

L 8 SB 2027/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 12 SB 2260/10

Datum

27.03.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 2027/13

Datum

07.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 27.03.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die (Neu-)Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) (50 anstelle von 40).

Der 1953 geborene Kläger ist k. Staatsangehöriger und im Besitz einer unbefristeten Aufenthaltsberechtigung. Das Versorgungsamt U. stellte auf den Erstantrag des Klägers vom 30.01.2002 mit Bescheid vom 14.03.2002 einen GdB von 40 seit dem 30.01.2002 fest. Dem lagen folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde (Bl. 31 bis 34 der Verwaltungsakte):

- degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20), - Schlafapnoesyndrom (Teil-GdB 20), - Herzleistungsminderung, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen (Teil-GdB 20) und - Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenkes und Arthrose (Teil-GdB 10).

Der Kläger beantragte am 30.10.2009 die Erhöhung des GdB und machte zur Begründung eine arterielle Hypertonie, ein Schlafapnoesyndrom, eine Syringomyelie vom Halswirbelkörper 2 bis zum Brustwirbelkörper 1, eine Adipositas, eine somatisierte Depression sowie ein chronisches cervicokranielles Syndrom links geltend (Bl. 38 der Verwaltungsakte).

Der Kläger fügte seinem Antrag folgende Unterlagen bei: einen Arztbrief des Orthopäden Dr. Kö. vom 25.04.2002 (Diagnose: Coxarthrose beidseits und Lumboischialgie), einen Entlassungsbericht der Klinik L. vom 16.05.2003 (Diagnosen: Gemischtförmiges SAS (ED 07/97), CPAP-Therapie, arterielle Hypertonie und Adipositas), zwei Arztbriefe des Internisten und Kardiologen Dr. Ma. vom 14.11.2003 (Diagnosen: arterielle Hypertonie, hypertensive Herzerkrankung und derzeit befriedigende Blutdruckeinstellung in Ruhe und unter Belastung, Adipositas, ventrikuläre Extrasystolie, AV-Block I. Grades, Verdacht auf Schlafapnoe und Sinusbradykardie) und vom 03.03.2008 (Diagnosen: Arterielle Hypertonie, hypertensive Herzerkrankung, derzeit befriedigende Blutdruckeinstellung in Ruhe und unter Belastung, Adipositas, ventrikuläre Extrasystolie, AV-Block I. Grades und Verdacht auf Schlafapnoe), einen Arztbrief des Internisten Dr. Schö. vom 20.11.2003 (Diagnose: Peridiverticulitis bei kleinen Sigmavertikeln), drei Arztbriefe des Urologen Dr. Sa. vom 27.11.2003 (Diagnose: Erythrozyturie), vom 11.02.2008 (Diagnose: Erythrozyturie und keine Anhaltspunkte für eine Nephrolithiasis) und vom 29.12.2008 (Diagnosen: bekannte Erythrozyturie und überaktive Blase), einen weiteren Entlassungsbericht der Klinik L. vom 06.09.2004 nebst Polysomnographieauswertung (Diagnosen: Dyssomnie unter CPAP-Therapie; Differenzialdiagnose: Depression und Dyssomnie bei Schichtarbeit, gemischtförmiges SAS (ED 07/97), hypertensive Herzkrankheit und Adipositas), drei Arztbriefe des Internisten und Lungenarztes Dr. P. vom 16.09.2004 (Diagnose: Dyssomnie und CPAP-Therapie), vom 28.11.2008 (Diagnosen: chronische Bronchitis und Schlafapnoesyndrom) und vom 12.05.2009 (Diagnose: chronische Bronchitis), zwei Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. Bri. vom 06.10.2004 (Diagnose: somatisierte Depression, chronifiziertes cervicokranielles Syndrom linksbetont, Schlafapnoesyndrom, Dyssomnie unter CPAP-Therapie sowie Adipositas) und vom 08.12.2004 (Diagnosen: somatisierte Depression, chronifiziertes cervicokranielles Syndrom linksbetont, Syringomyelie bei Arnold-Chiari-Missbildung, Schlafapnoesyndrom und Adipositas), einen Arztbrief des Orthopäden Dr. Hä. vom 19.11.2004 (Diagnosen: Cervicobrachialgie und HWS-Spondylarthrose), einen Arztbrief des Dermatologen und Allergologen Dr. Re. vom 13.10.2005 (Diagnosen: Pruritus sine materia, Onychomykose, perianale Dermatitis und Hämorrhoiden I. und II. Grades), einen Arztbrief des Orthopäden Herr V. vom 08.06.2006 (Diagnosen: Cervicobrachialgie links und Degeneration der Rotatorenmanschette links), einen Arztbrief des Neurochirurgen Dr. Bl. vom 18.12.2006 (Diagnose: Syringomyelie HWK2 bis BWK1), zwei Arztbriefe des Bundeswehrkrankenhauses U. vom 24.01.2007

(Diagnosen: Syringomyelie HWK2 bis BWK1, Schlafapnoesyndrom, CPAP-Therapie) und vom 19.02.2009 (Diagnosen: cervicothorakale Syringomyelie, Chiari-0-Malformation, thorakale arachnoidale Adhäsionen sowie Schlafapnoesyndrom), drei Arztbriefe der Hautärzte Dres. Wi. vom 08.05.2007, vom 14.09.2007 (Diagnosen: Exsikkationsekzematoïd, Hämorrhoiden II. Grades und Kribbelparästhesie) und vom 07.07.2008 (Diagnosen: Hämorrhoiden I. Grades und perianale Dermatitis sowie Tinea corporis), einen Arztbrief des HNO-Arztes Dr. Schm. vom 16.09.2008 (Diagnosen: Epistaxis bei Rhinitis Sicca, Septumleiste links und Innenohrschwerhörigkeit links), einen Arztbrief der Radiologin Dr. N. vom 04.11.2008 (Beurteilung: Chiari-Malformation Typ I mit tiefstehenden Kleinhirntonsillen), einen Arztbrief des Orthopäden Dr. Ke. vom 19.11.2008 (Diagnosen: Varusgonarthrose links, Innenmeniskopathie links, Knickplattfuß beidseits), sowie einen unvollständigen Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik K. vom 15.10.2009 (Diagnosen: Syringomyelie HWK2 bis BWK1, HWS-Syndrom bei Spondylarthrose, LWS-Syndrom bei muskulärer Dysbalance, Schulter-Arm-Syndrom rechts und Adipositas) (Bl. 39 bis 80 der Verwaltungsakte). Der Beklagte zog den vollständigen Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik K. vom 26.10.2009 bei (Bl. 83 bis 90 der Verwaltungsakte).

