

## L 6 SB 5203/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 17 SB 3561/13

Datum

10.11.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 5203/14

Datum

18.02.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. November 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft.

Der 1957 geborene Kläger absolvierte nach dem Hauptschulabschluss eine berufliche Ausbildung zum Kraftfahrzeugmechaniker. 1977 erlitt er einen Motorradunfall, bei dem das linke Knie gequetscht wurde. Deswegen erfolgte 1982 eine arthroskopische Untersuchung, bei der ein Knorpelshaving mit Gelenktoilette durchgeführt wurde. Seit 1977 arbeitet er für die Daimler AG im Mercedes-Benz Werk in Gaggenau vollschichtig als Heizer, Instandhaltungsmechaniker und Installateur. Er betreut das Heizwerk und kümmert sich um das Werksgelände, verrichtet hierbei Reparaturen aller Art. Zudem erledigt er teils auch Büroarbeiten. Er arbeitet im Vier-Schicht-Dienst. Die Tätigkeit wird überwiegend im Sitzen, aber auch im Stehen und Gehen ausgeübt. Er hat Lasten bis 25 kg zu bewegen, wobei teilweise technische Hilfsmittel vorhanden sind. Weiter sind Zwangshaltungen einzunehmen. Seit 2014 übt er die Beschäftigung in Altersteilzeit nach dem so genannten "Blockmodell" aus, wobei er sich derzeit noch in der aktiven Phase befindet. Der Bezug der Rente wegen Alters ist für Ende 2017 vorgesehen. Er wohnt mit seiner Ehefrau in der zweiten Etage eines Zweifamilienhauses, welche über 24 Treppenstufen zu erreichen ist.

Auf der Grundlage des Befundberichtes des Arztes für Augenheilkunde Dr. A. vom 9. März 1999 und der Angabe des Klägers, dass es sich bei der "Blindheit" auf seinem linken Auge um eine angeborene Gesundheitsstörung handelt, stellte der Beklagte bei diesem mit bestandskräftigem Bescheid vom 8. April 1999 wegen eines Sehverlustes des linken Auges den GdB mit 30 ab 22. Februar 1999 fest.

Am 18. Februar 2013 beantragte der Kläger unter Hinweis auf arthrotische Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie in beiden Kniegelenken und im rechten Schultergelenk, wodurch es zu massiven Schmerzen sowohl im Ruhezustand als auch bei Bewegung komme, die Neufeststellung des GdB.

Nach Beiziehung des Befundberichtes des Arztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. E. von Ende Januar 2013 bewertete die Versorgungsärztin Dr. Pf. im Mai 2013 die Funktionsbeeinträchtigung "Arthrose der Kniegelenke, Knorpelschäden am linken Kniegelenk" mit einem GdB von 20 sowie die Funktionsstörungen "Funktionsbehinderung des Schultergelenkes" und "degenerative Veränderungen der Wirbelsäule" jeweils mit einem GdB von 10, weshalb unter Berücksichtigung der "Sehminderung links" ein Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt sei. Der Beklagte stellte daraufhin mit streitgegenständlichem Bescheid vom 26. Juni 2013 den GdB mit 40 seit 18. Februar 2013 fest. Der Widerspruch, mit dem der Kläger die Feststellung des GdB mit wenigstens 50 verfolgte, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2013 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 15. Oktober 2013 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben, welches schriftliche sachverständige Zeugenaussagen von Dr. Sch., Arzt für Allgemeinmedizin, sowie den Fachärzten für Orthopädie Dr. H. und Dr. F. eingeholt hat, die sämtlich im Januar 2014 vorgelegt worden sind.

Von Dr. Sch., welcher den Kläger nach eigenen Angaben seit mindestens zwanzig Jahren und noch im November 2013 behandelt hat, ist mitgeteilt worden, im Bereich der Wirbelsäule habe ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Fehlstatik und eine muskuläre Dysbalance

vorgelegen, woraus mittlere bis schwere Funktionsstörungen resultierten. Die Kniegelenksarthrose mit Belastungsschmerzen und die arterielle Hypertonie hätten jeweils zu mittleren Funktionseinschränkungen geführt. Der Zustand nach Schulteroperation habe eine leichte Funktionsstörung hervorgerufen. Anders als der Beklagte bewerte er die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mit einem GdB von 30.

