

L 6 SB 434/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 10 SB 3372/13

Datum

15.09.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 434/16

Datum

23.06.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. September 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft.

Der 1957 geborene Kläger ist deutscher Staatsangehöriger und in der Türkei aufgewachsen. Er reiste 1973 in die Bundesrepublik Deutschland ein. Da er keinen Beruf erlernt hatte, übte er nach eigenen Angaben durchweg praktische Tätigkeiten als Maurer und Polier aus. Von der Einreise an bis Ende August 2012 arbeitete er als Bauhelfer bei verschiedenen Unternehmen, zuletzt ab 2004 bei der Y. Bauunternehmen GmbH in Pf., welche sein Neffe betrieb. Danach erkrankte er wegen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und Bauchschmerzen arbeitsunfähig. Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg gewährt ihm vom 1. November 2013 bis 31. Oktober 2016 eine befristete Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Wegen der von ihm weiterhin begehrten Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze ist noch das Berufungsverfahren L 7 R 2906/15 gegen das ablehnende Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe (SG) im Verfahren S 8 R 2604/13 vom 11. Juni 2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) anhängig. Er bewohnt mit seiner Ehefrau das Erdgeschoss des eigenen Hauses, in dem auch die gemeinsame erwachsene Tochter lebt, die mittlerweile selbst zwei Kinder hat.

Wegen eines Arbeitsunfalls am 16. August 1999 gewährt ihm die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft aufgrund des Bescheides vom 28. Mai 2002 der Südwestlichen Bau-Berufsgenossenschaft, einer ihrer Rechtsvorgängerinnen, eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v. H.). Gestützt auf das Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. F., welches nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 25. März 2002 erstellt worden war, wurden zudem als Unfallfolgen, neben einer Narbenbildung an der rechten Beckenseite nach Knochenentnahme, im Bereich des rechten Armes eine Muskelschwäche des Ober- und Unterarmes, eine Bewegungseinschränkung des Handgelenkes, eine Kraftminderung der Hand sowie eine Narbenbildung am Handgelenk anerkannt.

Am 17. September 2012 beantragte der Kläger erstmals die Feststellung des GdB, woraufhin der Beklagte verschiedene medizinische Befundunterlagen beizog.

Nach dem stationären Aufenthalt des Klägers in der B.-Klinik in Bad Krozingen, einer Fachklinik für multidisziplinäre Rehabilitation und Anschlussheilverfahren, vom 30. Oktober bis 21. November 2012 diagnostizierte der auf der Abteilung Orthopädie und Innere tätige Oberarzt Dr. K. rezidivierende Omalgien rechts bei Arthrose des Akromioklavikulargelenkes (ICD-10 M19.9), rezidivierende Lumboschialgien rechts bei degenerativem Syndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M51.3), rezidivierende Zervikobrachialgien bei mäßigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (ICD-10 M50.3) sowie eine Handgelenkarthrose rechts nach Skaphoidfraktur und operativer Versorgung im Jahre 2001 (ICD-10 M19.1). Bei der Aufnahmeuntersuchung habe sich ein flüssiges, harmonisches Gangbild und kein Hinken gezeigt. Fersen-, Zehen- und Einbeinstand seien nur unsicher und eingeschränkt demonstrierbar gewesen. Der Kläger habe nur mit Hilfestellung in die Hocke gehen und sich wieder aufrichten können. Das Aufrichten in den Langsitz sei möglich, aber erschwert gewesen. Die Rotation im Bereich der Halswirbelsäule habe nach der Neutral-0-Methode beidseits bis 60° vorgenommen werden können. Die Seitneigung sei in diesem Bereich beidseits bis 10° möglich gewesen. Die Reklination und die Inklinationsbewegungen seien frei gewesen. Im zervikothorakalen Übergangsbereich sei vom Kläger ein Druckschmerz geäußert worden. Im Bereich der Rumpfwirbelsäule habe die

Rotation beidseits bis 20° und die Seitneigung bis 10° vorgenommen werden können. Der Finger-Boden-Abstand habe über 50 cm gelegen. Die Zeichen nach Ott und Schober seien mit 30/32 cm und 10/12 cm gemessen worden. Über der gesamten Lendenwirbelsäule habe der Kläger einen Druckschmerz geäußert. Die Abduktion des rechten Armes habe aktiv und passiv 90°, die Anteversion aktiv und passiv 110° und die Retroversion 40° betragen. Im Bereich des rechten Handgelenkes habe sich eine leichte Schwellung gezeigt. Ein Druckschmerz habe ulnar und radial festgestellt werden können. Rechts sei die Ulnar-/Radialabduktion mit 20-0-20° und die Extension/Flexion mit 20-0-30° gemessen worden. Der Faustschluss rechts habe vollständig vorgenommen werden können. Es habe jedoch die Kraft gefehlt, insbesondere im Bereich der Finger D I bis D III. Im Bereich der unteren Extremitäten sei ein Druckschmerz im Bereich des medialseitigen Kniegelenkspaltes rechts geäußert worden. Es hätten sich indes weder eine Schwellung noch ein intraartikulärer Erguss feststellen lassen. Die Beweglichkeit sei frei gewesen. Im Bereich der rechten Hüfte habe eine eingeschränkte Innenrotation bestanden, die Abduktion habe bis 20° vorgenommen werden können. Die weiteren Gelenke der unteren Extremitäten seien sämtlich schmerzlos und frei beweglich gewesen. Bei der Abschlussuntersuchung habe der Kläger über fortbestehende Schmerzen im Nacken, Rücken und Bauch sowie in den Armen, Beinen und Handgelenken berichtet. Nach dem Positionswechsel des Körpers habe er ein Schwindelgefühl angeführt. Gefühlsstörungen oder motorische Ausfälle seien indes nicht zu objektivieren gewesen. Er habe nunmehr eine halbe Stunde gehen, drei bis vier Stockwerke Treppensteigen und 30 bis 40 Minuten sitzen können. Die Seitneigung der Halswirbelsäule habe bis 30° vorgenommen werden können. Die Rotation rechts/links sei mit 70-0-80° gemessen worden, rechtsseitig endgradig schmerzhaft. Der Kinn-Jugulum-Abstand habe "1 cm" betragen. Die Reklination sei dem Kläger bis 20° möglich gewesen. Die Rumpfwirbelsäule habe in der Seitneigung bis 30° vorgenommen werden können, rechts allerdings endgradig schmerzhaft. Der Finger-Boden-Abstand habe 50 cm betragen, mit Angabe von Kreuzschmerzen. Die Reklination sei bis 30° möglich gewesen. Die Extension und Flexion für das rechte Handgelenk sei mit 45-0-20° gemessen worden. Das Lasègue-Zeichen sei rechts bei 60° positiv gewesen, links demgegenüber negativ. Ansonsten hätten im Vergleich zum Aufnahmebefund keine Änderungen vorgelegen. Die geäußerten subjektiven Beschwerden und die erhobenen objektiven Befunde hätten übereingestimmt. Ein Tagesprofil des Blutzuckers habe leicht erhöhte Werte gezeigt. Eine medikamentöse Therapie sei indes nicht erforderlich gewesen.

