

L 6 SB 5198/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 SB 659/14

Datum

26.11.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 5198/14

Datum

25.08.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. November 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der im Jahr 1952 geborene Kläger war früher als Mitarbeiter der Wareneingangsprüfung bei einem Automobilunternehmen beschäftigt. Ab September 2011 war er im Rahmen der Altersteilzeit von der Arbeitsleistung freigestellt. Seit April 2014 bezieht er Altersrente.

Bei dem Kläger wurde vom Beklagten zunächst ein GdB mit 20 ab 22. Juni 1993 wegen Schwerhörigkeit, Tinnitus, Blutunterdrucks, Durchblutungsstörungen beider Beine, eines degenerativen Wirbelsäulensyndroms und psychovegetativer Labilität festgestellt (Bescheid vom 9. September 1993). Später wurde der GdB auf Antrag des Klägers auf 30 erhöht. Als Behinderung wurden zusätzlich Knorpelschäden der Kniegelenke beiderseits festgestellt (Bescheid vom 11. April 2000). Widerspruch und Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG - Az. S 10 SB 2176/01) hiergegen blieben ohne Erfolg.

Auf weiteren Erhöhungsantrag stellte der Beklagte den GdB neu auf 40 seit dem 22. Januar 2010 fest (Bescheid vom 12. März 2010). Dieser Feststellung lag folgende versorgungsmedizinische Einschätzung von Dres. Z., K., O. von Februar 2010 zugrunde:

Psychovegetative Störungen, Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, Somatisierungsstörung Teil-GdB 30 Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Knorpelschäden an beiden Kniegelenken Teil-GdB 20 Arterielle Verschlusskrankheit Teil-GdB 10 Bluthochdruck Teil-GdB 10

Die Versorgungsärzte berücksichtigten dabei u.a. einen Arztbrief der psychosomatischen Ambulanz des Rheuma-Zentrums Baden-Baden vom 23. März 2007, wonach beim Kläger eine mittelgradige depressive Episode, Tinnitus und eine somatoforme Störung bestünden.

Am 13. März 2013 stellte der Kläger erneut den Antrag, wegen einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands den GdB höher zu bewerten. Gestützt auf eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z.-C. lehnte der Beklagte eine Höherbewertung ab (Bescheid vom 3. April 2013).

Zur Begründung seines dagegen erhobenen Widerspruchs trug der Kläger im Wesentlichen vor, seine Schwerhörigkeit und das Tinnitusleiden hätten sich verschlechtert, ebenso die Funktionseinschränkungen im Bereich von Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS). Auch die Beweglichkeit seiner Kniegelenke sei aufgrund von Knorpelschäden deutlich eingeschränkt. Nicht berücksichtigt habe der Beklagte eine periphere Polyneuropathie. Hierdurch komme es zu häufigen Wadenkrämpfen, insbesondere nachts, sowie zu Empfindungsstörungen an beiden Füßen und Beinen mit häufigem Brennen des linken Fußes. Weiterhin bestünden hierdurch ein reduziertes Vibrationsempfinden und Taubheitsgefühle mit Kribbelparästhesien an der rechten Hand sowie teilweise auch ein unsicheres Gangbild. Zur Stützung seines Widerspruchsbegehrens legte der Kläger zahlreiche weitere medizinische Unterlagen, u.a. Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. H., der Radiologen Dres. P. u.a. und des Facharztes für physikalische und rehabilitative Medizin Dr. M., vor. Dr. H. diagnostizierte am 14. Mai 2013 ein Karpaltunnelsyndrom ohne neurologische Ausfälle, fragliches SUS (Sulcus ulnaris Syndrom), Morton'sche Neuralgie links und Polyneuropathie. Einen psychischen Befund erhob er nicht. Dr. M. berichtete am 30. Juli 2013 von Hautveränderungen an beiden Ellenbogen durch eine Psoriasis, von einer erheblich eingeschränkten Seitneigefähigkeit im Bereich der HWS

und LWS, einer kyphotische Wirbelsäulenfehlhaltung und LWS-Schober 2 cm.