Dr. Sch. hat den Entlassungsbericht des Chefarztes der Rehaklinik Hausbaden in Badenweiler, dem Orthopäden Dr. F., nach einem stationären Aufenthalt des Klägers vom 23. April bis 14. Mai 2013 übersandt, welcher auch von dem Facharzt für Innere Medizin Dr. H. unterzeichnet worden ist. Danach sind ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Fehlstatik, muskuläre Dysbalancen, eine mehrsegmentale leichte Degeneration (ICD-10 M54.5), Belastungsgonalgien beidseits, muskuläre Dysbalancen, eine Kniebinnenschädigung, Retropatellararthrosen (ICD-10 M17.9), ein Zustand nach Schulteroperation rechts mit leichter persistierender Funktionseinschränkung (ICD-10 M23.8), eine Adipositas Grad I, Body-Mass-Index (BMI) 32 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0) und eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.9) diagnostiziert worden. Bei der Aufnahmeuntersuchung sei das Ent- und Ankleiden ohne spezifisches Vermeidungsverhalten erfolgt. Der Zehenspitzen- und der Fersengang seien problemlos demonstriert worden. Die tiefe Hocke habe vollständig eingenommen werden können, wobei Gonalgien beidseits vorgelegen hätten. Die Wirbelsäule habe leicht nach rechts aus dem Lot gestanden. Das rechte Bein sei etwas außenrotiert gewesen. Die Wade rechts sei im Vergleich zu links etwas geringer ausgeprägt gewesen. Soweit beurteilbar, hätten ein Schulter- und ein Beckengeradstand vorgelegen. Das rechte Taillendreieck sei etwas tieferstehender als das linke gewesen. In der Seitansicht sei eine mäßige Inklinationshaltung zu erkennen gewesen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule habe eine deutliche Hyperlordose vorgelegen. Die Kyphose der Brustwirbelsäule sei abgeflacht gewesen. Im Bereich des zervikothorakalen Überganges sei eine verstärkte Kyphose zu sehen gewesen. Im Bereich der Halswirbelsäule seien eine freie Re- und Inklination festgestellt worden. Die Seitneige habe gut eingenommen werden können, mit Werten nach der Neutral-0-Methode von 10-0-10°. Der Finger-Boden-Abstand habe 0 cm betragen, die Bewegung sei lediglich etwas funktionsverzögert gewesen. Das Wiederaufrichten sei mit leichten Beschwerden lumbal erfolgt. Der Kläger habe diese gute Beweglichkeit auf die vor etwa fünf Tagen durchgeführte Facetteninfiltration zurückgeführt. Die Lateralflexion sei mit 30-0-30° beschwerdefrei gewesen. Die Reklination habe endgradig beschwerdeaktivierend vorgenommen werden können. Im Schultergürtelbereich dorsal und ventral hätten deutliche muskuläre Verkürzungen vorgelegen. Die Werte für die Schulterbeweglichkeit beidseits seien wie folgt festgestellt worden: Ante-/Retroversion 160-0-50° sowie Abduktion rechts bis 150° und links bis 160°. Die Überprüfung der Rotatorenmanschette sei unauffällig gewesen. Der Test auf ein beidseitiges Impingement sei diskret positiv ausgefallen. Die Werte für die Hüftfunktionen seien wie folgt festgestellt worden: Extension/Flexion 0-0-130° und Außen-/Innenrotation bei 90°-Hüftbeugung 40-0-30°, bei etwas rigider, forcierter Innenrotation pertrochantär beschwerdeaktivierend beidseits. Das Gelenkspiel sei indes scheinbar nicht eingeschränkt gewesen. Die Kniescheibe im femuropatellaren Gleitlager habe beidseits gut verschoben werden können. Das Zohlen-Zeichen sei deutlich positiv gewesen. Es habe eine diskrete Verkürzung der Kniestreckmuskulatur und des Musculus iliopsoas beidseits vorgelegen. Eine Druckempfindlichkeit am medialen Kniegelenkspalt sei festgestellt worden. Die Werte nach der Neutral-0-Methode seien für Extension und Flexion mit 5-0-150° gemessen worden. Durch Rotationsstressbelastung der maximal flektierten Kniegelenke hätten keine Beschwerden provoziert werden können. Die Blutdruckwerte seien durch den Kläger selbst mit 140/85 mmHg gemessen worden, wobei sie zweimal mit Werten bis 96 mmHg diastolisch erhöht gewesen seien. Bei den regelmäßigen Kontrollen durch das Klinikpersonal seien 130/85 mmHg notiert worden. Im Ergebnis seien die Werte rückläufig gewesen. Bei der Entlassung hätten unverändert eine Hyperlordose und eine segmentale Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule, welche bei der Abschlussuntersuchung chirotherapeutisch mobilisierend behandelt worden sei, vorgelegen. Danach sei die segmentale Entfaltung in diesem Bereich der Wirbelsäule recht gut gewesen. Der Finger-Boden-Abstand habe 10 cm betragen. Die Schulter habe protrahiert werden können. Die endgradige Elevation und Abduktion der rechten Schulter sei jedoch unverändert eingeschränkt gewesen. Die Kniegelenke seien funktionell unauffällig gewesen, bis auf ein jeweils unverändert positives Zohlen-Zeichen. Der übrige Befund habe dem bei der Aufnahmeuntersuchung entsprochen. Wegen des Bluthochdruckes sei dem Kläger Nebivolol, 5 mg (1-0-0) verordnet worden.

Dr. H. hat kundgetan, eine Verschlimmerung sei vor allem im Bereich beider Kniegelenke eingetreten. Die Knorpelschäden seien zwischenzeitlich so schlimm geworden, dass er den GdB insoweit auf 30 schätze.

Dr. F. hat geäußert, es bestehe ein mittleres Lendenwirbelsäulensyndrom, wofür er einen GdB von 20 für angemessen erachte. Er habe den Kläger zweimal untersucht, am 17. Januar und 18. April 2013, indes nicht wegen Funktionsstörungen in den Schulter- oder Kniegelenken.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger noch einen Befundbericht des Chefarztes der Orthopädischen Klinik des Ortenau Klinikums Offenburg-Gengenbach, Dr. Sch., nach einer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung am 31. Januar 2014 vorgelegt, wonach der Verdacht auf einen degenerativen Innenmeniskusschaden rechts diagnostiziert worden ist. Klinisch habe die Beweglichkeitsprüfung beider Kniegelenke unter Anwendung der Neutral-0-Methode für Extension und Flexion Werte von 0-0-110° ergeben. Die Bänder seien beidseits stabil gewesen. Anders als rechts habe sich links keine Ergussbildung ertasten lassen. Bei der röntgenologischen Untersuchung hätten sich zweitgradige Arthrosezeichen, links mehr als rechts sowie eine dritt- bis viertgradige Retropatellararthrose links und eine zweit- bis drittgradige rechts objektivieren lassen. Nach einem ihm vorgelegten Magnetresonanztomogramm (MRT) des rechten Knies vom 21. Oktober 2013 habe sich eine Patelladysplasie mit hochgradigen, retropatellaren Knorpelschäden und begleitenden Knorpelschäden der Trochlea sowie eine Bursitis praepatellaris gezeigt. Geringgradige Knorpelschäden seien auch im medialen Kniegelenkspalt zu erkennen gewesen. Eine mukoide Degeneration des Innen- und Außenmeniskus habe objektiviert werden können. Es habe ein Patellahochstand vorgelegen. Ein Kniegelenkserguss mit in typischer Position befindlicher Bakerzyste sei festgestellt worden. Der Tibiakopf sei entrundet gewesen. Nach einer von ihm am 11. Februar 2014 vorgenommenen Arthroskopie einschließlich einer Plicaresektion diagnostizierte Dr. Sch. eine Retropatellararthrose im rechten Kniegelenk, ein Plicasyndrom und eine Chondromalazie Grad I bis II medial ("CM 1-2 medial").

Mit Schreiben vom 25. August 2014 hat das SG die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört, welche nicht vor dem 17. September 2014 ergehen werde, woraufhin der Kläger am 16. September 2014 um 23:45 Uhr mittels Telefax für die Funktionsstörungen im Bereich seiner Kniegelenke unter Beweisantritt eines Sachverständigengutachtens weiter vorgetragen hat, die anhaltenden Reizerscheinungen in diesem Bereich reichten aus, von einem Teil-GdB von 30 auszugehen, wie dies auch Dr. H. angenommen habe.