Die Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie Dr. K. diagnostizierte nach dem Befundbericht vom 14. November 2012 den Verdacht auf das Familiäre Mittelmeerfieber, eine heterozygote Mutation p.MET694Val des MEFV-Gens, ein Übergewicht (Body-Mass-Index: 29 kg/m²), eine Struma diffusa und Euthyreose, chronische Schmerzen im Bereich des Abdomens sowie einen Zustand nach Appendektomie im Jahre 2000. Molekulargenetisch sei eine heterozygote Mutation des MEFV-Gens festgestellt worden. Der Kläger sei somit heterozygoter Anlageträger für das Familiäre Mittelmeerfieber, diese Erkrankung könne nicht völlig ausgeschlossen werden. Sollte weiter von klinischer Seite der Verdacht auf diese Erkrankung bestehen, könnte ein Therapieversuch mit Colchicum unternommen werden. Die Familienangehörigen hätten ein erhöhtes Risiko hierfür. Ein Hinweis auf einen Diabetes mellitus habe sich bei einem HbA1c-Wert von 5,6 % nicht ergeben.

Der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. A. de R. wies im Befundbericht vom 9. Oktober 2012 darauf hin, die Abdominalbeschwerden seien durch spastische Kontraktionen des Colons bedingt, dokumentiert durch eine leichtgradige Sigmadivertikulose. Für einen chronisch entzündlichen oder gar tumorösen Magen- oder Dickdarmprozess habe sich kein Hinweis gefunden. Bei allgemeiner Bindegewebsschwäche habe neben dem Hämorrhoidalleiden vom Grad I und einzelnen Sigmadivertikeln noch eine Hiatushernie mit daraus resultierender Refluxösophagitis vom Grad I bestanden, weshalb er Pantoprazol, 40 mg verordnet habe. Darüber hinaus sei eine chronische erosive Gastritis ohne Nachweis eines Helicobacter festgestellt worden.

Der Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Prof. Dr. H. stellte nach einer Untersuchung des Klägers am 9. Januar 2013, einschließlich der Erstellung eines Tonaudiogrammes, eine beidseitige Hochtonperzeptionsstörung fest, wobei der mittlere Hörverlust rechts 35 % und links 50 % betragen habe. Diagnostiziert wurden neben einer gering- bis mittelgradigen Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts und einer mittelgradigen Schallempfindungsschwerhörigkeit links ein beidseitiger Tinnitus auris. Unter anderem wurde eine Hörgeräteversorgung empfohlen.

Auf der Grundlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. St. vom 28. Februar 2013, wonach einzig die Gebrauchseinschränkung des rechten Armes einen Teil-GdB von 20 zur Folge habe, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 6. März 2013 den GdB mit 20 seit 17. September 2012 fest.

Nachdem der Kläger hiergegen Widerspruch erhoben hatte, bewertete der Versorgungsarzt Dr. K. am 8. Juli 2013 die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen neu. Nicht nur die Gebrauchseinschränkung des rechten Armes habe einen Teil-GdB von 20 zur Folge, sondern auch die Funktionsbeeinträchtigungen "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen" und "Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen". Daraufhin half der Beklagte dem Widerspruch mit Bescheid vom 18. Juli 2013 teilweise ab und stellte den GdB mit 40 seit 17. September 2012 fest. Der im Übrigen aufrechterhaltene und auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft abzielende Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12. September 2013 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 30. September 2013 Klage beim SG erhoben, welches schriftliche sachverständige Zeugenaussagen bei dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D., dem Facharzt für Chirurgie T., dem Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Th., dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. sowie Prof. Dr. H. eingeholt hat.

Dr. D. hat Ende März 2014 mitgeteilt, der Kläger befinde sich seit 2003 regelmäßig in seiner hausärztlichen Betreuung, wobei er ihn nicht regelmäßig untersuche. Zu diagnostizieren gewesen seien, auch nach den ihm vorliegenden Fremdbefundberichten, ein Familiäres Mittelmeerfieber, ein Übergewicht, eine Struma diffusa, eine Gonarthrose links, eine depressive Episode, eine Neurasthenie, eine rezidivierende Omalgie rechts bei einer Arthrose im Bereich des Akromioklavikulargelenkes, rezidivierende Lumboischialgien rechts bei degenerativem Syndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule, rezidivierende Brachialgien bei mäßigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie eine Handgelenksarthrose rechts nach Skaphoidfraktur und operativer Versorgung im Jahre 2001. Die Beschwerden und Befunde hätte sich im Laufe der Zeit nicht gravierend verändert. In der Hauptsache lägen rezidivierende Bauchschmerzen mit ziehenden Schmerzen im rechten Mittelbauch bei weichem Abdomen und lebhaften Darmgeräuschen, rezidivierende Rückenschmerzen der gesamten Rückenmuskulatur mit Myogelosen und endgradig schmerzhafter Bewegungseinschränkung in allen Ebenen, eine schmerzhaft bewegungseinschränkung des Schultergürtels bei Rotation sowie Schmerzen der unteren Extremitäten vor. Je nach Aktivität in

der häuslichen Umgebung variierten die Beschwerden mehr oder weniger.