In der Zeit vom 25. September bis 16. Oktober 2013 befand sich der Kläger zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Klinik "Am Kurpark" in Bad Kissingen. Er wurde dort arbeitsfähig entlassen. Im Entlassungsbericht wurden ein chronisch degeneratives HWS/LWS-Syndrom ohne neurologisches Defizit, Psoriasis vulgaris, ein chronisches Erschöpfungssyndrom, arterielle Hypertonie und sensible distale Polyneuropathie diagnostiziert. Das Gangbild des Klägers sei flüssig und ebenso wie beide Hüft-, Knie- und Schultergelenke reizfrei und funktionell unauffällig gewesen. Er habe während des Aufenthaltes 17mal an ausdauerorientierter Bewegung und Sport teilgenommen. Der Kläger habe als sportliche Freizeitbeschäftigungen Tanzen, Gymnastik und Muskeltraining angegeben. Hobbys seien sein Garten, die Streuobstwiesen und Werken. Er sei Mitglied in Ortsvereinen und habe relevante psychosoziale Probleme negiert. Seine Psyche sei unauffällig. Der Kläger sei für mittelschwere Tätigkeiten noch vollschichtig leistungsfähig.

Der Beklagte holte Befundberichte des Orthopäden Dr. von L., des HNO-Arztes Dr. H. und des Internisten Dr. C. ein. Dr. von L. berichtete vor allem von Skoliose, einem degenerativen HWS-Syndrom, muskulärer Dysbalance, einem beidseitigen Wurzelreizsyndrom und Cervicobrachialgie beidseits. Das Gehvermögen sei nicht eingeschränkt. Kniebeschwerden seien nicht geklagt worden. Dr. H. gab im Schreiben vom 10. Juli 2013 an, dass der Kläger den Tinnitus subjektiv als unerträglich einschätze. Insgesamt sei der Leidensdruck auffällig demonstrativ vorgetragen gewesen. Der Kläger habe sich auch nicht mit Behandlungswunsch vorgestellt, sondern habe sein Streben nach sekundärem Krankheitsgewinn bekennd zum Ausdruck gebracht. Dr. C. führte an, dass die Psoriasisarthropathie nicht fachrheumatologisch diagnostiziert sei.

Gestützt auf versorgungsärztliche Stellungnahmen von Dr. G. wies der Beklagte den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 13. Februar 2014). Dr. G. führte aus, dass eine Abweichung von der bisherigen GdB-Beurteilung nicht gerechtfertigt sei. Die Schuppenflechte führe lediglich zu einem zusätzlichen Teil-GdB von 10, ein zeitweiser Hautbefall an den Ellenbogen wirke sich nicht GdB-erhöhend aus. Ein leichtes Karpaltunnelsyndrom und ein Spreizfuß rechtfertigten keinen eigenen GdB. Neurologische Ausfälle bestünden weder an den Armen noch Beinen; eine wesentliche Einschränkung des Gehvermögens sei nicht erwiesen. Der Kläger führe aktuell auch keine immunsuppressive Therapie durch. Die im Vordergrund stehende Somatisierungsstörung sei bereits hoch bewertet.

Deswegen hat der Kläger am 25. Februar 2014 erneut Klage beim SG erhoben. Zu deren Begründung hat er im Wesentlichen vorgetragen, der Beklagte habe vor allem seine Hauterkrankung mit Befall von Schleimhäuten und Nägeln nicht berücksichtigt. Insbesondere die Betroffenheit des Genitalbereichs sei für ihn sehr schmerzhaft belastend und führe zu einer Verschlechterung seiner psychischen Erkrankung. Auch eine Arthropathia psoriatica im Bereich des linken Vorfußes sei unberücksichtigt geblieben. Zur Stützung seines Klagebegehrens hat der Kläger Bescheinigungen des Hautarztes Dr. L. sowie Lichtbilder vorgelegt.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Urologe Dr. B. hat über eine gutartige, beginnende Prostatahyperplasie berichtet. Insoweit sei gegenüber dem Jahr 2010 keine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers eingetreten. Der Hautarzt Dr. L. hat die Schuppenflechte vom Beklagten als zu gering bewertet angesehen, ein Teil-GdB von 20 bis 30 sei gerechtfertigt. Auf seinem dermatologischen Fachgebiet sei seit März 2010 keine wesentliche Änderung eingetreten. Der HNO-Arzt Dr. H. hat sich bezüglich seines Fachgebietes der GdB-Einschätzung des Beklagten angeschlossen. Eine wesentliche Änderung auf seinem Fachgebiet sei seit März 2010 nicht eingetreten. Dr. C. hat zusammenfassend ausgeführt, die gesamte Situation des Klägers sei sehr schwer einzuschätzen. Der Kläger sei im Alltag gut funktionsfähig, stelle sich aber immer wieder wegen einschränkender Beschwerden vor. Eine spezifische, insbesondere immunsuppressive Therapie werde derzeit nicht diskutiert. Eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand habe er nicht objektiviert.