Das SG hat die Klage daraufhin mit Gerichtsbescheid vom 10. November 2014 abgewiesen. Die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers rechtfertigten ab dem 18. Februar 2013 keinen höheren GdB als 40. Insbesondere mangels einer

maßgeblichen Bewegungseinschränkung im Bereich der Kniegelenke sei hierfür kein höherer GdB als 20 gerechtfertigt. Auch mittels des im Oktober 2013 erstellten MRT sei nicht belegt, dass dauerhaft anhaltende Reizerscheinungen in Form von Weichteilschwellungen oder Ergussbildungen in erheblicher Ausprägung vorhanden seien.

Gegen diese den Bevollmächtigten des Klägers am 17. November 2014 zugegangene Entscheidung hat dieser am 17. Dezember 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Dr. B. ein orthopädisches Gutachten erstattet. Dieses hat sich neben der Aktenlage auf eine ambulante und röntgenologische Untersuchung des Klägers am 3. Juli 2015 sowie von diesem mitgebrachte Befundberichte des Facharztes für Nuklearmedizin und Radiologie Prof. Dr. P. nach am 14. November 2012 erstelltem MRT des linken Kniegelenkes und des Facharztes für diagnostische Radiologie Dr. M. nach am 9. Februar 2015 erstelltem MRT der Lendenwirbelsäule gestützt.

Der Kläger habe angegeben, unter nahezu dauerhaften Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule zu leiden; mit wechselnder Betonung und Intensität, insbesondere in den kaudalen Abschnitten. Es handele sich um eine Lumbalgie und gelegentlich eine Lumboischialgie, mit Ausstrahlung der Schmerzsymptomatik in beide Gesäßhälften. Zudem leide er an einer Zervikalgie und Zervikobrachialgie, rechts mehr als links. Mitunter komme es auch zu einer Zervikozephalgie. Diese Beschwerden träten auch im mittleren Wirbelsäulenabschnitt auf, mit teilweiser Ausstrahlung zum Brustkorb bilateral und in das Brustbein. An den oberen Extremitäten seien vor allem Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenkes und im Bereich des linken Daumens beklagt worden. Die Schmerzsymptomatik in den betroffenen Gelenken nehme bewegungs- und belastungsabhängig an Intensität zu, ebenfalls bei Überkopparbeiten und Tätigkeiten mit dem rechten Arm über der Brusthöhe sowie beim Zupacken und Heben von Gegenständen mit der linken Hand. Im Bereich der unteren Extremitäten leide der Kläger schon seit Jahren an Schmerzen in beiden Knie- und gelegentlich in den Hüftgelenken, was sich nach längerer Belastung verstärke. Die Schmerzsymptomatik in den Kniegelenken steigere sich beim Gehen über Unebenheiten und auf hartem Boden, ferner beim Bergabgehen sowie beim Treppauf- und -absteigen. Knien sei ihm nahezu unmöglich. Schon seit Jahren seien degenerative Veränderungen an den Kniegelenken fachärztlich bestätigt worden. Im Laufe der Zeit vorgenommene arthroskopische Behandlungen beider Kniegelenke hätten lediglich vorübergehend zu einer Beschwerdelinderung geführt. Schmerzfrei sei der Kläger nicht geworden. Regelmäßig würden sich in den Kniegelenken Reizergüsse bilden. Eine Versorgung der Kniegelenke mit künstlichen Prothesen sei besprochen, aber nicht vorgenommen worden.

Bei der klinischen Untersuchung sei die Oberkörperhaltung des Klägers aufrecht und eher steif gewesen. Das Gangbild beim Betreten des Untersuchungsraumes sei diskret rechtshinkend gewesen. Eine Schonhaltung der Extremitäten sei nicht beobachtet worden. Der Kläger habe mit Sandalen normales Schuhwerk getragen, mit seitengleicher Schuhsohlen- und Schuhabsatzhöhe sowie gleichmäßig abgenutzt. Orthopädische Hilfsmittel seien aktuell nicht benutzt worden. Das Entkleiden und Anziehen sei beidhändig erfolgt, wobei der Kläger überwiegend gestanden und sich nur teilweise an der Stuhllehne abgestützt habe. Bei der Erhebung der Anamnese habe seine Sitzposition häufig gewechselt. Er habe jedoch weder gehustet noch sei er spontan aufgestanden. Der Wechsel zur Untersuchungsliege habe sich problemlos gestaltet. Die Rückenliegeposition sei toleriert worden. Im Bereich der Rückenmuskulatur sei keine Atrophie festgestellt worden. Muskelwulstungen seien nicht sichtbar gewesen. Der Kinn-Jugulum-Abstand habe bei maximaler Inklination und Reklination 1/16 cm betragen. Der Hinterhaupt-Wand-Abstand ("Flèche cervicale") sei mit 0 cm gemessen worden. Die Kopfbeweglichkeit sei nach der Neutral-0-Methode wie folgt festgestellt worden: Vor-/Rückneigen 40-0-30°, Seitneigen rechts/links 30-0-30° und Drehen rechts/links 40-0-40°. Für die Rumpfbeweglichkeit im Sitzen seien folgende Werte ermittelt worden: Seitneigen rechts/links 20-0-20° und Drehen im Sitzen rechts/links 20-0-20°. Der Finger-Boden-Abstand habe 44 cm betragen, bei einem Finger-Zehen-Abstand im Langsitz auf der Untersuchungsliege von 30 cm. Das Ott'sche Maß an der Brustwirbelsäule habe 30/32 cm ergeben, das Schober'sche Maß an der Lendenwirbelsäule 10/13,5 cm. Es habe eine endgradige Schulterbeweglichkeit beidseits mit überlagerter Nacken-Trapezius-Schmerzsymptomatik, rechts mehr als links, vorgelegen. Die Ellenbogen- und Handgelenke seien frei beweglich gewesen, Letztere allerdings beidseits endgradig schmerzhaft. Die Greifkraft der Hände beim Handdruck ist als seitengleich, nicht herabgesetzt und damit unauffällig festgestellt worden. Die Beweglichkeit der Daumengelenke in allen Ebenen sei seitengleich und frei gewesen. An beiden Kniegelenken habe keine Ergussbildung vorgelegen. Die passive und aktive Beweglichkeit beider Kniegelenke, rechts mehr als links, sei sowohl bei der Streckung als auch bei der Beugung endgradig schmerzhaft herabgesetzt gewesen. Die Funktion der Hüftgelenke sei frei, allerdings endgradig durch die Adipositas limitiert gewesen. Bei den endgradigen Bewegungen sei eine lumbale Schmerzsymptomatik ausgelöst worden. Der Kläger habe bei der Untersuchung ein Gewicht von 113 kg bei einer Körpergröße von 1,82 m angegeben und auf eine Gewichtszunahme von 7 kg im letzten halben Jahr hingewiesen. Der Blutdruck sei mit 140/90 mmHg gemessen worden. An Medikamenten habe der Kläger zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung Nebivolol, 5 mg (1-0-1), Celebrex, 200 mg (1-0-0) und Arcoxia, 90 mg (1-0-0) eingenommen.