Der Beklagte holte eine versorgungsärztliche Stellungnahme bei Frau P. ein, welche die einzelnen vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen unter dem 05.01.2010 wie folgt bewertete:

- degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Syringomyelie, chronisches Schmerzsyndrom und Kopfschmerzsyndrom (Teil-GdB 20), - Schlafapnoesyndrom und chronische Bronchitis (Teil-GdB 20), - Herzleistungsminderung, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen (Teil-GdB 20), - Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenks und Arthrose (Teil-GdB 10) und - Schwerhörigkeit links (Teil-GdB 10).

Der Gesamt-GdB betrage 40. Die vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen Adipositas, depressive Verstimmung, Erythrozyturie, Rhinitis sicca, Ronchopathie, Hämorrhoiden, Interdigitalmykose, Keratosis follicularis, Sigmavertikel, Funktionseinschränkungen durch Fußfehlform und Funktionseinschränkungen der Knie- und Schultergelenke bedingten jeweils keinen Teil-GdB von mindestens 10 (Bl. 93 und 94 der Verwaltungsakte).

Mit Bescheid vom 21.01.2010 lehnte das Landratsamt O. - Integration und Versorgung - (LRA) den Neufeststellungsantrag des Klägers ab (Bl. 95 und 96 der Verwaltungsakte).

Dagegen legte der Kläger mit Schreiben vom 18.02.2010 Widerspruch ein, zu dessen Begründung er vortrug, er habe durch die Funktionseinschränkungen der Knie- und Schultergelenke und aufgrund der degenerativ veränderten Wirbelsäule und der Syringomyelie sehr starke Schmerzen. Zudem leide er immer häufiger an einem Schwindelgefühl. Die Schmerzen und Beschwerden beeinträchtigten ihn im Alltag vor allem an seinem Arbeitsplatz enorm. Daher sei er auch depressiv verstimmt (Bl. 98 der Verwaltungsakte).

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme bei Dr. W. wies das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 31.05.2010 als unbegründet zurück (Bl. 99 bis 103 der Verwaltungsakte). Dagegen erhob der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Telefax vom 30.06.2010 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG), zu deren Begründung er im Wesentlichen vortrug, die Depression und die Funktionseinschränkungen der Knie- und Schultergelenke des Klägers seien unberücksichtigt geblieben. Weiter sei die chronifizierte Schmerzsymptomatik im Schulter-Arm-Bereich beidseits sowie im Kopfbereich nicht ausreichend gewürdigt worden. Die Schmerzsymptomatik werde durch ein rezidivierendes Schwindelgefühl begleitet. Der Kläger leide im Zusammenhang mit der Wirbelsäulensymptomatik unter neurologischen Ausfallerscheinungen. Weiter leide er unter einer persistierenden Schmerzsymptomatik im Bereich der Kniegelenke. Ferner sei die beim Kläger neben dem Schlafapnoesyndrom bestehende chronische Bronchitis nicht berücksichtigt worden. Er leide unter permanenter Kurzatmigkeit. Schließlich seien die internistischen Erkrankungen nicht hinreichend bewertet worden. Bereits bei alltäglicher leichter Belastung träten Leistungsbeeinträchtigungen auf. Bei der abendlichen Blutdruckmessung ließen sich häufig systolische Blutdruckwerte von 180 bis 160 messen, wobei der diastolische Wert meist über 100 betrage.

Das SG befragte zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 31/32, 33/91, 92/94, 95/97 und 99/105 der SG-Akte Band I Bezug genommen.

Der Internist und Lungenarzt Dr. P. teilte dem SG unter dem 02.09.2010 mit, der Kläger leide unter einer chronischen Bronchitis, welche als leichtgradig zu bezeichnen sei. Ferner liege ein Schlafapnoesyndrom mit dem Erfordernis einer permanenten nächtlichen Überdruckbeatmung vor. Die Einstellung sei jedoch unter der laufenden Therapie mit relativ hohem Druck als gut zu bezeichnen. Auf pneumologischem Fachgebiet sei seit März 2002 weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Klägers eingetreten.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Hausärztin des Klägers Dr. O. schrieb dem SG am 09.09.2010, der Kläger leide unter einer arteriellen Hypertonie, einer hypertensiven Herzerkrankung, einer ventrikulären Extrasystolie, AV-Block I. Grades und einer Sinusbradykardie. Diese Gesundheitsstörungen seien als mittelschwer zu bezeichnen. Weiter leide der Kläger unter folgenden sehr schweren Gesundheitsstörungen: einer Syringomyelitis HWK2 bis BWK1, einer Chiari-0-Malformation, einer thorakalen arachnoidalen Adhäsion, einer HWS-Spondylarthrose, einer Cervicobrachialgie, einem LWS-Syndrom, einem Schulter-Arm-Syndrom rechts, einer Varusgonarthrose links, einer Innenmeniskopathie links, einer beidseitigen Coxarthrose, einer chronischen Bronchitis, einer Schlafapnoe mit CPAP-Therapie, einer Innenohrschwerhörigkeit links und einem depressiven Syndrom. Ferner seien die beim Kläger vorliegenden Sigmavertikel, die Adipositas, die beidseitigen Knick- und Plattfüße, die glomeruläre Erythrozyturie, die chronische Rhinitis sicca, die Ronchopathie und die Septumleiste links als leicht zu bezeichnen. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich im Hinblick auf die orthopädischen Beschwerden seit März 2002 verschlechtert. Es handle sich um chronifizierte Schmerzen, welche zu Bewegungseinschränkungen führten. Dadurch hätten sich auch die Depressionen verschlechtert, welche zu zunehmender Isolation, also zumindest zu mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten führten.

