung einzelner Sehnen und Abriss der langen Bizepssehne links sowie degenerative Veränderungen der Schultergelenke. Hierdurch wird die Schultergelenksbeweglichkeit des Klägers rechts wie links eingeschränkt (Vorhebung/Rückhebung links 110-0-40° und rechts 120-0-40°; Abführen/Anführen links 90-0-30°, rechts 110-0-30°; Außen-/Innendrehung links 70-0-80°, rechts 90-0-80°). Weiter besteht eine Muskelverschwächung beidseits, die für ein Schonverhalten des Klägers spricht.

Nach den VG Teil B 18.13 beträgt bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit der GdB 10 und Armhebung nur bis zu 90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit der GdB 20. Eine Instabilität des Schultergelenkes beschreibt PD Dr. Dr. St. nicht und ist auch sonst nicht ersichtlich. Der Riss der langen Bizepssehne rechtfertigt nach den VG einen GdB von 0 bis 10. Hiervon ausgehend rechtfertigt die Bewegungseinschränkung des rechten wie auch des linken Schultergelenkes noch keinen Teil-GdB von 20, da der Kläger beidseits in der Lage ist, den Arm über 90° zu heben und zu dem lediglich eine geringfügige Einschränkung der Innendrehung beidseits besteht. Auch unter Berücksichtigung des Risses der langen Bizepssehne links sowie der Muskelverschwächung ist damit wegen der Funktionsbehinderung der Schultergelenke ein Teil-GdB von 30 nicht gerechtfertigt. Weitere mit einem Teil-GdB zu berücksichtigende Funktionsbehinderungen der oberen Extremitäten (insbesondere Ellenbogengelenke, Handgelenke, Finger) bestehen beim Kläger nicht, so dass für die oberen Extremitäten der Einzel-GdB mit 20 angemessen bewertet ist. Hierauf weist auch Dr. R. in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 30.04.2015 zutreffend hin.

Der abweichenden Bewertung des PD Dr. Dr. St., der unter Berücksichtigung eines GdB von 20 für die linke und eines GdB von 10 für die rechte Schulter einen GdB von 30 annimmt, schließt sich der Senat nicht an. PD Dr. Dr. St. weicht hinsichtlich seiner Bewertung von den dargestellten rechtlichen Vorgaben der VG zur Bewertung des Teil-GdB ab, indem er die nach den VG vorgegebenen rechtlichen Bewertungskriterien als nicht dem Sachverhalt entsprechend annimmt. Weiter berücksichtigt er, dass es bei einer Überforderung der Rotatorenmanschettenmuskulatur und aufgrund der subacromialen Enge im Bereich beider Schultern zu einem schmerzhaften Reizzustand und einer schmerzhaften Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit kommt. Damit lässt PD Dr. Dr. St. akute, durch Überforderung bedingte Einschränkungen in seine Bewertung einfließen, die nicht zur Grundlage der GdB-Bewertung gemacht werden können, weil sie keinen Dauerzustand darstellen. Dass die Frequenz der anlassbezogenen, akuten Schulterbeschwerden nach Intensität und Häufigkeit eine GdB-Relevanz begründet, ist von keinem Arzt dargelegt worden. Maßgeblich ist vielmehr die von PD Dr. Dr. St. festgestellte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke, die aber nach den VG keinen Teil-GdB von 30 rechtfertigen. Außerdem ist nicht überzeugend, den für die linke Schulter mit 20 bewerteten GdB wegen einer mit einem GdB von 10 bewerteten leichten Funktionseinschränkung der rechten Schulter auf einen die beidseitige Schulterbeeinträchtigung erfassenden Einzel-GdB von 30 zu erhöhen.

Hinsichtlich der unteren Extremitäten des Klägers ist wegen einer Knorpelschädigung der Kniegelenke beidseits (Chondromalazie links, etwas geringer rechts) von einem Einzel GdB von 10 auszugehen. Nach dem Gutachten des PD Dr. Dr. St. bestehen hinsichtlich der Kniegelenke sonst glatte Konturen, kein Erguss, keine Kapselschwellung sowie eine feste Längsband- und Kreuzbandführung an beiden Kniegelenken. Das Zeichen nach Zohlen ist beidseits positiv und es besteht eine deutliche Lateralisation der Patella bei der Beugung des Kniegelenkes beidseits. Die Kniegelenksbeweglichkeit ist jedoch nicht wesentlich eingeschränkt (Beugung/Streckung links 130-5-0°, rechts 130-0-0°) und rechtfertigt nach den VG keinen Teil-GdB. Dass der geringgradigen Streckhemmung links funktionelle Bedeutung zukommt, beschreibt PD Dr. Dr. St. nicht. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung rechtfertigen nach den VG Teil B 18.14 einen GdB von 10 bis 30. Dass beim Kläger anhaltende Reizerscheinungen bestehen, ist nicht belegt. Das Vorliegen von Reizerscheinungen beschreibt PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten nicht nachvollziehbar. Insbesondere hat PD Dr. Dr. St. hinsichtlich der Kniegelenke des Klägers einen Erguss oder eine Kapselschwellung bei glatten Konturen beider Kniegelenke nicht festgestellt. Auch eine Überwärmung hat er nicht beschrieben. Damit sind