Auf orthopädischem Fachgebiet lägen beim Kläger chronisch-rezidivierende, degenerative Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrome, eine Fehllhaltung, eine schmerzhaft eingeschränkte Funktion, eine pseudoradikuläre Symptomatik, eine Omalgie beidseits, eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterfunktion, rechts mehr als links und ohne Instabilitätszeichen, ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom, welches operativ behandelt worden und folgenlos ausgeheilt sei, sowie eine Gonarthrose, eine beidseitige Retropatellararthrose, links bis viertgradig und rechts bis drittgradig, mit hochgradigen retropatellaren Knorpelschäden und chronischen Reizerscheinungen, ein Zustand nach Ruptur des medialen Kollateralbandes links und eine schmerzhaft eingeschränkte Kniegelenksfunktion beidseits vor. An der Wirbelsäule hätten schmerzhaft eingeschränkte Funktionen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einer Minderbelastbarkeit des Rückgrates ohne radikuläre Symptomatik vorgelegen, welche hinsichtlich des Schweregrades als leicht- bis mittelgradig einzustufen seien. Vorrangig wegen des Zustandes nach operativer Sanierung des rechten Schultergelenkes seien sich wiederholende Tätigkeiten auf Brusthöhe und Überkopparbeiten nicht leidensgerecht. Die Funktionsstörungen im Bereich beider Schultergelenke seien gering- bis leichtgradig. An den Kniegelenken lägen eine ausgeprägte Knorpelschädigung, anhaltende Reizerscheinungen und degenerative Veränderungen mit schmerzhafter Einschränkung der Funktion vor, welche mittelschwer seien. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich seit Mitte April 1999 verändert. Die Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule habe an Intensität zugenommen. Durch die bildgebenden Untersuchungen sei eine Zunahme der Verschleißerscheinungen dokumentiert. Die Beschwerdesymptomatik im Bereich der Schultern, rechts mehr als links, sei 1999 noch nicht manifest gewesen. Die schmerzhaft eingeschränkte Funktion, die degenerativen Veränderungen und die Schmerzsymptomatik im Bereich der Kniegelenke hätten an Intensität deutlich zugenommen. Die Funktionsbeeinträchtigung in diesem Bereich wirke sich besonders nachteilig aus, da es sich um paarige Gliedmaßen beziehungsweise Organe handele. Die Funktionsstörungen der Wirbelsäule bedingten einen Teil-GdB von 20, diejenigen

der Schultern von 10 und für den Bereich der Kniegelenke sei ein solcher von 30 angemessen. Insgesamt betrage der Gesamt-GdB unter Würdigung aller Funktionseinschränkungen und unter Berücksichtigung der anderweitig angenommenen Ansätze aus orthopädischer Sicht 40. Von der versorgungsärztlichen Einschätzung weiche er ab, da im Bereich der beiden Kniegelenke ausgeprägte Knorpelschädigungen mit jeweils leichtgradiger Bewegungseinschränkung vorlägen. Im Bereich der Wirbelsäule handele es sich um gering- bis leichtgradige funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, so dass ein Teil-GdB von 20 angemessen sei.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. B., wonach die Funktionsbehinderungen der Kniegelenke und der Wirbelsäule GdB von 30 und 20 zur Folge hätten, sei die Schwerbehinderteneigenschaft bei ihm gegeben.

Er beantragt (sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. November 2014 aufzuheben sowie den Bescheid vom 26. Juni 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. September 2013 teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 8. April 1999 den Grad der Behinderung mit mindestens 50 ab 18. Februar 2013 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt, insbesondere gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. R. von November 2015, im Wesentlichen vor, die Schwerbehinderteneigenschaft beim Kläger sei nicht begründbar. In all seinen Leiden sei er nicht so stark behindert wie ein einseitig Unterschenkel- oder Unterarmamputierter. Unter Berücksichtigung der objektiven Messwerte für die Wirbelsäule und ohne entsprechende Nervenwurzelreizerscheinungen lägen leicht- bis mittelgradige funktionelle Auswirkungen vor. Demgegenüber gehe der Sachverständige Dr. B. sogar nur von gering- bis leichtgradigen funktionellen Auswirkungen aus. Der Einschätzung eines Teil-GdB von 20 könne zwar gefolgt werden. Eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung könne daraus aber nicht abgeleitet werden, da in Bezug auf die beim Kläger in diesem Bereich auftretenden Funktionsstörungen Schwankungen vorlägen, wie sie sich etwa dem Entlassungsbericht von Dr. F. von Mai 2013 entnehmen ließen. Hinzuweisen sei zudem auf die Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit, wie sie der Kläger aktuell noch ausübe. Im Gegensatz zur Untersuchung im Mai 2013, bei der eine Beugefähigkeit beider Kniegelenke bis 150° und eine Überstreckung festgestellt worden seien, hätten sich nach der gutachterlichen Untersuchung von Dr. B. ein Streckdefizit von 5° und eine Beugefähigkeit von nur noch 100° ermitteln lassen. Der dabei festgestellte Bewegungsumfang sei geringer gewesen als bei der Untersuchung durch Dr. Sch. Anfang 2014, wo noch kein Streckdefizit festgestellt worden sei und die Beugefähigkeit beider Kniegelenke 110° betragen habe. Bei jener Untersuchung sei auf Arthrosezeichen links mehr als rechts hingewiesen worden und ferner auf eine Arthrose der Kniescheibenrückseite bei bestehender dysplastischer Patella. Eine Arthroskopie sei zwar im Februar 2014 durchgeführt, der weitere Verlauf nach der Operation allerdings nicht dokumentiert worden. Das Zohlen-Zeichen sei anders als bei der Untersuchung durch Dr. E. im Januar 2013 beidseits als positiv beschrieben worden. Dr. B. habe bei seiner Untersuchung keine Ergussbildung feststellen können. Nach alledem sei ein Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem "Beine" weiterhin sachgerecht. Selbst in Kenntnis der Röntgenbefunde beider Kniegelenke könne mangels relevanter Funktionsbehinderung kein höherer GdB angenommen werden. Zwar seien stärkere Knorpelschäden objektiviert worden, allerdings ohne anhaltende Reizerscheinungen. Der mittels des MRT von Anfang Februar 2015 erhobene Befund habe zwar im Bereich der Lendenwirbelsäule eine stärkere Arthrose gezeigt, im Vergleich zu einer Voruntersuchung Mitte Dezember 2012 habe sich indes keine signifikante Befundänderung ergeben. Das Hämangiom im dritten Lendenwirbelkörper bedinge für sich keinen GdB. Bei der Bildung des Gesamt-GdB sei ohnehin zu beachten, dass der Teil-GdB für das Funktionssystem "Augen" wegen der Sehminderung an sich nur 25 betrage und lediglich auf 30 aufgerundet worden sei.