Der Hautarzt Dr. Wi. berichtete unter dem 13.09.2010, der Kläger leide unter einer perianalen Dermatitis, Hämorrhoiden und anamnestisch unter Kribbelparästhesien. Die Beeinträchtigungen seien von dermatologische Seite als gering zu bezeichnen. Es handle sich um einen chronisch rezidivierenden Verlauf der Hämorrhoiden mit einem sich daraus ergebenden perianalen Ekzem.

Der Orthopäde Dr. Ke. schrieb dem SG am 28.09.2010, der Kläger leide unter einer Cervicobrachialgie, einer Varusgonarthrose links sowie einem beidseitigen Knick-Plattfuß. Die Gesundheitsstörungen seien jeweils als mittelschwer zu bezeichnen.

Der Orthopäde Dr. Da. teilte unter dem 08.12.2010 mit, der Kläger leide unter chronischen Schulter-Nackenschmerzen bei deutlichen degenerativen HWS-Veränderungen, einer Spondylosis deformans, einer Syringomyelie C2 bis Th1, chronischen LWS-Beschwerden bei deutlichen degenerativen LWS-Veränderungen mit Spondylarthrose, Osteochondrose und Spondylosis deformans, chronischen Sprunggelenksschmerzen rechts bei fortgeschrittener Destruktion des unteren Sprunggelenks mit Bewegungseinschränkung sowie unter Ellbogenschmerzen bei Insertionstendopathie rechts. Die Beschwerden am rechten Ellenbogen seien als leichtgradig zu bezeichnen, die restlichen Beschwerden als schwer bis sehr schwer.

Weiter zog das SG die Berichte des Bundeswehrkrankenhauses U. vom 24.01.2007, 19.02.2009, 30.04.2010 und 18.03.2011 bei (Bl. 116 bis 122 der SG-Akte). Ferner befragte das SG den sachverständigen Zeugen Dr. Da. ergänzend, welcher unter dem 06.08.2011 folgende bei der letzten Vorstellung am 01.08.2011 erhobene Bewegungsausmaße mitteilte: oberes Sprunggelenk rechts Extension/Flexion 0-0-20, linkes Sprunggelenk Extension/Flexion 5-0-14 und unteres Sprunggelenk: Rückfuß/Eversion-Inversion aufgehoben, Vorfuß Supination und -pronation nur geringfügig möglich, jeweils 5 ° beidseits (Bl. 123 und 124 der SG-Akte).

Weiter vernahm das SG den Neurologen und Psychiater Dr. Bri. als sachverständigen Zeugen, welcher unter dem 22.12.2011 mitgeteilt hat, er habe den Kläger nur einmalig am 27.09.2011 untersucht und dabei ausweislich seines Arztbriefes vom 28.09.2011 ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom links, ein Schulter-Arm-Syndrom rechts, ein cervicokranielles Syndrom, eine Syringomyelie, eine Arnold-Chiari-Missbildung, ein Schlafapnoesyndrom und eine Adipositas diagnostiziert. Diese Behinderungen seien als leichtgradig einzustufen (Bl. 136/141 der SG-Akte).

Schließlich holte das SG auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten bei dem Chefarzt der Chirurgischen Klinik II des O. Klinikums A. Dr. Ob. ein. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 158/184 der SG-Akte verwiesen.

Im Gutachten vom 23.11.2012 aufgrund ausführlicher Untersuchung des Klägers am 08.11.2012 bewertete Dr. Ob. die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen wie folgt: degenerative Veränderungen mit Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule (Teil-GdB 20), beginnende Coxarthrose beiderseits mit Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke (Teil-GdB 10), beginnende Arthrosen beider Sprunggelenke mit Bewegungseinschränkung beider Sprunggelenke (Teil-GdB 10), deutliche degenerative Veränderungen von unterem Sprunggelenk und Fußwurzel sowie im ersten Strahl des Vorfußes mit Bewegungseinschränkung des unteren Sprunggelenks beidseits sowie ausgeprägtem Senk-Platt-Knickfuß beidseits (Teil-GdB 20), partielle Zehendeformierungen beidseits (Teil-GdB unter 10), beidseits altersentsprechende, leicht degenerative Veränderungen beider Hand- und Ellenbogengelenke im Sinne von beginnenden, diskreten Arthrosen an den genannten Gelenken ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen (Teil-GdB unter 10), beidseits altersentsprechende, beginnende Arthrosen im Glenohumeralgelenk beidseits ohne wesentliche funktionelle Einschränkung (Teil-GdB unter 10), deutliche AC-Gelenksarthrosen beidseits ohne funktionelle Einschränkung (Teil-GdB 10), radiologisch ISG-Arthrose beidseits (Teil-GdB unter 10). Der GdB auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet betrage 40.

