

L 6 SB 4960/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 2 SB 1208/14

Datum

30.10.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 4960/15

Datum

17.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 30. Oktober 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von mindestens 50 und damit der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch.

Die Klägerin ist im Jahre 1957 geboren und wohnt als deutsche Staatsangehörige im Inland.

Einen ersten Antrag auf Zuerkennung eines GdB hatte der Beklagte mit Bescheid vom 6. Juli 2011 abgelehnt, da kein GdB von wenigstens 20 erreicht werde.

Am 2. April 2013 beantragte die Klägerin erneut die Feststellung eines GdB und der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch. Sie leide vor allem an Bluthochdruck und Diabetes. Sie legte das Attest der Augenärztin F. vom 9. Januar 2013 vor. Danach bestand keine Retinopathia diabetica, aber ein Fundus Hypertonicus 1. Grades. Der Visus links und rechts liege unkorrigiert bei 0,5. Der Beklagte zog weitere Befundunterlagen des behandelnden Orthopäden Dr. S. bei. Der Versorgungsärztliche Dienst des Beklagten wertete diese aus und schlug vor, für Funktionsbehinderungen beider Kniegelenke und durch beidseitige Fußfehlform mit Großzehengrundgelenksarthrose rechts einen Teil-GdB von 30, für eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule und ein Schulter-Arm-Syndrom einen Teil-GdB von 10 und daraus folgend einen Gesamt-GdB von 30 festzustellen. Die Sehminderung, der ebenfalls geklagte Schwindel und die Hypertonie bedingten keinen GdB. Der Beklagte stellte daraufhin mit Bescheid vom 2. August 2013 einen GdB von 30 ab Antragstellung fest.

Im Widerspruchsverfahren holte der Beklagte weitere Befundberichte von Dr. S. (Diagnose: HWS-Syndrom, Gonarthrose primär rechts, Knick-Senk-Spreizfüße, Großzehengrundgelenksarthrose rechts), des Neurologen und Psychiaters Dr. N. (peripher-vestibulärer Schwindel mit geringen Auswirkungen auf die Gang- und Standsicherheit) und des Allgemeinmediziners S. (mit Velmetia befriedigend eingestellter Diabetes mellitus II ohne Hypoglykämien, gut eingestellte Hypertonie, rezidivierend Klagen wegen Vertigo) ein. Hierzu führte der Versorgungsärztliche Dienst aus, der Bluthochdruck sei gut eingestellt und der Diabetes werde mit Velmetia behandelt, sodass auf internistischem Gebiet kein messbarer GdB bestehe. Zusätzlich sei ein Schwindel mit einem Teil-GdB von 10 anzuerkennen. Der Gesamt-GdB ändere sich dadurch nicht. Daraufhin wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2014 zurück, da der zusätzlich berücksichtigte Schwindel nicht den Gesamt-GdB erhöhe.

Hiergegen hat die Klägerin am 15. April 2014 unter Vertiefung ihres Widerspruchsbegehrens Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben.

Das SG hat, nachdem der Beklagte der Klage entgegengetreten war, die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. S., Dr. N. und Herr S. haben die schon bekannten Diagnosen bestätigt und sind der GdB-Einschätzung durch den Beklagten beigetreten. Die Klägerin hat ihre Klage mit der Begründung aufrecht erhalten, den behandelnden Ärzten seien die maßgeblichen rechtlichen Grundlagen für die Bewertung des GdB nicht bekannt gewesen.

Mit angekündigtem Gerichtsbescheid vom 30. Oktober 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat die von den Ärzten mitgeteilten

Funktionseinbußen gewürdigt und ausgeführt, die Bewertungen durch den Beklagten seien jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin zu niedrig eingestuft. Insbesondere vermöge der Druckschmerz der Nackenmuskulatur keine mittelgradigen funktionellen Auswirkungen zu begründen, über ein Schulter-Arm-Syndrom werde nicht mehr berichtet, die komplett regelrechte körperlich-neurologische Untersuchung habe nur geringe Auswirkungen auf die Gang- und Standsicherheit gezeigt.