Der Facharzt für Chirurgie T. hat Mitte Februar 2014 angegeben, er behandle den Kläger seit Februar 2005. Es liege ein chronisch degeneratives Syndrom im Bereich der Halswirbelsäule mit zwei Bandscheibenvorfällen und osteochondralen degenerativen Veränderungen vor. Pathologische neurologische Befunde seien indes nicht zu erheben gewesen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule lägen mäßig ausgeprägte degenerative Veränderungen auf allen Etagen ohne Nachweis eines neurokompressiven Befundes vor. Rechts sei neben einer Epicondylitis humeri radialis ein deutliches subacromialis Engpasssyndrom mit Partialruptur der Supraspinatussehne und ansatznaher Verkalkung festzustellen gewesen. Ein solches habe mäßig auch auf der anderen Seite vorgelegen. Es bestehe der Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts. Ferner lägen ein Zustand nach Operation einer Skaphoidpseudarthrose rechts, eine mäßig ausgeprägten Handwurzel (STT-) und Radioskaphoidarthrose sowie eine mäßig ausgeprägte Funktionseinschränkung und Beschwerdesymptomatik bei Belastung vor.

Von dem Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Th., bei dem sich der Kläger Anfang Februar 2013 erstmals wegen Schlafstörungen, vermehrter Reizbarkeit, innerer Anspannung und Nervosität vorgestellt hat, ist Ende Februar 2014 geäußert worden, auf seinem Fachgebiet lägen eine depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1) und eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) vor. Aufgrund der Angaben des Klägers leide dieser in Bezug auf die Fachdisziplin der Inneren Medizin am Mittelmeerfieber. Zuletzt habe er neben Schlafstörungen über nächtliche Ängste, erhöhte Gereiztheit, Anspannung und häufige Kopfschmerzen geklagt.

Dr. E. hat über eine einmalige Untersuchung am 10. Oktober 2013 berichtet, im Bereich der Halswirbelsäule habe eine deutlich schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei der Seitneigung und der Reklination bestanden. Die Kraft im Faustschluss sei ohne Befund gewesen, auch wenn diese schmerzbedingt etwas reduziert gewesen sei. Die Schmerzsymptomatik habe aufgrund eines beidseitigen Zervikobrachialsyndroms bestanden.

Prof. Dr. H. hat unter Vorlage eines am 23. Oktober 2014 erstellten Tonaudiogrammes Mitte November 2014 nunmehr neben einem Tinnitus auris beidseits eine beidseitige gering- bis mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit diagnostiziert. Der mittlere Hörverlust habe nun rechts 40 % und links 55 % betragen. Der Kläger habe über ein verstärktes Ohrrauschen, links mehr als rechts, geklagt. Zeitweise träte zudem ein Pfeifen in beiden Ohren auf.

Das SG hat des Weiteren den Internisten und Rheumatologen Dr. L. beauftragt, ein Gutachten zu erstatten. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 12. Februar 2015 hat er ausgeführt, auf rheumatologischem Fachgebiet lägen leichte Funktionseinschränkungen und wiederkehrende Schmerzen bei höheren Belastungen im rechten Schultergelenk vor (ICD-10 M19). Auch links träten gelegentliche Beschwerden auf, wobei in diesem Bereich keine Bewegungseinschränkungen festzustellen gewesen seien. Rechtsseitig hätten sich zudem eine leichte Schultergelenkarthrose und Hinweise auf beidseitige Schulterergelenkarthrosen gezeigt. Im Bereich des rechten Handgelenkes hätten leichte Funktionseinschränkungen und wiederkehrende Beschwerden bei höheren Belastungen des rechten Handgelenkes nach Handwurzelverletzung mit einer leichtgradig schmerzlimitierten groben Kraft vorgelegen (ICD-10 M19). Im Bereich des rechten Knies seien vom Kläger wiederkehrende belastungsabhängige Beschwerden geäußert worden, wobei aktuell keine Funktionseinschränkungen festzustellen gewesen seien. Es hätten lediglich leichte Verschleißerscheinungen im Gleitlager der Kniescheibe rechts vorgelegen (ICD-10 M17). Im Bereich der Halswirbelsäule seien nur leichte Verschleißerscheinungen nachzuweisen gewesen. Dort hätten keine Funktionseinschränkungen vorgelegen. Ein Anhalt für eine Nervenwurzelaffektion habe sich nicht gezeigt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten sich eine leichte Funktionseinschränkung und wiederkehrende Beschwerden bei höheren Belastungen sowie leichtgradige Verschleißerscheinungen gefunden. Aktuell habe kein Anhalt für eine Nervenwurzelbeteiligung vorgelegen. Auf internistischem Fachgebiet hätten wiederkehrende Bauchschmerzepisoden ohne nachgewiesene Funktionsstörungen von Organen bei nachgewiesener heterozygoter Erbanlage des Familiären Mittelmeerfiebers sowie endoskopisch im Jahre 2012 festgestellter Magenschleimhautentzündung, eine aktuell neu festgestellte Kohlenhydratstoffwechselstörung (Diabetes mellitus), allerdings ohne nachweisbare Sekundärerkrankungen und diätetisch behandelbar, sowie eine Fettstoffwechselstörung (Cholesterinerhöhung) festgestellt werden können. Nach den von ihm objektivierten Funktionseinschränkungen seien die Folgen des Arbeitsunfalls vom 16. August 1999 mit einem GdB von 20 zu hoch bewertet, ein GdB von 10 sei ausreichend. Das Familiäre Mittelmeerfieber sei als Ursache der periodisch auftretenden Bauchschmerzen nicht gesichert, zumal auch Fieberschübe als typisches Symptom der Erkrankung nicht festgestellt worden seien. Die möglichen Auswirkungen einer solchen Erkrankung mit den Folgen der chronischen Magenschleimhautentzündung entsprächen gemeinsam einem Teil-GdB von 10. Insgesamt halte er einen Gesamt-GdB von 30 für angemessen und ausreichend.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. A. ein Gutachten erstattet. Nach dessen ambulanter klinischer Untersuchung am 10. Juni 2015 hat der Sachverständige kundgetan, der Gesamt-GdB betrage 50, wobei es sich um einen sehr starken Wert handle. Das Wirbelsäulensyndrom in zwei Etagen sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Die Unfallfolgen im Bereich des Armes, die Funktionseinschränkungen des rechten Schultergelenkes, die Muskelschwäche des Bauches in Verbindung mit der Rumpfmuskulatur, die Herabsetzung der Trage- und Belastungsfähigkeit des rechten Beines und die beidseitige Fußverbildung, das Hörleiden sowie die seelischen Leiden seien jeweils mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Die Zeichen nach Ott und Schober habe er mit 30/31 cm und 10/12,5 cm festgestellt. Bei dem Finger-Boden-Abstand hätten die Fingerkuppen etwa die Höhe der Kniescheibe erreicht. Das Aufrichten sei unter Schmerzprovokation geschehen. Der Kinn-Brustbein-Abstand habe 4,5/12 cm betragen. Die Seitneigung in den Kopf Gelenken und die Kippbewegung der Halswirbelsäule sei mit 20/0/20° festgestellt worden. Die bauchwärts gerichtete Bewegung der gesamten Wirbelsäule, die Ventralflexion, und die rückwärtige Bewegung, die Dorsalextension, hätten 40-0-5° betragen. Das Maß der Rotationsbewegung des Rumpfes bei parallel gestellten Füßen und Beckengeradstand sei mit 20-0-20° gemessen worden. Die Seitneigung der gesamten Wirbelsäule bei parallel gestellten Füßen habe 15-0-20° betragen. Nach vollständiger Entkleidung des Klägers habe sich eine Verschlanung der rechtsseitigen Oberschenkelmuskulatur im Sinne einer schlankeren Konturierung gezeigt. Daraus folge, dass der Spannungszustand von Haut und Muskulatur vermehrt herabgesetzt gewesen sei. Es sei eine ausgeprägte Plattfußbildung beidseits festgestellt worden. Das Gangbild barfuß zu ebener Erde sei auf der Außenkante des rechten Fußes demonstriert worden. Die Konturierung des Kniegelenkes sei rechts vermehrt verplumpt erschienen, eine Ergussbildung habe indes nicht vorgelegen. Die Bandführung sei fest gewesen. Auf der Untersuchungsfläche hätten die Hüft- und Kniegelenke ausgestreckt werden können. Der Spannungszustand von Haut und Muskulatur im Bereich des rechten Armes sei im Seitenvergleich deutlich gemindert gewesen. Es habe sich, bezogen auf den rechten Arm, eine Umfangdifferenz von 2 cm gezeigt. Rechts sei vom Kläger eine Handgelenksmanschette mit Daumenstützfunktion getragen worden. Das rechte Handgelenk sei verschmächtigt gewesen. Im Bereich des rechten Armes habe sich eine deutliche Kraftflussminderung gezeigt.