Mit Urteil vom 27.03.2013 wies das SG die Klage als unbegründet ab. Ein Gesamt-GdB von 40 sei für die beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen weiterhin angemessen. Für die Funktionseinschränkung der Wirbelsäule einschließlich der Syringomyelie und des chronischen Schmerzsyndroms sei ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Die Funktionseinschränkung des Sprunggelenks beidseits sowie der ausgeprägte Senk-, Platt- und Knickfuß seien mit einem Teil-GdB von 20 angemessen berücksichtigt. Weiter komme für die Coxarthrose beidseits mit Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke allenfalls ein weiterer Teil-GdB von 10 in Betracht. Bezüglich der Kniegelenke sei ein Teil-GdB von wenigstens 10 nicht gerechtfertigt. Dasselbe gelte für die leichten degenerativen Veränderungen beider Hand- und Ellenbogengelenke. Das Schlafapnoesyndrom bzw. die chronische Bronchitis seien mit einem Einzel-GdB von 20 zu berücksichtigen, ebenso der Bluthochdruck und die Herzrhythmusstörungen bzw. die Herzleistungsminderung. Die Hämorrhoiden bzw. die perianale Dermatitis seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten wie auch die Schwerhörigkeit. Weitere Gesundheitsstörungen, die mit einem Teil-GdB von wenigstens 10 berücksichtigt werden könnten, seien nicht ersichtlich. Die beim Kläger vorliegenden Einzel-GdB von jeweils 20 könnten insgesamt nur zu einem Gesamt-GdB von 40 führen, da die Funktionseinschränkungen allesamt nur leicht- bis mittelgradig ausgeprägt seien.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 25.04.2013 zugestellte Urteil hat dieser am 10.05.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, zunächst sei darauf hinzuweisen, dass Dr. Ob. auf orthopädischem Fachgebiet einen GdB von 40 für angemessen erachtet habe, sodass unter Berücksichtigung der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen auf internistischem Fachgebiet letztlich die Schwerbehinderteneigenschaft erreicht werde. Weiter habe der behandelnde Orthopäde Dr. Da. schwere Beschwerden der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule beschrieben, weshalb die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule gemäß Teil B Ziff. 18.9 VG mit einem Teil-GdB zwischen 30 und 40 zu bewerten seien. Das SG habe nicht berücksichtigt, dass beim Kläger zwei Wirbelsäulenabschnitte betroffen seien. Weiter habe sich die Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS und der Schultern deutlich verschlimmert. Soweit die chronische Bronchitis als leichtgradig eingestuft worden sei, könne dem nicht gefolgt werden. Beim Kläger trete bereits bei leichter körperlicher Beanspruchung Luftnot auf, sodass er ein Aerosol verordnet bekommen habe. Schließlich beschreibe der Kläger selbst eine zunehmende Verschlechterung der Bronchitis seit dem Jahre 2002 (Bl. 35/37 der Senatsakte).

Der Senat hat zunächst den Internisten und Lungenarzt Dr. P. als sachverständigen Zeugen vernommen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 39/40 der Senatsakte verwiesen. Dr. P. hat unter dem 01.07.2013 mitgeteilt, der Kläger habe sich am 20.11.2012 zum letzten Mal vorgestellt und angegeben, im Hinblick auf die Atemwege relativ beschwerdefrei zu sein. Eine am 20.11.2012 durchgeführte Lungenfunktionsprüfung habe keinen Nachweis einer obstruktiven oder restriktiven Ventilationsstörung und keine wesentliche Überblähung ergeben. Der Kläger leide unter einer chronischen Bronchitis und einem gemischtförmigen Schlafapnoesyndrom. Der Gesundheitszustand des Klägers sei seit dem letzten Befundbericht an das SG vom 02.09.2010 im Wesentlichen unverändert geblieben.

Weiter hat der Klägerevertreter einen Arztbrief des Neurochirurgen Dr. Bl. vom 01.07.2013 (Diagnose: bekannte cervicothorakale Syringomyelie und Verdacht auf Chiari-0-Malformation) und einen Befundbericht des B. Krankenhauses U. vom 18.10.2013 (Diagnosen:

cervicothorakale Syringomyelie, thorakale arachnoidale Adhäsion, Schlafapnoesyndrom und Verdacht auf Impingementsyndrom der rechten Schulter) vorgelegt (Bl. 44 und 46/47 der Senatsakte).

Ferner hat der Senat die Allgemeinmedizinerin und Hausärztin des Klägers Dr. O. als sachverständige Zeugin vernommen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 57/67 der Senatsakte verwiesen. Dr. O. hat unter dem 27.05.2014 mitgeteilt, es bestünden endgradige Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule in alle Bewegungsrichtungen, die aktive und passive Beweglichkeit in beiden Schultergelenken sei schmerzhaft reduziert. Es fänden sich keine neurologischen Ausfälle in beiden unteren Extremitäten. Die Beweglichkeit beider Kniegelenke sei endgradig schmerzhaft eingeschränkt bei insgesamt stabilem Bandapparat. Die Rotation des Sprunggelenks sei beidseits moderat eingeschränkt und schmerzhaft. Die Blutdruckwerte seien zufriedenstellend mit Quinapril HCT 20/12,5 mg eingestellt. Es bestünden keine pectanginösen Beschwerden und kein pathologisches Herzgeräusch. Die Stimmung sei depressiv und deutlich gedrückt. Der Kläger leide unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

Weiter hat der Klägervertreter einen Arztbrief des Orthopäden Dr. Da. vom 06.05.2014 (Diagnosen: Enthesiopathie subacromial Schulter rechts und Impingementsyndrom Schulter rechts) vorgelegt (Bl. 53/54 der Senatsakte).

Ferner hat der Kläger unter Vorlage eines Arztbriefes der C. Klinik für Augenheilkunde vom 22.01.2015 (Diagnosen: R/L cataracta incipiens und mouches volantes) vorgetragen, seine Katarakterkrankung habe sich verschlechtert (Bl. 72 und 74/75 der Senatsakte).

Nachdem der Senat die Beteiligten mit Schreiben vom 08.04.2015 auf die Absicht, über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter zu entscheiden, hingewiesen hatte, hat der Klägervertreter unter Vorlage eines Arztbriefes des Orthopäden Dr. Da. vom 05.05.2015 (Diagnosen: geringe Coxarthrose, geringe ISG-Arthrose und Hüftkopfnekrose) vorgetragen, die Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Hüfte habe sich weiter verschlechtert (Bl. 80/81 und 82/83 der Senatsakte).