Gegen den Gerichtsbescheid, der ihrem Prozessbevollmächtigten am 9. November 2015 in vollständig abgefasster Form zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 1. Dezember 2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Sie trägt vor, entzündlich-rheumatische Krankheiten mit dauernden erheblichen Funktionseinbußen und Beschwerden sowie therapeutisch schwer zu beeinflussender Krankheitsaktivität bedingten einen GdB von 50 bis 70. Insoweit sei die Gonarthrose in ihren Kniegelenken, die die behandelnden Ärzte im Übrigen nicht ausreichend überprüft hätten, höher zu bewerten. Sie meint ferner, der bei ihr bestehende Schwindel sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Die Beeinträchtigungen an der Wirbelsäule seien nicht ausreichend ausermittelt worden.

Sie beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 30. Oktober 2015 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 2. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2014 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr - der Klägerin - einen Grad der Behinderung von zumindest 50 (fünfzig) festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er meint, eine Gonarthrose sei keine entzündlich-rheumatische Krankheit. Ferner lasse sich die Klägerin nicht fachorthopädisch behandeln, was auf einen wenig ausgeprägten Leidensdruck wegen der Erkrankungen der Wirbelsäule hindeute.

Der Senat hat mit Beschluss vom 17. Februar 2016 einen Antrag der Klägerin auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) abgelehnt, weil die Berufung keine ausreichende Aussicht auf Erfolg habe.

Die Beteiligten haben am 17. Juni bzw. 28. Juli 2016 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen des weiteren Vortrags der Beteiligten und der Ergebnisse der Beweisaufnahme im Einzelnen verweist der Senat auf die Verwaltungsakte des Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Einvernehmen mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist nach [§ 105 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. [§ 143 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben, aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die 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) als unbegründet abgewiesen. Die angegriffenen Bescheide sind rechtmäßig, weil der Klägerin kein Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 30 zusteht.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des behinderten Menschen 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 10-er-Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gem. [§ 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 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, also final, bezogen ist (BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 3/12 R](#) -, juris, Rz. 51). 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. Der hiermit gemeinte 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). Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB dürfen die einzelnen Teil-GdB-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.

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](#) -, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 24](#)). 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 es erstinstanzlichen Gerichts Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 SB 4445/14](#) -, juris, Rz. 30).

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Beurteilung gilt Folgendes: Die gerichtliche Nachprüfung im Rahmen einer Leistungsklage, zu der auch die hier erhobene Verpflichtungsklage gehört, richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34), mangels Durchführung einer solchen, wie vorliegend, zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats.

Vor diesem Hintergrund steht der Klägerin kein Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB (Gesamt-GdB) als 30 zu:

Für das Funktionssystem "untere Gliedmaßen" ist ein Teil-GdB von höchstens 20 zu vergeben.

Die Klägerin leidet nach der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. S. an einer mittelschweren bis schweren Gonarthrose und einer mittelschweren Arthrose des Großzehengrundgelenks rechts bei einer Knick-Senk-Spreizfuß-Problematik. Eine Arthrose ist keine entzündlich-rheumatische Erkrankung (Arthritis), die unter Umständen nach Teil B Nr. 18.2.1 VG zu bewerten wäre. Einschlägig sind vielmehr die Vorgaben für Bewegungseinschränkungen und Reizerscheinungen nach Teil B Nr. 18.14 VG. Nur solche Funktionseinbußen, nicht aber die zu Grunde liegenden ärztlichen Diagnosen, sind im Übrigen für die Bewertung mit einem GdB relevant.

Hinsichtlich der Knie hatte Dr. S. bei der - hinsichtlich der Kniebeschwerden - letzten Vorstellung der Klägerin im Februar 2013 ausgeführt, es bestehe kein Gelenkerguss und das Meniskuszeichen sei negativ. Geklagt hatte die Klägerin nur über Belastungsschmerzen. Feststellen konnte Dr. S. - lediglich - eine ausgeprägte Krepitation (Knistergeräusch) beidseits. Von Beweglichkeitseinschränkungen hat er nichts berichtet. Auch die gehörten anderen Ärzte, insbesondere der Hausarzt S., haben zu weitergehenden Funktionseinschränkungen in den Knien nichts richtungsweisendes angeführt. Hiernach liegen bei der Klägerin zwar "ausgeprägte Knorpelschäden", wenngleich keine Retropatellararthrose (die in den VG als Beispiel genannt ist), sondern eine Gonarthrose, vor. Aber für "anhaltenden Reizerscheinungen" oder "Bewegungseinschränkungen", wie sie die VG zusätzlich fordern, ist nichts ersichtlich. Auch die Klägerin selbst hat keine Einschränkungen dieser Art, vor allem keine Beuge- oder Streckhemmungen im Kniegelenk, vorgetragen. Vor diesem Hintergrund ist der Teil-GdB von 30, den der Beklagte bislang zu Grunde gelegt hat, zu hoch, es ist allenfalls ein GdB von 20 begründbar.