Beim gekreuzten Händedruck sei im Vergleich zu links eine Kraftminderung von etwa einem Drittel wahrgenommen worden. Der Schulter-Nacken-Griff und der Schürzengriff seien rechts nicht möglich, indessen links problemlos durchführbar gewesen. Die Werte nach der Neutral-0-Methode für den Bereich der Schulter hätten für die Ante-/Retroversion 80-0-20° rechts und 150-0-35 Grad links, für die Abduktion/Adduktion 100-0-15° rechts und 180-0-40° links sowie für die Innen-/Außenrotation 45-0-20° rechts und 70-0-50° links betragen. Das Anheben und Senken des Schultergürtels in der Frontalebene habe rechts bis 15-0-5° und links bis 40-0-10° vorgenommen werden können. Das Vor- und Rückführen der Schulter in der Transversalebene sei rechts bis 10-0-10° und links bis 25-0-25° möglich gewesen. Im Bereich der rechten Schulter habe sich eine ausgeprägte Schultergelenkarthrose mit Verkürzung der Distanz zwischen Oberarmkopf und Schultergelenk gefunden. Im Bereich des rechten Schultergelenkes sei eine konzentrische Dreheinengung um die Hälfte festzustellen gewesen. Die Beweglichkeit von Schultergelenk und -gürtel sei gestört gewesen. Die Armhebung habe nur bis 90° vorgenommen werden können. Bei der Dreh- und Spreizfähigkeit sei rechts eine Einschränkung festzustellen gewesen. Die Streckung und Beugung in den Ellenbogengelenken habe beidseits 0-0-130° betragen. Die Unterarmdrehung einwärts/auswärts (Pronation/Supination) sei rechts bis 40-0-40° und links bis 80-0-80° möglich gewesen. Die Handgelenke hätten handrückenwärts/hohlhandwärts (Extension/Flexion) bis 25-0-20° rechts und 50-0-40° links sowie speichenwärts/ellenwärts bis 5-0-10° rechts und 20-0-30° links bewegt werden können. Bezüglich des rechten Handgelenkes habe sich in der Schnittbildmorphologie das Zustandsbild einer Pseudarthrose im Kahnbeinbereich mit deutlichen Arthrosezeichen des gesamten rechten Handgelenkes gezeigt.

Hiergegen hat der Beklagte, gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 2. Oktober 2015, eingewandt, hinsichtlich des Wirbelsäulensyndroms könne unter Berücksichtigung der von Dr. A. erhobenen Befunde ein Teil-GdB von 20 vertreten werden, indes sei der von ihm angenommene GdB von 30 bei derzeitiger Befundlage nicht ausreichend nachvollziehbar. Die von ihm angegebenen Funktionswerte, welche mittelgradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule dokumentierten, seien indes nach der Befunderhebung durch Dr. L. nicht ausreichend belegt. Jener habe lediglich endgradige Bewegungseinschränkungen in beiden Wirbelsäulenabschnitten objektivieren können. Die von Dr. A. ausgewiesene verminderte Armvorhebung im rechten Schultergelenk bis 80° sei nicht plausibel, da der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. L. den Arm bis 140° habe anheben können. Dr. A. habe ferner zwar eine Verschlankung der rechtsseitigen Oberschenkelmuskulatur festgestellt, indes keine isolierten Paresen objektivieren können. Nach seiner klinischen Untersuchung sei weiter kein Kniegelenkerguss festzustellen gewesen. Bei der von ihm lediglich festgestellten geringgradigen Bewegungseinschränkung in diesem Bereich sei dann allenfalls wegen der Gebrauchseinschränkung des rechten Beines ein GdB von 10 begründbar, selbst in Zusammenschau mit der Plattfußbildung. Eine für den GdB relevante Hörminderung sei bislang nicht durch ein Sprachaudiogramm belegt worden. Ein Teil-GdB von 20 für die seelische Störung sei nicht durch einen psychopathologischen Befund gestützt. Der Gesamt-GdB sei mit 40 weiterhin ausreichend bewertet.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 15. Dezember 2015 abgewiesen. Behinderungsbedingte Funktionseinschränkungen, welche einen Teil-GdB von 20 begründeten, lägen lediglich im Bereich der oberen Gliedmaßen, im Bereich der Wirbelsäule und im Bereich der Ohren vor. Aus den drei Teil-GdB von 20 lasse sich jedoch allenfalls ein Gesamt-GdB von 40 begründen. Die übrigen Funktionsstörungen rechtfertigten jeweils keinen höheren Teil-GdB als 10, der vorliegend nicht geeignet sei, den Gesamt-GdB zu erhöhen.