Mit Schreiben des Senats vom 01.06.2015 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass weiterhin beabsichtigt sei, nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zu entscheiden (Bl. 85 R der Senatsakte).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG Ulm vom 27.03.2013 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Aufhebung des Bescheids des vom 21.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.05.2010 beim Kläger einen Grad der Behinderung von 50 seit 30.10.2009 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, ein Gesamt-GdB von 40 sei angemessen und leistungsgerecht. Die vom Senat eingeholte Zeugenauskunft von Dr. P. vom 01.07.2013 stütze den Klageantrag nicht. Weiter ist der Beklagte der Berufung unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. vom 27.10.2014 entgegengetreten. Nach der Rechtsprechung des Senats sei für die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft zumindest ein Einstiegs-GdB von 30 erforderlich. Schließlich ergebe sich aus der vom Klägervertreter vorgelegten Auskunft der Charlottenklinik für Augenheilkunde lediglich ein GdB von 10.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vom Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Akten des SG (Band I und II) und die Senatsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

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 Entscheidung im schriftlichen Verfahren bedarf keiner Zustimmung der Beteiligten. Die Beteiligten sind mit richterlicher Verfügung vom 08.04.2015 und ergänzend mit Verfügung vom 01.06.2015 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 beabsichtigten Verfahren Stellung zu nehmen.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthaft und nach [§ 151 SGG](#) zulässig, jedoch in vollem Umfang unbegründet.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27.03.2013 zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Landratsamts O. - Integration und Versorgung - vom 21.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Regierungspräsidiums Stuttgart - Landesversorgungsamt - vom 31.05.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40, da eine wesentliche Änderung im Sinne von [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) im Verhältnis zu dem zuletzt maßgeblichen Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes U. vom 14.03.2002 nicht eingetreten ist.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 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.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten Teil-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 10.12.2009 (BGBl. I, 2412) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die zunächst nach Funktionssystemen (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) getrennt, später nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind.

(1) Das Funktionssystem des Rumpfes, wozu der Senat auch die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG), ist beim Kläger durch eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule gekennzeichnet, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten ist.

Nach Teil B Nr. 18.9 VG ist für Wirbelsäulenschäden ein GdB von 20 vorgesehen, wenn mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorliegen. Ein GdB von 10 ist dagegen bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) bestimmt. Ein GdB von 30 setzt nach Teil B Nr. 18.9 VG entweder schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) oder (nach der Rechtsprechung des Senats, Urteil vom 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) - juris) mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten voraus. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z.B. Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Vorliegend konnte der Senat allenfalls mittelschwere Funktionsbeeinträchtigungen in einem Wirbelsäulenabschnitt feststellen. Der Kläger leidet unter degenerativen Veränderungen und Bewegungseinschränkungen der gesamten Wirbelsäule einhergehend mit schmerzhaften Ausstrahlungen in den Nacken-, Schulter- und Armbereich sowie einer Syringomyelie C2 bis Th1. Dies entnimmt der Senat den Aussagen der beiden vom SG als sachverständige Zeugen vernommenen behandelnden Orthopäden des Klägers Dr. Ke. vom 28.09.2010 und Dr. Da. vom 08.12.2010 sowie den Ausführungen des auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) gehörten Gutachters Dr. Ob. im orthopädisch-unfallchirurgischen Sachverständigengutachten vom 23.11.2012.

Beim Kläger bestehen zur Überzeugung des Senats an der Halswirbelsäule leicht- bis mittelgradige Bewegungseinschränkungen und an der Brust- und Lendenwirbelsäule jeweils leichtgradige Bewegungseinschränkungen. Die Überzeugung des Senats beruht auf den von Dr. Ob. anlässlich der Erstellung des auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens bei der Untersuchung des Klägers am 08.11.2012. Dr. Ob. hat für die Halswirbelsäule ein Vorneigen und Rückneigen von jeweils 40-0-40 ° (Norm: 45 bis 70-0-35 bis 45 °), ein Seitneigen rechts und links von jeweils 25-0-25 ° (Norm: 45-0-45 °) und ein Drehen rechts und links jeweils von 70-0-70 ° (Norm 60 bis 80-0-60 bis 80 °) gemessen. Dies entspricht in Bezug auf die Seitneigung einer allenfalls mittelgradigen Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule. Für die Brustwirbelsäule gab Dr. Ob. ein Seitneigen von rechts und links mit 20-0-20 ° (Norm: 30 bis 40-0-30 bis 40 °) und das Ott'sche Entfaltungsparameter mit 30-31 (Norm: 29/30 bis 32/34) an. Dies entspricht einer leichten Bewegungseinschränkung der Brustwirbelsäule. Für die Lendenwirbelsäule gab Dr. Ob. ein Schöber'sches Entfaltungsparameter von 10-14 (Norm 10 bis 15) an, was einer leichtgradigen Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule entspricht. Die gutachterliche Untersuchung durch Dr. Ob. ergab keinen Hinweis auf eine Erkrankung auf neurologischem Fachgebiet. Insbesondere ließen sich keine neurologischen Störungen oder Ausfallerscheinungen objektivieren. Auch die Vorstellung des Klägers in der Neurochirurgischen Abteilung des B. Krankenhauses U. am 15.10.2013 ergab zwar, dass der Seitlängergang nicht möglich und der Blindgang unsicher waren. Jedoch waren Zehen- und Fersengang ohne pathologischen Befund. Die Muskeleigenreflexe in den oberen Extremitäten und an den unteren Extremitäten waren seitengleich mittelheftig bzw. lebhaft. Babinski war beidseits negativ, es zeigten sich keine Spastik und keine Kloni. Lasègue war beidseits negativ. Die durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der Hals- und Brustwirbelsäule zeigte die bekannte cervicothorakale Syringomyelie unverändert im Vergleich zu den Voraufnahmen aus März 2012. Es bestand kein neurochirurgischer Handlungsbedarf (vgl. den Arztbrief des B. Krankenhauses U. vom 18.10.2013, Bl. 67 der Senatsakte). Auch die Allgemeinmedizinerin und Hausärztin Dr. O. teilte dem Senat unter dem 27.05.2014 mit, dass sich keine neurologischen Ausfälle in beiden unteren Extremitäten gefunden hätten. Nach alledem hält der Senat für die Funktionseinschränkungen im Funktionssystem des Rumpfes einen Einzel-GdB von 20 für angemessen. Dabei sind wie im Gutachten von Dr. Ob. nachvollziehbar ausgeführt die funktionellen Auswirkungen der Syringomyelie nicht von den funktionellen Auswirkungen der degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen zu unterscheiden und somit in der Bewertung miteingeschlossen. Eine nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit, welche eine ärztliche Behandlung erfordert und die Erhöhung des GdB rechtfertigen könnte, ist vorliegend nicht dokumentiert. Bei der Begutachtung durch Dr. Ob. gab der Kläger an, bei stärkeren Beschwerden regelmäßig Diclofenac einzunehmen, jedoch nicht regelmäßig täglich. Eine spezielle schmerztherapeutische Behandlung nimmt der Kläger auch nicht in Anspruch, so dass wegen der geltend vom Kläger geltend gemachten Schmerzen keine Erhöhung des GdB gerechtfertigt erscheint. Damit sind die im Funktionssystem des Rumpfes bestehenden Behinderungen mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten.