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

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143, § 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte (Teil-)Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zulässige Klage zu Recht abgewiesen, soweit mit ihr die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung des GdB mit - mindestens - 50 ab 18. Februar 2013 verfolgt worden ist. Der Kläger hat ab diesem Datum keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40, wie dies der Beklagte mit Bescheid vom 26. Juni 2013 bereits festgestellt hat. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Gegenstand der Klage ist ein Anspruch auf Neufeststellung des GdB mit mindestens 50 ab 18. Februar 2013 aufgrund einer geltend gemachten Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, der dem bestandskräftigen Bescheid vom 8. April 1999 zugrunde lag. Diesem Anspruch steht der Bescheid vom 26. Juni 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. September 2013 entgegen, weil ihn das SG nicht zumindest teilweise aufgehoben hat. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34; vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 1996 - [9 RVs 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung), mangels Durchführung einer solchen, wie vorliegend, indes zum Zeitpunkt der Entscheidung.

Grundlage für den Klageanspruch ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung

vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1/03 R -, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt - teilweise - aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - 9a RVs 55/85 -, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des - teilweise - aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - B 9 V 2/10 R -, juris, Rz. 38 m. w. N.; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4).

Bei dem Bescheid vom 8. April 1999 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - B 9 SB 6/12 R -, juris, Rz. 31 m. w. N.). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieses Bescheides vorlagen, ist zwar eine Änderung eingetreten. Denn zu diesem Zeitpunkt hatten weder im Bereich der Wirbelsäule noch trotz der bei einem Motorradunfall im Jahre 1977 erlittenen Quetschung des linken Knies in den Kniegelenken für einen GdB relevante Funktionsstörungen vorgelegen. Die damit einhergehenden Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen sind auch wesentlich. Denn wegen dieser Funktionsbehinderungen ist ab dem Zeitpunkt des Neufeststellungsantrags ein Gesamt-GdB von 40 gerechtfertigt. Die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen bedingen indes ab 18. Februar 2013 keinen höheren Gesamt-GdB.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach § 69 Abs. 1 und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest (§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Menschen sind nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehindert sind gemäß § 2 Abs. 2 SGB IX Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG (bis 30. Juni 2011: § 30 Abs. 17 BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. S. 2412) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - B 9 V 25/98 R -, SozR 3-3100 § 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen - wie im Falle des Klägers - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach § 69 Abs. 3 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - B 9 SB 1/03 R -, juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden

Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab 18. Februar 2013 bis aktuell keinen höheren als den bereits mit Bescheid vom 26. Juni 2013 festgestellten GdB von 40 begründen.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen insbesondere an den Haltungs- und Bewegungsorganen sowie den Augen vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen stützen ab 18. Februar 2013 keinen Gesamt-GdB von 50. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Das Funktionssystem "Beine" ist unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. B. am 3. Juli 2015 mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten, zuvor mit 20. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 sind für die Bewegungseinschränkung im Kniegelenk folgende GdB-Werte vorgesehen: geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig 0 bis 10, beidseitig 10 bis 20; mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90°) einseitig 20, beidseitig 40; stärkeren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-30-90°) einseitig 30, beidseitig 50. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkung 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkung 20 bis 40. Erst mittels der von dem Sachverständigen bei seiner gutachterlichen Untersuchung am 3. Juli 2015 erhobenen Befunde ist der höhere GdB gerechtfertigt. Soweit Dr. B. diesen bereits ab dem Tag des Neufeststellungsantrages wie auch der sachverständige Zeuge Dr. H. schon im Januar 2014 als angemessen erachtet hat, fehlt es an objektiven Befunden, welche diese Einschätzung tragen könnten. Nach den schlüssigen Ausführungen von Dr. B. leidet der Kläger an einer Gonarthrose, einer beidseitigen Retropatellararthrose, chronischen Reizerscheinungen, einem Zustand nach Ruptur des medialen Kollateralbandes links und einer schmerzhaften Einschränkung der Kniegelenksfunktion beidseits. Bereits im Frühjahr 2013 sind von Dr. F. Belastungsgonalgien beidseits, muskuläre Dysbalancen, eine Kniebinnenschädigung und Retropatellararthrosen diagnostiziert und nach ICD-10 mit "M17.9" (Gonarthrose, nicht näher bezeichnet) verschlüsselt worden. Die Ausprägung der Retropatellararthrose ist von Dr. B. für das linke Kniegelenk noch nachvollziehbar als dritt- bis viertgradig beschrieben worden, auch wenn sich dessen Aussage ersichtlich auf den Befundbericht von Dr. Sch. nach einer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 31. Januar 2014 gestützt hat, wonach sich ein solcher Schaden für ihn hat objektivieren lassen. Dem Senat ist bewusst, dass der Gelenkknorpel an sich im Röntgenbild nicht direkt dargestellt werden kann. Die Knorpelsituation kann jedoch anhand verschiedener Zeichen indirekt beurteilt werden (vgl. Bohndorf/Imhof/Wörtler, Radiologische Diagnostik der Knochen und Gelenke, 3. Aufl. 2014, S. 214, 428). Von einer zutreffenden Bewertung durch den Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Ortenau Klinikums Offenburg-Gengenbach Dr. Sch. anhand solcher indirekten Parameter geht der Senat ob dessen klinischer Erfahrung aus, zumal der Facharzt für Radiologie Prof. Dr. P. nach dem MRT vom 14. November 2012 die Retropatellararthrose im linken Kniegelenk bereits zum damaligen Zeitpunkt als fortgeschritten beschrieben hat. Demgegenüber ist die Ausprägung des Knorpelschadens als zweit- bis drittgradig im rechten Kniegelenk, wovon Dr. B. ausgegangen ist, nicht nachgewiesen. Insoweit hat sich Dr. Sch. zwar nicht nur auf den von ihm erhobenen röntgenologischen Befund, sondern auch auf ein MRT vom 21. Oktober 2013 gestützt, welches ihm vorlag und worauf er einen hochgradigen retropatellaren Knorpelschaden erkannt haben will. Allerdings hat Dr. Sch. selbst die Ausprägung des Knorpelschadens nach der von ihm am 12. Februar 2014 durchgeführten Arthroskopie im rechten Kniegelenk nur noch als erst- bis zweitgradig beschrieben. Zu dem dritt- bis viertgradigen Knorpelschaden im linken und dem ein- bis zweitgradigen im rechten Kniegelenk tritt beim Kläger eine endgradige schmerzhaftige Herabsetzung der aktiven Beweglichkeit beider Kniegelenke, rechts mehr als links, hinzu, die in einem Streckdefizit von 5° und einer Beugefähigkeit von nur noch 100° besteht, wie sie Dr. B. bei seiner gutachterlichen Untersuchung festgestellt hat. Im Bereich beider Kniegelenke ist es seit 2013 zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit gekommen. Die Untersuchung durch Dr. E. Ende Januar 2013 ergab wegen der damaligen weitgehenden Beschwerdefreiheit und des bis auf eine mäßige Kapselschwellung und einen leichten Gelenkerguss unauffälligen klinischen Befundes noch keine für einen GdB maßgebliche Funktionseinschränkung. Auch während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik Hausbaden in Badenweiler von Ende April bis Mitte Mai 2013 konnte der Kläger seine Knie beidseits noch bis 150° beugen und sie sogar überstrecken, wie sich anhand der von Dr. F. nach der Neutral-0-Methode mit 5-0-150° gemessenen Werte hat objektivieren lassen. Bei der Untersuchung durch Dr. Sch. Ende Januar 2014 konnte der Kläger die Knie hingegen bereits nicht mehr überstrecken, auch wenn noch kein Streckdefizit vorlag. Zudem war die Beugefähigkeit eingeschränkter als noch annähernd ein dreiviertel Jahr zuvor. Klinisch ergab die Beweglichkeitsprüfung beider Kniegelenke Werte für Extension und Flexion von 0-0-110°. Die zunehmende Verschlechterung der Gesundheitsstörungen in diesem Bereich zeigt sich auch anhand des klinischen Nachweises von retropatellaren Knorpelschäden. So war das Zohlen-Zeichen erstmals bei der Untersuchung durch Dr. F. im Frühjahr 2013 als positiv festgestellt worden. Mit dem sonstigen klinischen Untersuchungsbefund und der Alltagsbewältigung im Einklang steht ab Mitte 2015 indes nur eine endgradige schmerzhaftige Herabsetzung der aktiven Beweglichkeit beider Kniegelenke, rechts mehr als links. Das Gangbild war beim Betreten des Untersuchungsraumes bei Dr. B. nur diskret rechtshinkend. Barfuß wurde es ebenfalls hinkend

demonstriert. Eine Schonhaltung der Extremitäten wurde von ihm nicht beobachtet. Der Kläger trug mit Sandalen normales Schuhwerk, mit seitengleicher Schuhsohlen- und Schuhabsatzhöhe sowie gleichmäßig abgenutzt. Ferner nutzte er keine orthopädischen Hilfsmittel. Die Becken-Bein-Muskulatur war annähernd seitengleich entwickelt. Darüber hinaus ist es ihm bis aktuell während der aktiven Phase seiner Beschäftigung in Altersteilzeit möglich, einer vollschichtigen beruflichen Tätigkeit als Heizer, Instandhaltungsmechaniker und Installateur für die Daimler AG im Mercedes-Benz Werk in Gaggenau nachzugehen. Er betreut unter anderem das Heizwerk und kümmert sich um das Werksgelände, verrichtet hierbei Reparaturen aller Art. Er arbeitet im Vier-Schicht-Dienst. Die Tätigkeit wird überwiegend im Sitzen, aber auch im Stehen und Gehen ausgeübt. Er hat Lasten bis 25 kg zu bewegen, wobei teilweise technische Hilfsmittel vorhanden sind. Weiter sind Zwangshaltungen einzunehmen. Ferner ist es ihm möglich, die 24 Treppenstufen beim Verlassen und zum Erreichen seiner Wohnung zu überwinden, auch wenn er danach, wie er insbesondere für das Treppaufgehen vorträgt, schmerzbedingt eine Pause einlegen muss. Die üblicherweise mit den behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen in diesem Bereich auftretenden Beschwerden sind in den in der GdB-Tabelle aufgeführten Werten bereits berücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen, die zusätzlich Einfluss auf den GdB haben (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j und hierzu Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 56), liegen mangels Einnahme von Schmerzmitteln, die den Opiaten oder ihren Derivaten zuzuordnen sind, oder einer stattgehabten intensiven, insbesondere stationären Schmerztherapie nicht vor. Gegenüber Dr. B. hat der Kläger angegeben, lediglich morgens die entzündungshemmenden Schmerzmittel Celebrex, 200 mg und Arcoxia, 90 mg, bei denen es sich um nichtsteroidale Antirheumatika handelt, einzunehmen. Eine stärkere Ausprägung der Schmerzsituation ist damit nicht gegeben. Wegen der dritt- bis viertgradigen und ein- bis zweitgradigen Ausprägungen der Knorpelschäden in beiden Kniegelenken mit anhaltenden Reizerscheinungen, der ab 3. Juli 2015 nachgewiesenen endgradigen schmerzhaften Herabsetzung der aktiven Beweglichkeit beider Kniegelenke mit 0-5-100° sowie der damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen, die sich besonders nachteilig auswirken (VG, Teil A, Nr. 3 d bb), ist ab diesem Zeitpunkt ein Teil-GdB von 30 für das Funktionssystem "Beine" begründet, zuvor indes, mangels relevanter Bewegungseinschränkung, ein solcher von 20 ausreichend.