Gegen die den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 7. Januar 2016 zugestellte Entscheidung hat dieser am 22. Januar 2016 beim SG Berufung eingelegt.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, die bei ihm vorliegenden behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigten einen GdB von 50. Dies habe der Sachverständige Dr. A. bestätigt. Gerade bezüglich der orthopädischen Funktionsbehinderungen seien seine Ausführungen fachlich überzeugend, wohingegen Dr. L. Internist sei und sicherlich nicht die Fachkenntnisse haben könne, welche Dr. A. zuzuschreiben seien.

Er beantragt (sinngemäß),

unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. September 2015 und teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 6. März 2013 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 18. Juli 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. September 2013 den Beklagten zu verpflichten, bei ihm den GdB mit 50 ab 17. September 2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er stützt sich im Wesentlichen auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. und die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung.

Im Rentenverfahren sind erstinstanzlich auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das nervenärztliche Gutachten von Prof. Dr. B. vom 27. Dezember 2014 sowie im Berufungsverfahren von Amts wegen das neurologische und psychiatrische Gutachten von Dr. K. B. vom 4. Dezember 2015 eingeholt worden. Der Senat hat die Beteiligten auf die Beiziehung dieser Unterlagen hingewiesen.

Prof. Dr. B. hat nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 2. Dezember 2014 ausgeführt, bei ihm lägen eine chronische Dysthymie, ein chronisches Schmerzsyndrom bei bekannten degenerativen Prozessen in Form von rezidivierenden Lumboischialgien und Zervikobrachialgien, eine Handgelenksarthrose rechts nach erlittenem Trauma und eine rezidivierende Omalgie rechts, chronische Abdominalbeschwerden bei familiärem Mittelmeerfieber sowie eine beidseitige Innenohrschwerhörigkeit vor. Der Kläger sei ungeduldig aufgetreten. Darüber hinaus habe es keinen Anhaltspunkt gegeben, dass er in seiner sozialen Kontaktfähigkeit eingeschränkt sei. Er habe leicht angespannt gewirkt. Der Gesichtsausdruck sei melancholisch gewesen. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sei erkennbar eingeschränkt gewesen. Es habe sich eine etwas besorgte Grundstimmung gezeigt. Aus objektiver Sicht sei allenfalls von einer leichten Antriebsminderung auszugehen gewesen.

Dr. K. B. hat nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 8. März 2016 kundgetan, auf seinen Fachgebieten lägen eine chronifizierte Depression, differentialdiagnostisch eine Dysthymia vor dem Hintergrund einer übergenauen Wesensart, sowie eine distale

Polyneuropathie vor. Im Verlaufe der Untersuchung sei der Kläger erkennbar angespannt, mit kontrollierter Reizbarkeit irritierbar und herabgestimmt gewesen. Es habe in Bezug auf die abdominellen Beschwerden eine Angstsymptomatik vorgelegen. Er habe bei der Konfrontation mit der Reizbarkeit, insbesondere in Bezug auf seine Enkel, beschämt reagiert. Er habe angegeben, der Haushalt werde durch seine Ehefrau erledigt. Zum Haus gehöre ein Garten. Reisen in sein Heimatland seien ihm möglich. Zuletzt sei er erst vor einem Jahr dort gewesen und habe sich gefreut, als er seine Schulfreunde wiedergesehen habe. Nach kurzer Zeit sei er jedoch nervös geworden, habe Streit angefangen und geschrien. Er sei allerdings schon immer temperamentvoll, leicht reizbar und impulsiv gewesen. Dieses Verhalten habe jedoch sehr stark zugenommen. Werde er zu Hause gereizt, müsse er das Wohngebäude verlassen und spazieren gehen. In entspannten Phasen beschäftige er sich mit seinen Enkeln. Er fühle sich seelisch häufig müde und abgeschlagen. Die Schlafstörungen führe er indes auf die Schmerzen in der linken Schulter zurück. Bei Bedarf, also wenn er gereizt sei, nehme er Citalopram ein. Andere Antidepressiva habe er noch nie eingenommen.

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, einschließlich der SG-Akte S 8 R 3604/13 und der LSG-Akte L 7 R 2906/15, und 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 beim SG fristgerecht ([§ 151 Abs. 1, Abs. 2 Satz 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 50 verfolgt worden ist. Der Kläger hat ab 17. September 2012, dem Tag der Erstantragstellung, keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40, wie er bereits mit dem Teilabhilfebescheid vom 18. Juli 2013 festgestellt worden ist. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, soweit ab dem Tag der Erstantragstellung die Feststellung des die Schwerbehinderteneigenschaft begründenden GdB von 50 abgelehnt worden ist. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34), ohne eine solche bei der Entscheidung.

Der vom Kläger sinngemäß geltend gemachte Anspruch auf Feststellung des GdB mit 50 ab 17. September 2012 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](#)). Eine Feststellung ist indes nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i. d. F. des Gesetzes vom 7. Januar 2015, [BGBl. II, S. 15](#)).