(2) Im Funktionssystem der Beine konnte sich der Senat von keinem höheren Einzel-GdB als 20 überzeugen.

Der Gutachter Dr. Ob. fand beim Kläger deutliche degenerative Veränderungen von unterem Sprunggelenk und Fußwurzel mit Bewegungseinschränkungen des unteren Sprunggelenkes beidseits sowie einen ausgeprägten beidseitigen Senk-, Platt- und Knickfuß. Nach Teil B Nr. 18.14 der VG rechtfertigen Bewegungseinschränkungen im oberen Sprunggelenk geringen Grades einen Teil-GdB von 0, mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30) einen Teil-GdB von 10 und stärkeren Grades einen Teil-GdB von 20 sowie Bewegungseinschränkungen im unteren Sprunggelenk einen Teil-GdB von 0-10. Andere Fußdeformitäten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z.B. Senk-, Spreiz-, Hohl-

und Knickfuß, auch posttraumatisch) einen Teil-GdB von 0, mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung geringen Grades einen Teil-GdB von 10 und stärkeren Grades einen Teil-GdB von 20. Das vom Gutachter Dr. Ob. bei Verlassen des Krankenhauses beobachtete Gangbild des Klägers nach Beendigung der Begutachtung war flüssig und hinkfrei. Jedoch wurden bei der Untersuchung aufgrund der Senk-, Platt- und Knickfüße beide obere Sprunggelenke vermindert abgerollt. Der Zehenspitzenangriff war beidseitig nicht demonstrierbar, ein Fersengang war nur angedeutet möglich. Der Einbeinstand war weder links noch rechts dauerhaft sicher möglich. Vielmehr kam es zu ausgiebigen Abfang- und Ausweichbewegungen im Oberkörper bzw. mit den Armen. Die Fußgewölbe waren beidseits praktisch nicht mehr erhalten. Es fanden sich von dorsal verstrichene Gelenkskonturen an beiden unteren Sprunggelenken und eine inspektorische Muskelminderung im Bereich der rechten Wade und des rechten Oberschenkels. Dr. Ob. hat für die oberen Sprunggelenke rechts und links für Heben und Senken des Fußes jeweils Bewegungsausmaße von 10-0-10 ° gemessen und eine beidseitige Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke mit nur einem Viertel der normalen Beweglichkeit angegeben. Zusätzlich fand sich am linken Vorfuß ein Übereinanderstehen der vierten und dritten Zehe. Dabei hält der Senat für die durch die degenerativen Veränderungen der Sprunggelenke bedingten Bewegungseinschränkungen einen Teil-GdB von 20 und für die durch die statischen Auswirkungen der Fußdeformitäten bedingten Einschränkungen einen Teil-GdB von 10 für angemessen.

Für die Knie des Klägers konnte der Senat sich nicht vom Vorliegen einer GdB-relevanten Beeinträchtigung überzeugen.

Nach Teil B Ziff. 18.14 VG bedingen Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90) einseitig einen Teil-GdB von 0 bis 10 und beidseitig einen Teil-GdB von 10 bis 20. Weiter bedingen ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalazia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen einseitig ohne Bewegungseinschränkung einen Teil-GdB von 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung einen Teil-GdB von 20 bis 40. Schließlich ist eine Lockerung des Kniebandapparates bei muskulärer Kompensierbarkeit mit einem Teil-GdB von 10 und bei unvollständiger Kompensierbarkeit und Gangunsicherheit mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Zwar hat der behandelnde Orthopäde des Klägers Dr. Ke. in seiner sachverständigen Zeugenaussage an das SG unter dem 28.09.2010 eine Varusgonarthrose und eine Innenmeniskopathie links mitgeteilt. Bei der Untersuchung am 19.11.2008 durch Dr. Ke. waren jedoch die beidseitigen Kniegelenkskonturen klar gezeichnet, es fand sich keine Kapselschwellung, kein Erguss und keine Überwärmung. Die Beweglichkeit am linken Kniegelenk war frei und die Bandführung war stabil. Dr. Da. teilte in seiner sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG vom 08.12.2010 keine Funktionsbeeinträchtigung der Kniegelenke mit. Bei der Begutachtung durch Dr. Ob. ergaben sich eine normale Beweglichkeit beider Kniegelenke, kein Kniegelenkserguss, eine normale Verschieblichkeit der Kniescheiben sowie stabile Seitenbänder beider Kniegelenke. Damit sind keine Funktionseinschränkungen dokumentiert, welche die Vergabe eines Teil-GdB für die Knie des Klägers rechtfertigen.

Für die Funktionsbeeinträchtigungen der Hüfte ist zur Überzeugung des Senats allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt. Dr. Ob. diagnostizierte eine beginnende Coxarthrose beidseits mit einer leichten Bewegungseinschränkung beider Hüftgelenke. Nach Teil B Nr. 18.14 VG bedingen Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) einseitig einen Teil-GdB von 10 bis 20 und beidseitig einen Teil-GdB von 20 bis 30. Bewegungseinschränkungen mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-30-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) bedingen einseitig einen Teil-GdB von 30 und beidseitig einen Teil-GdB von 50. Einseitige Bewegungseinschränkungen stärkeren Grades bedingen einen Teil-GdB von 40 und beidseitige Bewegungseinschränkungen stärkeren Grades einen Teil-GdB von 60 bis 100. Nach den von Dr. Ob. erhobenen Bewegungsausmaßen der Hüftgelenke beträgt die Streckung/Beugung beidseits 0-0-100 °. Dies ist lediglich eine geringe Bewegungseinschränkung, welche allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 bewertet werden kann. Nach dem vom Kläger zuletzt vorgelegten Arztbrief von Dr. Da. vom 05.05.2014 betrug die Extension/Flexion der rechten Hüfte 0-0-120 und der linken Hüfte 0-0-140. Es hat sich somit sogar eine Verbesserung der Beweglichkeit gegenüber der Begutachtung durch Dr. Ob. im Jahre 2012 ergeben. Damit ist für die Hüftgelenke allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt.