Die Großzehengrundgelenksarthrose und der Knick-Senk-Spreizfuß der Klägerin können diesen GdB für die unteren Gliedmaßen nicht erhöhen. Erst eine Versteifung der Großzehengelenke (Hallux rigidus) bedingt einen GdB, allerdings auch nur einen solchen von 0 bis 10. "Andere Fußdeformitäten", auch ein Senk-Spreiz-, ein Hohl- oder ein Knickfuß, führen nach der ausdrücklichen Regelung in den VG zu keinem GdB (0), wenn sie - wie bei der Klägerin - keine wesentlichen statischen Auswirkungen haben.

Für das Funktionssystem "Rumpf" ist kein GdB von mehr als 10 anzunehmen.

Nach Teil B Nr. 18.9 VG bedingen Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten einen GdB von 0, ein GdB von 10 ist zu vergeben für "geringe funktionelle" Auswirkungen, z.B. rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten geringen Grades. Erst für mittelgradige funktionelle Auswirkungen in mindestens einem der drei Wirbelsäulenabschnitte kommt ein GdB von 20 in Betracht.

Bei der Klägerin liegt nach der Zeugenaussage von Dr. S. diagnostisch (bildgebend festgestellt) eine schwere Osteochondrose mit Spondylose und Spondylarthrose an der Halswirbelsäule (v.a. an den Wirbelsäulensegmenten C5 bis C7) vor. An Funktionseinbußen, die daraus folgen, hat die Ärztin allerdings lediglich eine leichte Einschränkung der Seitneigung der Halswirbelsäule (20/0/20° bei der Klägerin gegenüber Normwerten von bis zu 45/0/45°) angegeben. Die Rotation der Halswirbelsäule war mit 60/0/60° noch normgerecht (60-80/0/60-80°). Daneben bestand ein Druckschmerz der Nackenmuskulatur, also keine "anhaltende" Schmerzempfindung. Paresen, vor allem Nervenwurzelreizungen mit Ausstrahlungen in die oberen Gliedmaßen, hat die Ärztin ausdrücklich verneint, die Reflexe und die Sensibilitäten der oberen Extremitäten waren bei der insoweit letzten Vorstellung der Klägerin am 30. November 2013 ohne Befund ("o.B."). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Klägerin Beschwerden an der Wirbelsäule nicht behandeln lässt. Diese Einbußen können u.U. noch als leichtgradig eingestuft werden, jedenfalls sind sie nicht stärker als "mittelgradig". Da sie nur an der Halswirbelsäule, also nur an einem Wirbelsäulenabschnitt auftreten, ist der Teil-GdB von 10, den der Beklagte zu Grunde legt, jedenfalls nicht zu niedrig.

Wegen der Beeinträchtigungen an der Wirbelsäule bestand auch kein weiterer Aufklärungsbedarf von Amts wegen, zumal sich die Klägerin seit Frühjahr 2013 nicht mehr in fachorthopädischer Behandlung befindet, was gegen einen schweren Leidensdruck und gegen stark ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen spricht, worauf der Beklagte zu Recht hinweist. Auch hat selbst die behandelnde Fachärztin das klägerische Begehren nicht gestützt, vielmehr die Bewertung des Beklagten für angemessen, aber auch ausreichend erachtet. Somit sind keine Anhaltspunkte für klärungsbedürftige Sachverhalte ersichtlich, der klägerische Bevollmächtigte hat sie auch nicht konkret angezeigt.

Das gelegentlich beschriebene Schulter-Arm-Syndrom besteht bei der Klägerin nicht mehr, jedenfalls führt es nicht zu Funktionseinbußen im Bereich der oberen Gliedmaßen. Die Orthopädin Dr. S. hat in ihrer Aussage als sachverständige Zeugin eine solche Diagnose nicht (mehr) gestellt, und sie hatte auch bei den letzten Vorstellungen der Klägerin im November 2012 und Februar 2013 keine Befunde mehr in diesem Bereich erhoben.