Sodann hat im Auftrag des SG der Hautarzt Dr. G. am 24. August 2014 ein dermatologisches Sachverständigengutachten von Amts wegen erstattet. Dieser hat als Gesundheitsstörungen eine Psoriasis vulgaris in minimal ausgeprägter Form an den Ellenbogen und zeitweise auch den Schienbeinen, am Rumpf und gering an der Penisspitze diagnostiziert. Eine von Dr. L. beschriebene Nagelpsoriasis bestehe nicht. Alle Nägel hätten keine mykotischen oder psoriatischen Nagelveränderungen gezeigt; auch habe er eindeutige klinische und röntgenologische Veränderungen im Sinne einer Psoriasisarthritis nicht festgestellt, denn die Gelenke der Zehen und Finger hätten keine Auftreibungen gezeigt. Das Reiben der Fingergelenke gegeneinander sei schmerzlos möglich. Das Gangbild sei unauffällig. Bestehende passagere Hautveränderungen im Sinne einer Follikulitis am Penisstamm und Brustbein seien vermutlich rasurbedingt. Mit Ausnahme der Psoriasis vulgaris an den Ellenbogen seien alle übrigen Hautveränderungen passager oder nur minimal ausgeprägt, therapeutisch einfach und rasch anheibar und beeinträchtigten das alltägliche Leben des Klägers in keiner Weise. Gegenüber dem Jahr 2010 sei von hautärztlicher Seite eine Besserung des Befundes zu dokumentieren. Die Fußnagelveränderungen an beiden Großzehen seien nicht durch die Hauterkrankung bedingt, sondern posttraumatisch beidseits entstanden und auf der rechten Seite reversibel. Eine arterielle Verschlusskrankung wie auch ein arterieller Bluthochdruck seien nicht vorhanden. Die nachgewiesene Mönckeberg'sche Mediasklerose stelle eine gutartige Verkalkung der Muskelschicht der Arterien meistens an den Unterschenkeln ohne Stenosierung der Arterien dar. Die Diagnose der Durchblutungsstörung sei daher nicht korrekt und aus den Bewertungen für den GdB zu streichen. Den Teil-GdB bzgl. der psoriatischen Veränderungen bewerte er mit 0 bis maximal 10.

In der Folge hat das SG nach vorangegangener Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 26. November 2014, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 27. November 2014, die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass im Vordergrund des Beschwerdebildes des Klägers psychovegetative Störungen als Folge einer beidseitigen Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen und einer Somatisierungsstörung stünden. Der Beklagte habe den Teil-GdB für diesen Funktionenkomplex mit 30 bereits sehr großzügig bewertet. In Bezug auf die beidseitige Schwerhörigkeit habe sich aus den aktenkundigen Tonaudiogrammen keine wesentliche Verschlechterung ergeben. Auch eine Verschlechterung des Ohrgeräusches habe sich nicht belegen lassen. In Bezug auf den neurologisch-psychiatrischen Funktionenkomplex bestehe keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Denn der Kläger gehe zahlreichen Hobbys nach und sei Mitglied in verschiedenen Ortsvereinen. Relevante psychosoziale Probleme habe er selbst verneint. Auch in Bezug auf den orthopädischen Funktionenkomplex sei eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand seit März 2010 nicht belegt. Vom Beklagten berücksichtigte weitere Funktionsbeeinträchtigungen wegen eines Bluthochdruckes und einer arteriellen Verschlusskrankheit seien nicht erwiesen. Eine wesentliche Einschränkung aufgrund von Hautveränderungen mit Auswirkungen auf den GdB habe Dr. G. nicht bestätigt. Die Polyneuropathie sei lediglich geringgradig ausgeprägt. Ein höherer Teil-GdB als 10 stehe deshalb nicht zu. Die beginnende gutartige Prostatahyperplasie führe zu keiner Funktionsstörung. Ein Teil-GdB von wenigstens 10 resultiere hieraus nicht. Der Gesamt-GdB werde,

ausgehend von Teil-GdB-Werten von 30 (seelische Störung), 20 (orthopädischer Funktionenkomplex), 10 (Polyneuropathie) und 0 bis 10 (Hauterkrankung), weiterhin mit 40 bewertet.