Das Funktionssystem "Rumpf" hat einen Teil-GdB von 10 zur Folge. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Der Senat folgt der medizinischen Einschätzung von Dr. B., welcher die Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule zwar nach ihrem Schweregrad, ohne entsprechende Befunde erhoben zu haben oder auf solche Bezug zu nehmen, auch als mittelgradig einstuft, im Ergebnis aber schlüssig von Wirbelsäulenschäden mit gering- bis leichtgradigen funktionellen Auswirkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule ausgeht. Insoweit leidet der Kläger an chronisch-rezidivierenden, degenerativen Hals- und Lendenwirbelsäulensyndromen, ohne dass diese allerdings jeweils über Tage andauern, einer Fehllhaltung, einer schmerzhaften Einschränkung der Funktion sowie einer pseudoradikulären Symptomatik, also ohne dass der Spinalnerv in seiner Funktion beeinträchtigt ist. Bereits im Frühjahr 2013 sind von Dr. F. ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Fehlstatik, muskuläre Dysbalancen und eine mehrsegmentale leichte Degeneration diagnostiziert und nach ICD-10 mit "M54.5" (Kreuzschmerz) verschlüsselt worden. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. B. ist dann erstmals auch ein Halswirbelsäulensyndrom fachärztlich objektiviert worden. Weder die von ihm für den Bereich der Wirbelsäule erhobenen noch frühere Befunde stützen allerdings bereits mittelgradige funktionelle Auswirkungen. Die Kopf- und Rumpfbeweglichkeit war bei der klinischen Untersuchung nur leicht bis geringgradig herabgesetzt. Der Kinn-Jugulum-Abstand betrug bei maximaler Inklination und Reklination 1/16 cm (Referenzwerte: 0/18 cm). Der Hinterhaupt-Wand-Abstand wurde mit 0 cm gemessen. Die Kopfbeweglichkeit wurde weiter nach der Neutral-0-Methode wie folgt festgestellt: Vor-/Rückneigen 40-0-30° (Referenzwerte: 35 bis 45-0-35 bis 45°; vgl. hierzu und zu den folgenden Referenzwerten Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 23 ff.), Seitneigen rechts/links 30-0-30° (45-0-45°) und Drehen rechts/links 40-0-40° (80-0-80°). Für die Rumpfbeweglichkeit im Sitzen wurden ferner folgende Werte ermittelt: Seitneigen rechts/links 20-0-20° (30 bis 40-0-30 bis 40°) und Drehen im Sitzen rechts/links 20-0-20° (30-0-30°). Der vom Kläger aktiv eingenommene Finger-Boden-Abstand, der mit 44 cm gemessen wurde, relativiert sich durch den gemessenen Abstand zwischen den Fingern und den Zehen, der auf der Untersuchungsfläche mit 30 cm ermittelt wurde. Die zwar eingeschränkte, aber noch gute Beweglichkeit der Wirbelsäule zeigte sich auch anhand des Ott'schen Zeichens mit 30/32 cm (Zunahme um 2 bis 4 cm) und des Schober'schen Zeichens mit 10/13,5 cm (Zunahme um 5 cm). Hiermit im Einklang steht der sonstige klinische Befund, wonach das Entkleiden und Anziehen beidhändig erfolgte, wobei der Kläger überwiegend stand und sich nur teilweise an der Stuhllehne abstützte. Bei der Erhebung der Anamnese wechselte zwar die Sitzposition häufig, der Kläger stand jedoch nicht spontan auf.

Der Wechsel zur Untersuchungs- und Liegeposition gestaltete sich problemlos. Die Rückenliegeposition wurde toleriert. Im Bereich der Rückenmuskulatur wurde zudem keine Atrophie festgestellt. Muskelwulstungen waren nicht sichtbar. Diese objektivierten gering- bis leichtgradigen Funktionseinschränkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, welche beim Kläger mit üblicherweise damit einhergehenden Schmerzen verbunden sind (VG, Teil A, Nr. 2 j), und die Minderbelastbarkeit des Rückgrates rechtfertigen, da bislang neben der pseudoradikulären Symptomatik noch keine radikuläre aufgetreten ist, noch keinen Teil-GdB von 20 für den Bereich "Rumpf". Die Funktion der Hüftgelenke, die zu diesem Funktionssystem zählen, ist zudem frei gewesen, so dass der GdB auch nicht deswegen höher zu bewerten ist.

Das Funktionssystem "Arme" bedingt, anders als Dr. B. eingeschätzt hat, keinen Teil-GdB von wenigstens 10. Eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes (einschließlich Schultergürtel) hat nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 bei einer Armhebung nur bis 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit einen GdB von 10 zur Folge; ist die Armhebung, bei sonst gleichen Voraussetzungen, nur bis zu 90° möglich, beträgt der GdB 20. Der Sachverständige ist Mitte 2015 für den Bereich beider Arme schlüssig von einer Omalgie beidseits, einer schmerzhaften Einschränkung der Schulterfunktion, rechts mehr als links und ohne Instabilitätszeichen, sowie einem beidseitigen Karpaltunnelsyndrom, welches operativ behandelt worden und folgenlos ausgeheilt ist, ausgegangen. Dr. F. diagnostizierte im Frühjahr 2013 zwar einen Zustand nach Schulteroperation rechts mit leichter persistierender Funktionseinschränkung. Diesen verschlüsselte er jedoch nicht nachvollziehbar nach ICD-10 mit "M23.8" (Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes), weshalb eine Gesundheitsstörung in diesem Bereich, woraus Funktionsstörungen hätten resultieren können, zum damaligen Zeitpunkt nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststand (vgl. Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VS 2234/15](#) - , S. 13 f. des Umdrucks, nicht veröffentlicht). Bei der klinischen Untersuchung stellte Dr. B. eine endgradige Schulterbeweglichkeit beidseits mit überlagerter Nacken-Trapezius-Schmerzsymptomatik, rechts mehr als links, fest, was sich in Werten nach der Neutral-0-Methode für die Armhebung von 140° rechts und 160° links widerspiegelte. Zudem waren die Ellenbogen- und Handgelenke, bei lediglich endgradiger schmerzhafter Handgelenksbeweglichkeit beidseits, frei beweglich. Die Greifkraft der Hände bei Handdruck war seitengleich, nicht herabgesetzt und damit unauffällig. Die Beweglichkeit der Daumengelenke war in allen Ebenen seitengleich und frei, trotz vom Kläger angeführter Schmerzen in diesem Bereich. Die somit objektivierten, lediglich leichtgradigen, wenn auch schmerzhaften Bewegungseinschränkungen rechtfertigen noch keinen Teil-GdB von wenigstens 10.