ein anhaltender Reizzustandes oder wiederkehrende Gelenkergüsse für den Senat nicht belegt, die PD Dr. Dr. St. jedoch seiner Bewertung des Teil-GdB mit 30 zu Grunde legt, weshalb seine Bewertung nicht überzeugt. Anhaltende Reizzustände lassen sich auch den sonst zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen und den Angaben der schriftlich als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte sowie den zu den Akten gelangten Karteikartenausdrucken nicht entnehmen. Ein anhaltender Reizzustand kann auch nicht wegen des Vorliegens belastungsabhängiger Schmerzen bzw. Ruheschmerzen bei Veränderung der Knielage, wie der Kläger nach den Beschreibungen im Gutachten bei PD. Dr. Dr. St. angegeben hat, hergeleitet werden. Nach den Ausführungen von PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten besteht beim Kläger auch eine globale Gonarthrose beidseits, die jedoch die Beweglichkeit der Kniegelenke beidseits nicht relevant einschränkt. Ein höherer Einzel-GdB als 10 ist damit für den Senat nicht gerechtfertigt. In diese Bewertung sind nach den VG Teil A 2j) die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein eingeschlossen und berücksichtigt auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Weitere relevante Funktionsbehinderungen der unteren Extremitäten des Klägers (insbesondere Hüftgelenke, Sprunggelenke, Füße) bestehen nach dem Gutachten des PD Dr. Dr. St. nicht. Damit ist hinsichtlich der unteren Extremitäten des Klägers von einem Einzel-GdB von 10 auszugehen. Der abweichenden Ansicht des PD Dr. Dr. St. vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Allein degenerative Veränderungen des Kniegelenkes rechtfertigen keine andere Bewertung des Teil-GdB.

Die Herzrhythmusstörungen (Bradykardie und ventrikuläre Extrasystolie) des Klägers rechtfertigen keinen höheren Teil-GdB als 10. Nach den VG Teil B 9.1.6 richtet sich die Beurteilung des GdB vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens. Eine Beeinträchtigung der Herzleistung durch die Rhythmusstörungen liegt beim Kläger nicht vor. Nach dem zu den Akten gelangten Befundbericht des S. Klinikums vom 11.11.2011 erbrachte eine Untersuchung des Klägers am 11.11.2011 einen unauffälligen Herzbefund bei einer systolisch normalen LV-Funktion ohne Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bei 200 Watt. Nach den wiedergegebenen Angaben des Klägers ist er kardiopulmonal beschwerdefrei bei guter Belastbarkeit im Alltag. Wegen der Herzrhythmusstörungen gehen Dr. Gre. und Dr. Gro. in ihren Gutachten übereinstimmend von einem Teil-GdB von 10 aus. Weiter Gesundheitsstörung des Herzens oder des Kreislaufs bestehen beim Kläger nicht, weshalb hinsichtlich der Herzrhythmusstörungen von einem Einzel-GdB von 10 auszugehen ist.

Sonstige zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen sind nicht ersichtlich und werden im Übrigen vom Kläger auch nicht substantiiert geltend gemacht. Insbesondere gibt es keinen Anhalt für ein relevantes Magenleiden des Klägers.

Danach ist beim Kläger der Gesamt-GdB mit 40 zu bemessen. 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. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der AHP bzw. 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.

Hiervon ausgehend ist unter Berücksichtigung des Wirbelsäulenleidens mit einem Einzel-GdB von 20, der depressiven Störung mit einem Einzel-GdB von allenfalls 20 und der Funktionsbehinderung beider Schultergelenke mit einem Einzel GdB von 20 der Gesamt-GdB mit 40 zu bilden. Die mit einem Einzel-GdB von jeweils 10 zu bewertende Funktionsbehinderung der Kniegelenke und die Herzrhythmusstörungen erhöhen den Gesamt-GdB nicht. Eine Gesamt-GdB von 40 würde sich auch dann ergeben, wenn zu Gunsten des Klägers mit PD Dr. Dr. St. und Dr. Ke. davon ausgegangen würde, dass das Wirbelsäulenleiden des Klägers mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten ist, da die depressive Störung mit einem Einzel-GdB von 20 nicht voll erreicht wird und damit die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) nicht rechtfertigt.

Der Bewertung des Arztes Be. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage vom 04.10.2012, der aus orthopädischer Sicht einen GdB von 50 bis 60 annimmt, folgt der Senat nicht. Seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage lassen sich keine Befunde entnehmen, die seine Ansicht plausibel machen. Dies gilt aus den bereits oben ausgeführten Gründen auch, soweit PD Dr. Dr. St. in seinem Gutachten auf orthopädischem Gebiet von einem GdB von 50 ausgeht.

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Der Sachverhalt ist durch die von der Beklagten sowie vom Senat im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen und die zu den Akten gelangten medizinischen Befundunterlagen vollständig aufgeklärt und vermittelt dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Gesichtspunkte, durch die sich der Senat zu weiteren Ermittlungen gedrängt fühlen müsste, hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht aufgezeigt. Insbesondere sieht sich der Senat nicht zur Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des PD Dr. Dr. St. zur versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom 30.04.2015 veranlasst. Eine für die Entscheidung über die Berufung klärungsbedürftige medizinische Frage wird durch die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. nicht aufgeworfen und hat auch der Kläger nicht aufgezeigt.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2015-08-14