Hiergegen hat der Kläger am 16. Dezember 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt, zu deren Begründung er vorträgt, dass es nicht nachvollziehbar sei, weshalb das SG die Stellungnahme des Hautarztes Dr. L. nicht zur Grundlage seiner Entscheidung gemacht habe. Dieser habe ihn mehrfach behandelt, der Gutachter Dr. G. hingegen nur einmal gesehen. Er leide an einer Psoriasisarthritis. Durch die Teilnahme am sozialen Leben versuche er nur seine körperlichen Beschwerden zu verdrängen. Der Kläger hat einen Arztbrief des Neurologen Dr. M ... über die Behandlung vom 22. Januar 2015 vorgelegt, worin eine Psoriasisarthritis, ein Sulcus ulnaris-Syndrom, eine sensible axonale Polyneuropathie und der Verdacht auf ein Restless-Leg-Syndrom diagnostiziert worden sind.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. November 2014 und den Bescheid vom 3. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 2014 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, den Bescheid vom 12. März 2010 abzuändern und bei ihm einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Am 1. März 2016 hat die Senatsvorsitzende einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt, in dem der Kläger den Behandlungsplan der Rehaklinik "Am Kurpark" über den stationären Aufenthalt im Jahr 2013 und eine biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule im Rahmen eines "RückenKonzepts" der Krankenkasse vorgelegt hat.

In der mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers noch eine biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule mit dokumentierten 432 Trainings-Fahrradkilometern aus dem Jahr 2008 und ein Arzneimittelrezeptformular von Dr. L. vom 25. Februar 2016 vorgelegt, in dem eine komplette Nagelablösung am rechten Großzeh, anamnestisch zum zweiten Male, vermerkt gewesen ist.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m.w.N.) zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger ist nicht schwerbehindert und hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt diesen nicht in seinen Rechten.

Gegenstand der Klage ist ein Anspruch des Klägers auf Neufeststellung des GdB mit mindestens 50 aufgrund einer geltend gemachten Verschlimmerung desjenigen Gesundheitszustandes, der dem bestandskräftigen Bescheid vom 12. März 2010 zugrunde lag. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34; vgl. auch BSG, Urteil vom 12. November 1996 - [9 RVs 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225) zum selben Beurteilungszeitpunkt bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung).

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

Bei dem Bescheid vom 12. März 2010 über die Feststellung des GdB mit 40 seit 22. Januar 2010 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 31 m. w. N.). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieses Bescheides vorlagen, ist eine wesentliche Änderung in Form einer Verschlimmerung jedoch nicht eingetreten.

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 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 I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG zu regeln (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

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

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#), juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

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

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab dem 13. März 2013, also dem Zeitpunkt des maßgeblichen streitgegenständlichen Neufeststellungsantrages, keinen höheren GdB als 40 begründen.

Für das - führende - Funktionssystem "Ohren" ist entgegen der Einschätzung des Beklagten kein Teil-GdB von 30, sondern nur von 20 zu vergeben. Maßgebend für die Bewertung des GdB bei Hörstörungen ist die Herabsetzung des Sprachgehörs. Sind mit der Hörstörung andere Erscheinungen verbunden, z.B. Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen, Artikulationsstörungen oder außergewöhnliche psychoreaktive Störungen, so kann der GdB entsprechend höher bewertet werden (VG, Teil B, Nr. 5). Bei Ohrgeräuschen mit Tinnitus ist dabei ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen ein GdB von 0 bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen ein GdB von 20 und mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) ein GdB von 30 bis 40 anzunehmen.

Der Beklagte berücksichtigte beim Kläger psychovegetative Störungen als Folge einer beidseitigen Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen und eine Somatisierungsstörung. Nach den VG, Teil B, Nr. 5.2.2 wird die Schwerhörigkeit in Form eines prozentualen Hörverlusts aus einem Tonaudiogramm durch Addition der vier Teilkomponenten (4-Frequenztafel nach Röser 1973) bei 500, 1000, 2000 und 4000 Hz ermittelt. Die Auswertung der vorgelegten Tonaudiogrammkurve (Bl. 44 der SG-Akte) erbrachte dabei einen prozentualen Hörverlust von 20 % (0+0+7+13) für das rechte Ohr, was immer noch Normalhörigkeit bedeutet, und mit 22 % (0+0+9+13) eine geringgradige Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr, was nach den VG, Teil B, Nr. 5.2.4 hinsichtlich der Hörstörung insgesamt lediglich einen GdB von 0 bis 10 zur Folge hat. Dem entspricht, dass der HNO-Arzt Dr. H. nur von einer leichten Hochton-Schallempfindungsschwerhörigkeit und der Gutachter Dr. G. von einer guten Verständlichkeit trotz leiser Kommunikation (Bl. 60 der SG-Akte) berichtet haben.