Das Funktionssystem "Augen" bedingt einen Teil-GdB von allenfalls 25. Bei der im Februar 1999 von Dr. A. durchgeführten Untersuchung wurde die Sehschärfe für das rechte Auge mit 1,0 und für das linke mit 0,0 bestimmt, wodurch sich nach der "MdE-Tabelle" der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e. V. (VG, Teil B, Nr. 4.3) ein Wert von 25 ableiten lässt. Es bestehen zwar Zweifel, ob das Potenzial des Klägers, durch das linke Sehorgan verschiedene Umweltstrukturen als solche wahrzunehmen und zu erkennen, zum Zeitpunkt der augenärztlichen Untersuchung bei Dr. A. gänzlich aufgehoben war, worauf ein Visus von 0,0 hindeutet. Denn nach dessen Befundbericht war es dem Kläger mit dem linken Auge gleichwohl möglich, das Fingerzählen und Handbewegungen zu erkennen sowie einen Lichtschein wahrzunehmen. Dies kann jedoch dahinstehen, da selbst bei einem Sehverlust auf dem linken Auge vorliegend kein höherer Teil-GdB als 25 für das Funktionssystem "Augen" gerechtfertigt ist, welcher nicht geeignet ist, zusammen mit den anderen behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen die Schwerbehinderteneigenschaft zu begründen. Nach den früheren Angaben des Klägers liegt der Sehschwäche eine angeborene Behinderung zugrunde. In diesem Verfahren hat er zudem nicht vorgetragen, dass es im Bereich der Augen mittlerweile zu weiteren Funktionsstörungen gekommen ist, weshalb der Senat keinen Anhaltspunkt dafür hat, dass es in diesem Bereich zu einer Verschlechterung gekommen ist, die einen Teil-GdB von wenigstens 30 stützen könnte. Entgegen der Vorgehensweise des Beklagten ist indes nicht bereits der Teil-GdB von 25 aufzurunden. Nach den VG, Teil A, Nr. 2 e sind zwar, da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, bei diesem nur Zehnerwerte anzugeben. Wie sich aus dem Folgesatz, wonach dabei im Einzelnen aufgeführte Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden sollen, ergibt, bezieht sich die Angabe von Zehnergraden demgegenüber auf den Gesamt-GdB. Dies erklärt sich ferner vor dem Hintergrund, dass der Teil-GdB keiner eigenen Feststellung zugänglich ist sowie eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB umfasst.

Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" bedingt wegen der Hypertonie einen Teil-GdB von 10. Bei einer Hypertonie (Bluthochdruck) in leichter Form, mit keiner oder geringer Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen), ist nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 ein GdB zwischen 0 und 10 vorgesehen. Bei mittelschwerer Form, also mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I - II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung, ist ein GdB-Rahmen von 20 bis 40 mmHg eröffnet. Ein solcher zwischen 50 und 100 ist bei schwerer Form gegeben, also mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung. Bei maligner Form, also einem diastolischen Blutdruck konstant über 130 mmHg, einem Fundus hypertonicus III - IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen) und unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn), beträgt der GdB 100. Die von Dr. H. diagnostizierte arterielle Hypertonie, welche er nach ICD-10 mit "I10.9" verschlüsselte (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet), ist mit Nebivolol, 5 mg (1-0-0) hinreichend eingestellt und hat durchweg diastolische Blutdruckwerte unter 100 mmHg zur Folge gehabt. Zudem ist den medizinischen Befundunterlagen kein Hinweis auf eine Organbeteiligung zu entnehmen. Ein höherer Teil-GdB als 10 ist daher nicht gerechtfertigt.

Das Funktionssystem "innere Sekretion und Stoffwechsel" erreicht keinen Teil-GdB von wenigstens 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 bedingt die Adipositas allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden, insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat, können die Annahme eines GdB begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna. Solche Folge- und Begleitschäden sind beim Kläger, bei dem Dr. H. eine Adipositas Grad I diagnostizierte (ICD-10 E66.0), die auch noch im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. B. noch nicht den Grad II erreicht hat (BMI 34,1 kg/m<sup>2</sup>), nicht in einem solchen Maße objektiviert worden, dass bereits ein GdB von wenigstens 10 gerechtfertigt wäre. Lediglich die Funktion der Hüftgelenke ist durch die Adipositas endgradig limitiert gewesen.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), bedingen die beiden Teil-GdB für die Funktionssysteme "Beine" und "Augen" ab 18. Februar 2013 einen Gesamt-GdB von 30 und ab 3. Juli 2015 einen Gesamt-GdB von 40, durchweg bis heute allerdings keinen von 50, welchen der Kläger mindestens erstrebt hat. Ohnehin hat auch der Sachverständige Dr. B., trotz der von ihm auf

seinem Fachgebiet angenommenen teilweise höheren Teil-GdB-Werte, einem Gesamt-GdB von 40 unter Würdigung aller Funktionseinschränkungen und unter Berücksichtigung der nicht auf seinem Fachgebiet angenommenen Teil-GdB-Werte für ausreichend erachtet.

Die Voraussetzungen für eine Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung und Zurückverweisung an das SG nach [§ 159 Abs. 1 SGG](#) liegen nicht vor. Offen bleiben kann, ob das Verfahren vor dem SG an einem wesentlichen Mangel leidet, auch wenn der anwaltlich vertretene Kläger erst am 16. September 2014 kurz vor Mitternacht, also unmittelbar bevor er mit dem Erlass des angekündigten Gerichtsbescheides rechnen musste, für die Funktionsstörungen im Bereich seiner Kniegelenke unter Beweisantritt eines von Amts wegen einzuholenden Sachverständigengutachtens weiter vorgetragen hat, die anhaltenden Reizerscheinungen in diesem Bereich reichten aus, von einem Teil-GdB von 30 auszugehen, wie dies auch Dr. H. angenommen habe, weil dieses, statt die Anhörungsmitteilung gegenüber dem Kläger zu wiederholen, über das unverändert beabsichtigte Verfahren zu unterrichten und damit darauf hinzuweisen, dass nicht Beweis erhoben werde (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 105 Rz. 11 m. w. N.), die Klage durch Gerichtsbescheid abgewiesen hat. Denn aufgrund dieses Unterlassens ist keine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig gewesen ([§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#)). Von seinem Antragsrecht nach [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) hat der Kläger erst im Berufungsverfahren Gebrauch gemacht, nachdem der Berichterstatter mitgeteilt hatte, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen erfolgen werden.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-24