Ein Anwendungsfall von [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) liegt wegen des Bescheides der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung vom 28. Mai 2002, mit dem eine MdE von 20 v. H. festgestellt worden ist, nicht vor. Nach Satz 1 dieser Vorschrift sind Feststellungen nach Absatz 1 nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der Mensch mit Behinderung ein Interesse an anderweiter Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des GdB (Satz 2 dieser Vorschrift). Ihrem Wortlaut nach sieht die Norm lediglich vor, dass eine Feststellung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) bei Vorliegen einer anderweitigen MdE-Feststellung nicht zu treffen ist. Sie regelt also keine Verbindlichkeit anderweiter Feststellungen in der Weise, dass diese jeweils noch in gesonderten Verwaltungsakten nach dem Schwerbehindertenrecht umzusetzen wären (BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SB 12/06 R](#) -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 4](#), Rz. 14). [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) lässt in Bezug auf die Beurteilung einzelner Funktionsbeeinträchtigungen einen nur teilweisen Verzicht auf eigenständige Feststellungen der Versorgungsbehörden nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) nicht zu. Eine anderweitige MdE-Feststellung im Sinne von [§ 69 Abs. 2 SGB IX](#) ist also im Rahmen des Schwerbehindertenrechts nur dann maßgebend, wenn sie eine Feststellung nach [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) gänzlich erübrigt und damit an deren Stelle treten kann (BSG, a. a. O., Rz. 15). Dies ist vorliegend bereits wegen der die Funktionssysteme "Rumpf" und "Ohren" betreffenden Funktionseinschränkungen nicht der Fall; die mit Bescheid vom 28. Mai 2002 festgestellte MdE betrifft indes im Wesentlichen das Funktionssystem "Arme".

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 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 erstellten und fortentwickelten "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. 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 regel-mäßig 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 auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (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 dem 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 festgelegt (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 und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab 17. September 2012 bis aktuell keinen höheren GdB als 40 bedingen.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf", "Arme" und "Beine" Teil-GdB von 20, 20 und 10. 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). Schmerzhafte 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 "Rumpf" ist unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

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 Zwischenwirbellocher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische 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 Stehfähigkeit 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.

Beim Kläger liegen, bei mäßigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (ICD-10-GM-2016 M50.3), rezidivierende Lumboschmerzen rechts bei degenerativem Syndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule (ICD-10-GM-2016 M51.3) vor, wie sie während dessen stationären Aufenthaltes in der B.-Klinik im Herbst 2012 von Dr. K. diagnostiziert worden sind. Der sachverständige Zeuge T. ist im Februar 2014 damit in Einklang stehend von einem chronischen degenerativen Syndrom im Bereich der Halswirbelsäule mit zwei Bandscheibenvorfällen und osteochondralen degenerativen Veränderungen ausgegangen. Pathologische neurologische Befunde sind nicht zu erheben gewesen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule haben zudem mäßig ausgeprägte degenerative Veränderungen auf allen Etagen ohne Nachweis eines neurokompressiven Befundes vorgelegen.

Diese Gesundheitsstörungen haben im Bereich der Halswirbelsäule geringe und im Bereich der Lendenwirbelsäule allenfalls mittelgradige funktionelle Auswirkungen zur Folge, wie sich nach stattgehabter Rehabilitation bei der Abschlussuntersuchung anhand des von Dr. K. erhobenen klinischen Befundes hat objektivieren lassen. Die Seitneigung der Halswirbelsäule hat beidseits bis 30° (Referenzwerte: 45-0-45°; vgl. hierzu und zu den folgenden Referenzwerten Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 23 ff.) vorgenommen werden können. Die Rotation rechts/links ist mit 70-0-80° (80-0-80°) gemessen worden, rechtsseitig endgradig schmerzhaft. Den Kopf hat der Kläger bis auf 1 cm in Richtung der Brust beugen können. Die Reklination ist dem Kläger bis 20° (0-30°) möglich gewesen. Die Inklination ist wie beim Aufnahmebefund frei gewesen. Die Rumpfwirbelsäule, also auch im Bereich der Lendenwirbelsäule, hat beidseits eine Seitneigung von 30° (30 bis 40°-0-30 bis 40°) eingenommen, rechts allerdings endgradig schmerzhaft. Die Rotation ist beidseits bis 20° (30-0-30°) möglich gewesen. Der Finger-Boden-Abstand hat 50 cm betragen, mit Angabe von Kreuzschmerzen. Die Reklination ist bis 30° möglich gewesen. Die Zeichen nach Ott und Schober sind mit 30/32 cm (Zunahme um 2 bis 4 cm) und 10/12 cm (Zunahme um 5 cm) festgestellt worden. Das Lasègue-Zeichen, also der Test zur Prüfung eines Dehnungsschmerzes im Bereich der Spinalnervenzwurzeln der Rückenmarkssegmente L4 bis S2 und des Nervus ischiadicus (vgl. Buckup, a. a. O., S. 62), ist rechts bei 60° positiv gewesen, links demgegenüber negativ. Hierzu in Einklang steht der sonstige klinische Befund, wonach sich bei der Aufnahme- wie auch bei der Abschlussuntersuchung ein flüssiges, harmonisches Gangbild und kein Hinken zeigte. Fersen-, Zehen- und Einbeinstand wurden nur unsicher und eingeschränkt demonstriert. Der Kläger konnte nur mit Hilfestellung in die Hocke gehen und sich wieder aufrichten. Das Aufrichten in den Langsitz war möglich, aber erschwert. Gefühlsstörungen oder motorische Ausfälle sind nicht objektiviert worden. Er hat zuletzt eine halbe Stunde gehen, drei bis vier Stockwerke Treppensteigen und 30 bis 40 Minuten sitzen können. Dr. E. hat bei seiner einmaligen Untersuchung Mitte Oktober 2013 im Bereich der Halswirbelsäule ebenfalls eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei der Seitneigung und der Reklination festgestellt. Der den Kläger seit 2003 behandelnde Hausarzt, der sachverständige Zeuge Dr. D., dem die orthopädischen Fremdbefundberichte vorgelegen haben, hat im März 2014 dargelegt, dass sich die Beschwerden und Befunde im Laufe der Zeit indes nicht gravierend verändert haben, also auch nicht auf diesem Fachgebiet. Damit in Einklang stehen die von dem Sachverständigen Dr. L., unter anderem Rheumatologe, gemessenen Werte nach der Neutral-0-Methode. Die Rotation rechts/links der Halswirbelsäule hat bis 75-0-80° und die Seitneigung beidseits bis 40° vorgenommen werden können. Die Extension und Flexion sind frei gewesen. Im Bereich der Rumpfwirbelsäule ist die Rotation rechts/links beidseits bis 45° und die Seitneigung rechts/links bis 25-0-30° möglich gewesen. Die Zeichen nach Ott und Schober sind mit 30/32 cm und 9 bis 10/13 cm festgestellt worden. Diese von Dr. L. erhobenen klinischen Befunde sind verwertbar, da nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. jede internistische Befunderhebung orientierende Fragen und Untersuchungstechniken zu krankhaften Veränderungen am Bewegungsapparat einschließt, die für den Bereich Rumpf in der Rubrik "8. Untersuchung der Wirbelsäule" aufgeführt sind (vgl. im Internet unter www.dgrh.de/paananamnese.html). Vor diesem Hintergrund sind die von dem Sachverständigen Dr. A. angeführten Werte nach der Neutral-0-Methode, woraus sich deutlich weitergehende Funktionseinschränkungen ergäben, für den Senat nicht nachvollziehbar. Danach ergab die Prüfung allein der aktiven, also vom Kläger demonstrierten Beweglichkeit eine Seitneigung in den Kopfgelenken und die Kippbewegung der Halswirbelsäule von 20/0/20°, eine Ventralexension und Dorsalextension von 40-0-5°, das Maß der Rotationsbewegung des Rumpfes bei parallel gestellten Füßen und Beckengeradstand 20-0-20° sowie die Seitneigung der gesamten Wirbelsäule bei parallel gestellten Füßen 15-0-20°. Für die Plausibilität hätte Dr. A. wegen der sonstigen einheitlich besseren Werte eine Plausibilitätsprüfung durch passive Beweglichkeitsprüfungen vornehmen müssen, was er unterlassen hat. Auch sonst ist kein weiterer klinischer Befund von ihm erhoben worden, woraus sich die Verschlechterung schlüssig erklären ließe.