Die Klägerin leidet ferner (auf HNO-ärztlichem oder neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet) an einem "Schwindel unklarer Genese", wie es Dr. N. in seiner Zeugenaussage vom 8. Oktober 2014 angegeben hat. Für Gleichgewichtsstörungen ist in Teil B Nr. 5.3 VG ein GdB von 0 bis 10 vorgesehen, wenn er ohne wesentliche Folgen auftritt. Hierzu zählt es z.B., wenn bei alltäglichen Belastungen wie Kopfdrehen allenfalls ein Gefühl der Unsicherheit auftritt, aber noch kein Schwanken und erst recht noch keine Fallneigung, und wenn bei den Geh- und Stehversuchen keine nennenswerten Abweichungen auftreten. In diese Rubrik können die Beschwerden der Klägerin eingeordnet werden. Die körperlich-neurologische Untersuchung bei Dr. N. war unauffällig. Aus seinem Arztbrief an Herrn S. vom 29. November 2013 ergibt sich noch, dass der Schwindel nicht dauerhaft, sondern "lageabhängig", nämlich "durch Kopfdrehung" ausgelöst wird und dass der Gang und Stand unauffällig waren. Deswegen wurde therapeutisch auch ein Schwindeltraining und die medikamentöse Therapie mit Sulpirid für ausreichend erachtet. Von Schwanken oder einer Fallneigung hat er nichts berichtet, und die genannten Testungen hatten unauffällige Ergebnisse. Es kommt daher allenfalls ein GdB von 10 in Betracht.

Auf internistischem Fachgebiet besteht ein GdB von 10. Nach der Zeugenaussage des Hausarztes S. leidet die Klägerin an einem Diabetes mellitus II und einem Bluthochdruck. Der Diabetes mellitus wird mit Velmetia behandelt. Dieses Medikament erhöht die Hypoglykämieeigung nicht. Auch hatte die Untersuchung bei Augenärztin F. am 9. Januar 2013 ergeben, dass "keine Retinopathia diabetica" vorlag. Daher ist für diese Erkrankung nach Teil B Nr. 15.1 VG in der Fassung der Zweiten Änderungsverordnung vom 14. Juli 2010 kein GdB - mehr - zu vergeben. Dagegen führt die Hypertonie zu einem GdB von 10. Der Bluthochdruck wird zwar durchgehend als "gut eingestellt" bezeichnet, bei der letzten Messung bei Herrn S. betrug er 130/80 mmHg. Aber Frau F. hatte eine Folgeerkrankung des Bluthochdrucks beschrieben, nämlich einen Fundus hypertonicus ersten Grades. Eine Hypertonie führt aber nach Teil B Nr. 9.3 VG zu einem GdB von 10, wenn bereits eine geringe Leistungsbeeinträchtigung vorliegt, hierzu zählt auch eine "leichte Augenhintergrundveränderung", wie sie bei der Klägerin besteht.

Die Sehinderung der Klägerin führt nicht zu einem - weiteren - GdB. Nach Teil B Nr. 4 VG sind Sehbehinderungen nach dem korrigierten Sehvermögen (also mit Sehhilfe) zu beurteilen. Bei der Klägerin liegt nach dem Arztbrief von Augenärztin F. schon der unkorrigierte Visus beidseits bei 0,5. Selbst dieser würde - wenn es sich um den korrigierten Visus handelte - nach der Tabelle bei Teil B Nr. 4.3 VG nur zu einem GdB von 10 führen. Bei der Klägerin ist aber davon auszugehen, dass der Visus durch eine Brille oder Kontaktlinsen verbessert werden kann, sodass gar kein GdB mehr anzunehmen ist.

Nach den dargestellten Grundsätzen für die Bildung des Gesamt-GdB kann aus diesen Teil-GdB-Werten (20 für die unteren Gliedmaßen, je 10 für den Rumpf, die Gleichgewichtsstörung und das Kreislaufsystem) jedenfalls kein GdB von mehr als 30 gebildet werden, wie ihn die Klägerin begehrt.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-23