Der zusätzlich beim Kläger bestehende Tinnitus mit psychosomatischen Begleiterscheinungen erhöht den GdB für das Funktionssystem "Ohren" allenfalls auf 20. Der chronische Tinnitus ist mittelgradig ausgeprägt. Dies folgt für den Senat aus der Auskunft des HNO-Arztes Dr. H. vom 6. Juni 2014, wonach u.a. keine weitere Therapie wegen des Tinnitus vom Kläger gewünscht und durchgeführt wird. Die mit dem Tinnitus einhergehenden psychovegetativen Begleiterscheinungen schränken die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit etwa in Form von ausgeprägten depressiven Störungen nicht wesentlich ein. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf den Entlassungsbericht der Reha-Klinik "Am Kurpark", wonach der Kläger zahlreichen Hobbys, wie Tanzen, Gymnastik, Muskeltraining, Gartenarbeit und Werken nachgeht. Außerdem ist er als Mitglied in verschiedenen Vereinen aktiv. Diese Teilnahme am sozialen Leben hat der Kläger in seiner Berufungsbegründung bestätigt. Dazu passt, dass er relevante psychosoziale Probleme bei seiner Aufnahmeuntersuchung in der Reha-Klinik ausdrücklich verneint hat und die Psyche dort als unauffällig befundet worden ist. Die im Jahr 2007 vom Rheuma-Zentrum Baden-Baden noch diagnostizierte mittelgradige depressive Erkrankung war als Episode vorübergehend und wurde später von den behandelnden Ärzten demensprechend nicht mehr festgestellt. Der Kläger befindet sich auch nicht in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Der - einmalig behandelnde - Nervenarzt Dr. H. hat nur einen neurologischen, aber keinen psychiatrischen Befund erhoben (vgl. Arztbrief vom 14. Mai 2013). Gegen besondere Begleiterscheinungen und einen hohen Leidensdruck spricht, wie auch von Dr. H. angeführt, dass ein auffällig demonstratives Beschwerdevorbringen auf Klägerseite besteht, nachdem dieser trotz gegenüber dem sachverständigen Zeugen wiederholt angegebener stärkster Beeinträchtigungen und Schmerzen weder Schmerzmittel einnimmt (vgl. Entlassungsbericht der Reha-Klinik "Am Kurpark") noch wegen der Schuppenflechte eine immunsuppressive Therapie durchführt (vgl. Dr. C., Auskunft vom 30. Juli 2014). Vor diesem Hintergrund lässt sich ein höherer Teil-GdB als 20 für diesen Funktionenkomplex nicht begründen.

Werden den psychovegetativen Störungen ein eigenständiger Charakter zugebilligt, kommt für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" - mit erheblichen Überschneidungen zum Funktionssystem "Ohren" - ebenfalls kein höherer Teil-GdB als 20 in Betracht. Nach VG, Teil B, Nr. 3.7 sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten. Da beim Kläger die wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit fehlt (s.o.), keine depressive Störungen (mehr) bestehen, und keinerlei psychiatrische/psychosomatische Behandlung erfolgt, lässt sich ein GdB von über 20 nicht begründen.

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

Nach diesen Maßstäben sind die das Funktionssystem betreffenden Funktionseinschränkungen aktuell, wie im Übrigen auch bereits vor Erlass des Bescheides vom 3. April 2013, maximal mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Eine wesentliche Funktionseinschränkung der LWS besteht angesichts eines bei der Rumpfbeuge nach vorn verbleibenden und im Normalbereich befindlichen Finger-Boden-Abstands von 10 cm, bei einem unauffälligen Schober'schen Zeichen von 10/15 cm, schmerzfreien und frei beweglichen Iliosakralgelenken sowie einem negativen Nervendehnungszeichen nach Lasègue sowie fehlenden sensomotorischen Ausfällen im Bereich der Beine (Bericht der Reha-Klinik "Am Kurpark" vom 22. Oktober 2013) nicht. Auch die HWS war bei der Abschlussuntersuchung zum Heilverfahren mit einer Rotation bis beidseits 70° (Normalwerte: 60° bis 80°) nicht eingeschränkt. Ein neurologischer Ausfall bestand nicht (vgl. Dr. C. vom 30. Juli 2014, Dr. M. ... vom 22. Januar 2015). Anderes lässt sich auch nicht aus den vom Kläger zuletzt vorgelegten Unterlagen des "RückenKonzepts" bzw. der Wirbelsäulenfunktionsanalyse ableiten. Gerade letztere zeigt anschaulich mit den darin dokumentierten 432 Trainingskilometern im Rahmen eines Rückenprogramms eine hinreichende Funktions- und Leistungsfähigkeit des Klägers. Ein Teil-GdB von 20, wie vom Beklagten berücksichtigt, lässt sich deshalb allenfalls - wie bereits vom SG zutreffend dargestellt - mit Blick auf die von Dr. von L. im Befundbericht vom Juli 2013 beschriebene muskuläre Dysbalance bei Zervikobrachialgie beidseits und einem Wurzelreizsyndrom (gerade noch) rechtfertigen (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.9).