Die geringen funktionellen Auswirkungen im Bereich der Halswirbelsäule und die allenfalls mittelgradigen Einschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule bedingen keinen höheren Teil-GdB als 20 für das Funktionssystem "Rumpf". Der Senat folgt daher nicht der medizinischen Einschätzung von Dr. A., welcher die Wirbelsäulensyndrome in zwei Abschnitten der Wirbelsäule mit einem GdB von 30 bewertet hat. Außergewöhnliche Schmerzen, die zusätzlich zu berücksichtigen sind (VG, Teil A, Nr. 2 j; st. Rspr. vgl. Urteil des Senats vom 26. Februar 2015 - [L 6 SB 2969/14](#) -, juris, Rz. 56), sind nicht nachgewiesen. Prof. Dr. B. beschreibt zwar in seinem im erstinstanzlichen Rentenverfahren auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten, welches als Sachverständigenbeweis verwertet worden ist ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a](#) Zivilprozessordnung - ZPO), ein chronisches Schmerzsyndrom bei bekannten degenerativen Prozessen in Form von rezidivierenden Lumboschmerzen und Zervikobrachialgien. Indes ist bislang beim Kläger keine intensive schmerztherapeutische Behandlung deswegen belegt, weshalb es sich bei fehlender therapeutischer Konsequenz, also in Ermangelung eines entsprechenden Leidensdrucks, noch um üblicherweise vorhandene Schmerzen handelt, welche in den in der GdB-Tabelle

angegebenen Werten eingeschlossen sind.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfkrankheiten sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Das Funktionssystem "Arme" bedingt einen Teil-GdB von 20.

Beim Kläger liegen rezidivierende Omalgien rechts bei Arthrose des Akromioklavikulargelenkes (ICD-10 M19.9) sowie eine Handgelenkarthrose rechts nach Skaphoidfraktur und operativer Versorgung im Jahre 2001 (ICD-10 M19.1) vor, wie dies Dr. K. diagnostiziert hat. Der sachverständige Zeuge T. hat rechts neben einer Epicondylitis humeri radialis ein deutliches subacromiales Engpasssyndrom mit Partialruptur der Supraspinatussehne und ansatznaher Verkalkung erkannt. Ein solches liegt mäßig auch auf der anderen Seite vor. Ferner haben ein Zustand nach Operation einer Skaphoidpseudarthrose rechts, eine mäßig ausgeprägte Handwurzel- und Radioskaphoidalarthrose sowie eine mäßig ausgeprägte Funktionseinschränkung und Beschwerdesymptomatik bei Belastung vorgelegen. Dr. E. hat bei seiner einmaligen Untersuchung Mitte Oktober 2013 die eingeschränkte Kraft beim Faustschluss als nicht pathologisch gesehen, sondern lediglich schmerbedingt etwas reduziert.

Hierdurch ist es beim Kläger zu Funktionseinschränkungen gekommen, die in Bezug auf das Funktionssystem "Arme" unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 18.13 noch angemessen einen Teil-GdB von 20 stützen. Nach der klinischen Untersuchung durch Dr. K. im Herbst 2012 war die Abduktion des rechten Armes aktiv und passiv bis 90°, die Anteversion aktiv und passiv bis 110° und die Retroversion bis 40° möglich. Im Bereich des rechten Handgelenkes zeigte sich eine leichte Schwellung. Ein Druckschmerz konnte ulnar und radial festgestellt werden. Rechts wurde die Ulnar-/Radialabduktion mit 20-0-20° und die Extension/Flexion mit 20-0-30° gemessen. Der Faustschluss rechts konnte vollständig vorgenommen werden. Es fehlte jedoch die Kraft, insbesondere im Bereich der Finger D I bis D III. Eine Funktionseinschränkung im Bereich des rechten Armes bestand auch noch bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. L. Mitte Februar 2015. Die Werte nach der Neutral-0-Methode sind bezogen auf das rechte Schultergelenk für die Ab-/Adduktion mit 130-0-30° (links: 160-0-30°), die Rotation mit 40-0-95° (links: 50-0-95°) und die Retro-/Anteversion mit 30-0-140° (links: 40-0-170°) sowie hinsichtlich des rechten Handgelenkes für die Ulnar-/Radialduktion mit 30-0-20° (links: 35-0-25°) und die Extension/Flexion mit 50-0-20° (links: 60-0-55°) erhoben worden. Hierzu passt der von Dr. A. bei seiner Untersuchung im Juni 2015 erhobene klinische Befund, wonach der Spannungszustand von Haut und Muskulatur im Bereich des rechten Armes im Seitenvergleich deutlich gemindert war. Ihm zeigte sich, bezogen auf den rechten Arm, eine Umfangdifferenz von 2 cm. Der Kläger trug rechts eine Handgelenksmanschette mit Daumenstützfunktion. Das rechte Handgelenk war verschmächtigt. Im Bereich des rechten Armes lag zudem eine deutliche Kraftflussminderung vor. Beim gekreuzten Händedruck war von Dr. A. im Vergleich zu links eine Kraftminderung von etwa einem Drittel wahrgenommen worden. Der Schulter-Nacken-Griff und der Schürzengriff waren rechts nicht möglich, indessen links problemlos durchführbar. Diese vom Kläger demonstrierten Einschränkungen erklären indes nicht die von Dr. A. für das Funktionssystem "Arme" ausgewiesenen Werte, insbesondere eine angeblich nur noch mögliche Armvorhebung im rechten Schultergelenk von 80°. Insoweit gilt selbiges wie zu den Werten für den Bereich der Wirbelsäule. Mangels Plausibilität ist der Senat nicht davon überzeugt, dass die Funktionseinschränkungen im Bereich der Arme in dem Ausmaß vorhanden sind, wie sie nach den von Dr. A. niedergelegten Werten den Anschein haben. Die Funktionsstörungen im Bereich des Funktionssystems "Arme" sind mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet.