Für das Funktionssystem der Beine ist ein integrierender Einzel-GdB von 20 gerechtfertigt. Hierbei hat der Senat insbesondere berücksichtigt, dass die Funktionseinschränkungen durch die degenerativen Veränderungen der Sprunggelenke durch die statischen Auswirkungen durch die Fußdeformitäten nicht wesentlich verstärkt werden; die statischen Auswirkungen aus den Fußdeformitäten sind in der Bewertung der eingeschränkte Sprunggelenksbeweglichkeit hinreichend erfasst.

(3) Im Funktionssystem der Arme konnte der Senat auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen keinen Teil-GdB feststellen.

Der Kläger leidet unter beidseits altersentsprechenden, leichten degenerativen Veränderungen beider Hand- und Ellenbogengelenke im Sinne von beginnenden, diskreten Arthrosen ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen sowie unter beidseits altersentsprechenden, beginnenden Arthrosen im Glenohumeralgelenk ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen und einer deutlichen AC-Gelenksarthrose beidseits ohne funktionelle Einschränkung. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten von Dr. Ob. vom 23.11.2012. Nach Teil B Ziff. 18.13 bedingen Bewegungseinschränkungen des Handgelenks geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40) einen Teil-GdB von 0 bis 10 und stärkeren Grades einen Teil-GdB von 20 bis 30. Weiter bedingen Bewegungseinschränkungen des Schultergelenks (einschließlich des Schultergürtels) mit einer Armhebung nur bis zu 120 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 10 und mit einer Armhebung nur bis zu 90 ° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen Teil-GdB von 20. Die von Dr. Ob. beschriebenen leichten degenerativen Veränderungen beider Hand- und Ellenbogengelenke rechtfertigen aufgrund der weitgehend normalen Beweglichkeit keinen Teil-GdB. Weiter liegt auch die Beweglichkeit der Schultergelenke mit einer von Dr. Ob. gemessenen Armhebung von bis zu 170 ° im Bereich der Norm. Auch in dem vom Kläger vorgelegten Arztbrief von Dr. Da. vom 05.05.2014 war die Elevation der linken Schulter bis 160 ° möglich. Damit kann für das Funktionssystem der Arme kein Teil-GdB vergeben werden.

(4) Im Funktionssystem der Atmung hält der Senat einen Einzel-GdB von 20 für angemessen. Der Kläger leidet unter einer chronischen Bronchitis sowie unter einem Schlafapnoesyndrom mit der Notwendigkeit einer nächtlichen CPAP-Therapie. Dies entnimmt der Senat der sachverständigen Zeugenaussage des Internisten und Lungenarztes Dr. P. vom 01.07.2013. Nach Teil B Ziff. 8.7 VG rechtfertigt ein Schlafapnoesyndrom ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung einen Teil-GdB von 0 bis 10 und mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung einen Teil-GdB von 20. Erst bei nicht durchführbarer nasaler

Überdruckbeatmung kommt ein Teil-GdB von 50 in Betracht. Dabei sind Folgeerscheinungen zusätzlich zu berücksichtigen. Nach Teil B Ziff. 8.2 VG bedingt eine leichte Form einer chronischen Bronchitis (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) einen Teil-GdB von 0 bis 10 und eine schwere Form (fast kontinuierlich ausgiebiger Husten und Auswurf, häufige akute Schübe) einen Teil-GdB von 20 bis 30.

Das Schlafapnoesyndrom rechtfertigt aufgrund der Erforderlichkeit der nächtlichen CPAP-Therapie einen Teil-GdB von 20. Nach Angaben des Klägers bei der letzten Vorstellung bei Dr. P. am 20.11.2012 wird die nächtliche CPAP-Therapie durchgeführt (vgl. die sachverständige Zeugenaussage von Dr. P. vom 01.07.2013, Bl. 39/40 der Senatsakte). Folgeerscheinungen sind nicht dokumentiert.

Für die chronische Bronchitis ist allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt. Nach der Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. P. vom 01.07.2013 hat der Kläger bei der letzten Vorstellung bei Dr. P. am 20.11.2012 selbst angegeben, im Hinblick auf die Atemwege relativ beschwerdefrei zu sein. Eine Lungenfunktionsprüfung am 20.11.2012 ergab keinen Nachweis einer obstruktiven oder restriktiven Ventilationsstörung und keine wesentliche Überblähung. Weiter hat Dr. P. berichtet, der Gesundheitszustand sei seit dem letzten Befundbericht an das SG Ulm vom 02.09.2010 unverändert geblieben. In seiner sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG vom 02.09.2010 hat Dr. P. ausgeführt, die chronische Bronchitis sei als leichtgradig zu bezeichnen. Damit ergibt sich im Funktionssystem der Atmung ein Einzel-GdB von 20.

(5) Im Funktionssystem Herz/Kreislauf konnte der Senat aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen einen Teil-GdB von 20 feststellen.

Der Kläger leidet unter einer arteriellen Hypertonie mit einer hypertensiven Herzerkrankung, einer Adipositas, einer ventrikulären Extrasystolie und einem AV-Block I. Grades. Dies entnimmt der Senat den Arztbriefen des Internisten und Kardiologen Dr. Ma. vom 03.03.2008 und vom 14.11.2003. Nach Teil B Nr. 9 VG ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Nach Teil B Ziff. 9.1.1. ist ein Einzel-GdB von 0 bis 10 anzusetzen, wenn keine wesentliche Einschränkung der Herzleistung besteht (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen [7 bis 8 km pro Stunde], schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollbelastung bei Ergometerbelastung. Ein Einzel-GdB von 20 bis 40 kommt in Betracht bei einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5 bis 6 km pro Stunde], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens zwei Minuten). Bei Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher Belastung (z.B. Spazieren gehen [3 bis 4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (mindestens zwei Minuten) ist ein Einzel-GdB von 50 bis 70 anzusetzen. Gemäß Nr. 9.1.6 VG richtet sich die Beurteilung von Herzrhythmusstörungen vor allem nach der Leistungsbeeinträchtigung des Herzens. Nach Nr. 9.3 VG ist eine leichte Form der Hypertonie ohne oder mit geringen Leistungsbeeinträchtigungen (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) mit einem Einzel-GdB von 0 bis 10 zu berücksichtigen. Bei einer mittelschweren Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung ein Einzel-GdB von 20 bis 40 anzusetzen.