Wegen der Kniebeschwerden, die zum Funktionssystem der "Beine" gehören, ist bei dem Kläger kein Teil-GdB anzusetzen. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 ist erst für ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalazia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen einseitig ohne Bewegungseinschränkung ein Teil-GdB von 10 bis 30 und für eine Bewegungseinschränkung im

Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90°) einseitig ein Teil-GdB von 0 bis 10 festzusetzen. Zwar wurde in der Vergangenheit beim Kläger eine Chondropathia patellae beidseits diagnostiziert (Bericht Dr. Löhle vom 30. Dezember 1999). Jedoch fehlt es beim Kläger an anhaltenden Reizerscheinungen oder Bewegungseinschränkungen. Bei ihm wurden von der Reha-Klinik "Am Kurpark" 2013 beide Kniegelenke als reizfrei und funktionell unauffällig sowie sein Gangbild als flüssig beschrieben. Beim Klinikaufenthalt hat er häufig ausdauerorientierte Bewegungsformen durchgeführt. Er betreibt darüber hinaus zu Hause sportliche Freizeitbeschäftigungen (Tanzen, Gymnastik), was eine ordentliche Funktionsfähigkeit der Kniegelenke verdeutlicht. Auch der Orthopäde Dr. von L. hat ausgeführt, dass das Gehvermögen des Klägers nicht eingeschränkt ist und dieser ihm gegenüber keine Kniebeschwerden angegeben hat. Dazu passt, dass bei der Untersuchung und Begutachtung durch den Sachverständigen Dr. G. der Kläger einen unauffälligen Gang zeigte, so dass insgesamt für das Funktionssystem der Beine kein GdB in Betracht kommt.

Die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers bedingen jeweils nur einen Teil-GdB von 10 bzw. sind nicht GdB-relevant. Dies betrifft insbesondere das einheitliche Funktionssystem "Herz und Kreislauf" (hier: arterielle Verschlusskrankheit und Bluthochdruck), das von dem Beklagten zu hoch mit einem Teil-GdB von (jeweils) 10 bewertet worden ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB bei Herz- und Kreislauferkrankungen weniger die Art der Krankheit als die Leistungseinbuße maßgeblich. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Der Senat folgt insoweit dem Gutachten von Dr. G. ... Die von ihm durchgeführten apparativen Untersuchungen (Doppler und Farbduplex von Becken, Ober- und Unterschenkeln sowie Farbduplexsonographie der Arterien) ergaben ein unauffälliges epifasciales und subfasciales Venensystem, keine hämodynamisch wirksame Stenosierung und lediglich eine geringe Mönckeberg-Mediasklerose an den Unterschenkelarterien. Dieser Befund stellt eine gutartige Verkalkung der Muskelschicht der Arterien dar, die zu keiner Stenosierung, d.h. keiner Verschlusskrankheit oder Durchblutungsstörung der Arterien führt. Während in der Reha-Klinik im Jahr 2013 die Langzeitblutdruckmessung noch eine milde Hypertonie (Stufe I) bei 142/94 mmHg erbracht hatte und ein blutdrucksenkendes Arzneimittel (Enahexal 5mg) empfohlen worden war, fand sich bei der gutachterlichen Untersuchung im August 2014 trotz seit Monaten fehlender medikamentöser Therapie nunmehr ein normaler Blutdruckwert mit 125/80 mmHg (Normalwerte: systolisch: 120-129 mmHg, diastolisch: 80-84 mmHg). Ein Teil-GdB für das Herz-Kreislaufsystem kommt damit nicht (mehr) in Betracht, zumal die für einen GdB insoweit erforderlichen Leistungsbeeinträchtigungen (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.3) beim sportlich aktiven Kläger nicht erkennbar sind.