Ausweislich des Arztbriefes des Internisten und Kardiologen Dr. Ma. vom 14.11.2003 ergab eine Fahrradergometrie im Sitzen eine Belastbarkeit des Klägers bis 175 Watt ohne Ischämiereaktion. Die arterielle Hypertonie war in Ruhe und unter Belastung befriedigend eingestellt. Lediglich zu Beginn der Belastung fanden sich leicht erhöhte Blutdruckwerte. Im Arztbrief vom 03.03.2008 verwies Dr. Ma. auf die Vorbefunde und gab an, es liege keine Veränderung im Vergleich zum Vorbefund vor. Der Kläger war bis 150 Watt mit normalem Herzfrequenz- und Blutdruckverhalten und ohne Ischämiereaktion belastbar. Die Blutdruckwerte waren sowohl in Ruhe als auch unter Belastung jetzt befriedigend eingestellt. Auch die Hausärztin des Klägers Dr. O. teilte in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 27.05.2014 gegenüber dem Senat mit, die Blutdruckwerte seien zufriedenstellend eingestellt. Es bestünden keine pectanginösen Beschwerden und kein pathologisches Herzgeräusch.

Nach alledem ist für das Funktionssystem Herz/Kreislauf aufgrund einer fehlenden relevanten Einschränkung der Herzleistung und der befriedigend eingestellten Blutdruckwerte lediglich wegen der hypertensiven Herzerkrankung mit Linksherzhypertrophie ein Teil-GdB von 20 anzunehmen.

(6) Im Funktionssystem der Verdauung konnte sich der Senat allenfalls vom Vorliegen eines Teil-GdB von 10 überzeugen. Der Kläger leidet unter Hämorrhoiden und infolge davon unter einer perianalen Dermatitis. Dies entnimmt der Senat der Aussage des als sachverständiger Zeuge vom SG gehörten Hautarztes Dr. Wi. vom 13.09.2010 und den Arztbriefen der Chirurgen Dres. S./K. vom 09.12.2013, 16.01.2014 und 05.05.2014. Dabei stellt die perianale Dermatitis keine eigenständig zu bewertende Erkrankung dar, sondern ist Folge des Hämorrhoidalleidens, weshalb der Senat die perianale Dermatitis im Funktionssystem der Verdauung, welchem die Hämorrhoiden gemäß Teil B Ziff. 10.2.4. zugeordnet sind und nicht im Funktionssystem der Haut berücksichtigt hat. Gemäß Teil B Ziff. 10.2.4 VG rechtfertigen Hämorrhoiden ohne erhebliche Beschwerden mit geringer Blutungsneigung einen Teil-GdB von 0 bis 10 und mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen einen Teil-GdB von 20. Ausweislich der vom Kläger vorgelegten Arztbriefe der Chirurgen Dres. S./K. vom 09.12.2013, 16.01.2014 und 05.05.2014 besteht lediglich eine geringe Blutungsneigung. Ferner bezeichnete der Hautarzt Dr. Wi. in seiner sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG vom 13.09.2010 die Beeinträchtigungen durch das chronisch rezidivierende Hämorrhoidalleiden mit sich daraus ergebendem perianalem Ekzem als gering. Nach alledem ist für das Funktionssystem der Verdauung allenfalls ein Teil-GdB von 10 gerechtfertigt.

(7) Für das Funktionssystem der Ohren kann der Senat aufgrund der vorliegenden Unterlagen allenfalls einen Teil-GdB von 10 feststellen. Der Kläger leidet unter einer Innenohrschwerhörigkeit links. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des HNO-Arztes Dr. Schm. vom 16.09.2008. Gemäß Teil B Ziff. 5.2 VG rechtfertigt der von Dr. Schm. mitgeteilte Tonaudiogrammbefund vom 16.09.2008 keinen höheren Teil-GdB als 10. Es sind im Funktionssystem der Ohren keine weiteren Funktionseinschränkungen dokumentiert, welche eine höhere Feststellung des GdB in diesem Funktionssystem rechtfertigen könnten. Solche werden vom Kläger mit der Berufungsbegründung im

Übrigen auch nicht geltend gemacht.

(8) Für das Funktionssystem der Augen konnte der Senat schließlich noch einen Teil-GdB von 10 annehmen. Der Kläger leidet auf beiden Augen unter einer cataracta incipiens sowie unter mouches volantes und einer Myopie. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief der C. Klinik für Augenheilkunde vom 22.01.2015. Das dort angegebene Sehvermögen auf dem rechten Auge von 0,4 und auf dem linken Auge von 0,5 rechtfertigt gemäß Teil B Ziff. 4.3 VG einen Teil-GdB von 10.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht, noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Arztauskünfte und ärztlichen Unterlagen bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen nicht mehr 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](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen mit 40, gebildet aus Teilwerten von

- 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem Herz/Kreislauf, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Verdauung, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Ohren und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Augen,

wobei Teil-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend wirken, zu bemessen.

Dabei ist es nach der ständigen Rechtsprechung des Senats grundsätzlich nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies beim Kläger zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen (vgl. Urteil des Senats vom 24.01.2014 - [L 8 SB 211/13](#) -, juris Rn. 34, www.sozialgerichtsbarkeit.de jeweils m.w.H.). Besondere Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die möglicherweise eine Ausnahme zulassen, liegen beim Kläger nicht vor.

Mit dem vom Senat festgestellten Gesamt-GdB von 40 ist im Vergleich zum Bescheid vom 14.03.2002 keine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 SGB X](#) eingetreten, weshalb der Kläger auch keinen Anspruch auf höhere Neufeststellung des GdB hat.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-08-31