Für das Funktionssystem "Haut" lässt sich wegen der beim Kläger bestehenden Psoriasis-Erkrankung schließlich ein GdB von allenfalls 10 feststellen. Bei der Beurteilung des GdB von Hautkrankheiten sind grundsätzlich Art, Ausdehnung, Sitz, Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, Begleiterscheinungen (wie Jucken, Nässen, Brennen, unangenehme und abstoßende Gerüche), die Rezidivbereitschaft bzw. die Chronizität sowie die Notwendigkeit wiederholter stationärer Behandlung zu berücksichtigen (VG, Teil B, Nr. 17). Ist die Psoriasis vulgaris-Erkrankung auf Prädilektionsstellen beschränkt, ist ein Einzel-GdB von 0 bis 10 anzusetzen, besteht ein ausgedehnter Befall mit erscheinungsfreien Intervallen von Monaten ist ein solcher von 20, bei einem andauernden ausgedehnten Befall oder einem stark beeinträchtigenden lokalen Befall (z.B. an den Händen) ein Einzel-GdB von 30 bis 50 einzustellen. Eine außergewöhnliche Nagelbeteiligung (mit Zerstörung der Nagelplatten) sowie eine Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung sind zusätzlich zu bewerten (VG, Teil B, Nr. 17.7). Da nach den Bekundungen von Dr. G. beim Kläger lediglich kleinere psoriasisforme Effloreszenzen an beiden Ellenbogen und zeitweise münzförmig an den Schienbeinen, am Rumpf und gering auch an der Penisspitze bestehen, ist vorliegend ein Teil-GdB von 0 bis 10 angemessen und ausreichend. Ein ausgedehnter Befall, der eine höhere Bewertung eröffnen würde, besteht nicht. Dies findet Bestätigung im Entlassungsbericht der Reha-Klinik "Am Kurpark", demzufolge bei der Aufnahmeuntersuchung der Hautbefund "unauffällig" war. Auch die im SG-Verfahren vorgelegten Lichtbilder zeigen allenfalls sehr geringgradige ausgeprägte Hautveränderungen an Rücken, Wade und Penisspitze. Der Kläger wird dadurch in seinem alltäglichen Leben nicht beeinträchtigt. Der Einschätzung von Dr. L. folgt der Senat nicht. Die von ihm beschriebenen (Fuß-)Nagelveränderungen sind nicht durch die Psoriasis bedingt, sondern posttraumatisch und teilweise revisibel. Eine Fingernagelveränderung hat - nach Angaben des Klägers gegenüber dem Gutachter Dr. G. - nie bestanden, so dass auch die von Dr. L. insoweit angenommene Stigmatisierung hinfällig ist. Außerdem sind die psoriatischen Veränderungen etwa an der Penisspitze therapeutisch einfach anzugehen und deshalb - worauf das SG zu Recht hinweist - nicht als belastend anzusehen, zumal der Kläger nach eigenen Angaben den Geschlechtsverkehr trotzdem noch relativ häufig ausüben kann (vgl. Bl. 58 SG-Akte). Die zuletzt mitgeteilte Nagelablösung am rechten Großzeh führt zu keiner anderen Einschätzung. Eine Ursache für die erneute Ablösung wurde in dem Rezeptformular von Dr. L. nicht angegeben. Der erste Nagelabgang rechts war nach Angaben des Klägers gegenüber dem Gutachter Dr. G. möglicherweise auf ein Trauma während des Tanzens zurückzuführen (Bl. 58 der SG-Akte). Selbst wenn die zweite Ablösung nun durch die Hauterkrankung bedingt seien sollte, wäre der Teil-GdB nur im oberen Bereich des Bewertungsrahmens einer auf Prädilektionsstellen beschränkten Psoriasis vulgaris, d.h. auf 10, festzusetzen, da eine solche Nagelbeteiligung auf einen einzelnen Zeh und damit auf eine gewöhnliche bedeckte Körperstelle beschränkt wäre. Außerdem ist nicht erkennbar, dass der Kläger dadurch funktionell beeinträchtigt ist. Er ist weiterhin u.a. als Tänzer aktiv.

Ob schließlich zusätzlich beim Kläger eine Psoriasisarthritis besteht, wie vom Neurologe Dr. M. ... in seinem im Berufungsverfahren vorgelegten Bericht vom Januar 2015 angenommen, hingegen vom Gutachter Dr. G. verneint worden ist, kann letztlich dahinstehen, da sie sich mangels relevanter Gelenk- und Wirbelsäulenbeteiligung nicht GdB-relevant auswirken würde. Die Finger- und Zehengelenke, die typischerweise von einer Psoriasisarthritis betroffen sind, haben bei dem Gutachter keine strahl- oder gelenknahe Auftreibungen gezeigt. Das Reiben der Fingergelenke aneinander, als Hinweis auf entzündliche Prozesse in den dortigen Gelenken, war beim Gutachter Dr. G. schmerzlos möglich. Außerdem verweist dieser darauf, dass röntgenologische Veränderungen beim Kläger bislang nicht nachgewiesen wurden. Auch Dr. M. ... hat von solchen Röntgenbefunden nicht berichtet. Soweit schließlich der Kläger auf die - nachvollziehbaren - psychischen Beeinträchtigungen aufgrund der Psoriasis etwa an der Penisspitze verweist, sind solche - üblichen - seelischen Begleiterscheinungen bereits in den GdB-Sätzen berücksichtigt (vgl. VG, Teil A, Nr. 2i). Im Übrigen werden die bei ihm bestehenden psychischen Beeinträchtigungen bereits im Funktionssystem "Ohren" bzw. "Gehirn einschließlich Psyche" berücksichtigt (s.o.), so dass der Senat insgesamt einen GdB von 10 für das Funktionssystem "Haut" als zutreffend ansieht.

Eine von dem Versorgungsarzt Dr. G. zwischenzeitlich (Bl. 150 der Verwaltungsakte) als weitere Funktionsbeeinträchtigung berücksichtigte Polyneuropathie ist nach den von Dr. H. im Arztbrief vom 14. Mai 2013 mitgeteilten Befunden und Krankheitsäußerungen lediglich geringgradig ausgeprägt. Nach VG, Teil B, Nr. 3.11 sind Polyneuropathien, die sich (auch) durch motorische Ausfälle auswirken, in Analogie zu der Bewertung peripherer Nervenschäden zu bewerten. Soweit - nur - sensible Störungen und Schmerzen auftreten, ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen, z.B. bei Feinbewegungen, führen können. Bei dem Kläger bestehen

keine motorischen Ausfälle. Eine Bewertung analog den GdB-Werten für Nervenausfälle der unteren Gliedmaßen (VG, Teil B, Nr. 18.14) ist daher nicht möglich. Wesentliche Funktionseinschränkungen der Finger und Füße liegen auch nicht vor, nachdem die Ärzte der Reha-Klinik "Am Kurpark" sämtliche Gelenke als reizfrei und ohne funktionelle Einschränkung beschrieben haben. Dr. H. konnte zwar an den Füßen noch ein Pelzigkeits- und brennendes Gefühl, an den Fingern Taubheitsgefühle und Kribbelparästhesien ermitteln. Inzwischen bestehen nach dem Gutachter Dr. G. (Bl. 59 SG-Akte) jedoch Empfindungsstörungen an der Fußsohle nicht mehr. Das von Dr. M ... zusätzlich diagnostizierte Sulcus-Ulnaris-Syndrom (vgl. Bericht über Behandlung vom 22. Januar 2015) führt zu keiner erkennbaren weiteren Funktionsbeeinträchtigung. Ein in Anlehnung an VG, Teil B, Nr. 3.11 zu wertendes Restless-Leg-Syndrom (vgl. hierzu LSG NRW, Urteil vom 18. Juni 2002 – [L 6 SB 142/00](#)-, juris) wurde von Dr. M ... nur verdachtsweise gesehen und ist nach ihm ohnehin gut therapierbar. Ein GdB ist daher insoweit nicht zu vergeben.

Weitere relevante Behinderungen liegen bei dem Kläger nicht vor.

Nicht zu beanstanden ist letztlich die Bildung des Gesamt-GdB. Dieser ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) , juris). Bei der Prüfung eines Gesamt-GdB von 50 verbietet es sich nicht, einen Vergleich mit anderen schwerwiegenden Erkrankungsbildern vorzunehmen (BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) -, juris). Vielmehr sind bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind (vgl. BSG, Urteil vom 30. September 2009 - [B 9 SB 4/08 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#)).

Gemessen an diesen Voraussetzungen begründen der Teil-GdB von jeweils 20 für die Funktionssysteme "Ohren", "Gehirn einschließlich Psyche" und "Rumpf" einen Gesamt-GdB von 40. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass kein Teil-GdB von mindestens 30 vorliegt. Die Bewertung der psychovegetativen Störungen als Folge einer beidseitigen Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen überschneidet sich zudem stark mit jener im Bereich der seelischen Erkrankung, da sich beide Behinderungen vor allem im Bereich der Psyche auswirken. Die mit lediglich 10 oder weniger bewerteten Behinderungen (u.a. Psoriasis, Polyneuropathie, Knie) sind demgegenüber zu vernachlässigen (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee). Ein GdB von 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft kommen nicht in Betracht.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-26