Das Funktionssystem "Beine" hat keinen höheren Teil-GdB als 10 zur Folge.

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. Beim Kläger liegen bislang keine anhaltenden Reizerscheinungen und kein maßgebliches Funktionsdefizit im Bereich der Kniegelenke vor. Nach dem Entlassungsbericht von Dr. K. wurde vom Kläger im Herbst 2012 im Bereich der unteren Extremitäten lediglich ein Druckschmerz im Bereich des medialseitigen Kniegelenkspaltes rechts geäußert. Es fanden sich indes weder eine Schwellung noch ein intraartikulärer Erguss. Die Beweglichkeit war beidseits frei. Die weiteren Gelenke der unteren Extremitäten waren sämtlich schmerzlos und frei beweglich. Auch bei der Untersuchung durch Dr. A. konnten die Kniegelenke auf der Liege ausgestreckt werden. Wegen der von ihm beschriebenen Verschlinkung der rechtsseitigen Oberschenkelmuskulatur, allerdings bei nicht nachgewiesenen Paresen, führt die Gebrauchseinschränkung des rechten Beines, auch aufgrund der beidseitigen Fußverbildung, dann zwar für das Funktionssystem "Beine" zu einem Teil-GdB von 10, ein höherer ist indes nicht begründbar.

Das Funktionssystem "Ohren" hat keinen höheren Teil-GdB als 20 zur Folge.

Nach dem von dem sachverständigen Zeugen Prof. Dr. H. im Oktober 2014 erstellten Tonaudiogramm hat der mittlere Hörverlust nun rechts 40 %, Anfang Januar 2013 nach seinem Befundbericht vom 9. Januar 2013 noch 35 %, und links 55 %, zuvor 50 %, betragen, wodurch zuletzt eine gering- bis mittelgradige Schwerhörigkeit rechts und eine mittelgradige Schwerhörigkeit links belegt ist, wofür zur Überzeugung des Senats, unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 5.2.4, noch ein GdB von 20 ausreichend ist. Das vom Kläger gegenüber Prof. Dr. H. beschriebene verstärkte Ohrrauschen, rechts mehr als links, und das zeitweise Auftreten von Pfeifen auf beiden Ohren ist ohne vorliegend nachgewiesene nennenswerte weitere Begleiterscheinungen nach den VG, Teil B, Nr. 5.3 nicht geeignet, mit der Hörstörung für das Funktionssystem "Ohren" bereits einen GdB von 30 zu stützen, ohne dass vorliegend entschieden werden muss, ob es hierfür zwingend des Nachweises mittels eines Sprachaudiogrammes bedarf, wie der Beklagte - erst - im gerichtlichen Verfahren vorgebracht hat.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Insoweit leidet der Kläger an einer Dysthymia (ICD-10-GM-2016 F34.1), wie sie Prof. Dr. B. bei einer gutachterlichen Untersuchung Anfang Dezember 2014 schlüssig diagnostiziert hat. Für eine nennenswerte Depression fehlt es hingegen an jeglichen Anhaltspunkten, worauf nicht zuletzt der Eindruck während der Rehabilitationsmaßnahme im Herbst 2012, also dem Erschöpfungszustand bei fehlenden familiären oder psychosozialen Belastungen, oder die Begutachtung bei Dr. L., bei welcher sich keine Zeichen einer depressiven Verstimmung oder Antriebsminderung haben erkennen lassen, hindeuten. Die damit einhergehenden Funktionsstörungen sind aufgrund des von ihm erhobenen psychopathologischen Befundes in Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach 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 sowie bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten sind, mit einem GdB von 10 ausreichend bewertet. Der Kläger ist ungeduldig aufgetreten. Darüber hinaus hat es keinen Anhaltspunkt gegeben, dass er in seiner sozialen Kontaktfähigkeit eingeschränkt gewesen ist, vielmehr ist die familiäre Situation mit drei Generationen in einem Haus intakt. Er pflegt in seinem Heimatland Türkei noch Kontakt zu Schulfreunden und kann noch regelmäßig freitags die Moschee aufsuchen, was der Senat den Gutachten von Dr. B., ebenfalls als Sachverständigenbeweis, und Prof. Dr. B. entnimmt. Er wirkte bei der Untersuchung durch Prof. Dr. B. lediglich leicht angespannt. Der Gesichtsausdruck war melancholisch. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit war zwar erkennbar eingeschränkt und es zeigte sich Prof. Dr. B. eine etwas besorgte Grundstimmung. Aus objektiver Sicht ist jedoch allenfalls von einer leichten Antriebsminderung auszugehen gewesen. Damit in Einklang steht auch die gegenüber Dr. K. B. bei dessen gutachterlicher Untersuchung im März 2016 beschriebene Tagesstruktur, wonach der Kläger sich in entspannten Phasen mit seinen Enkeln beschäftigt und noch Reisen in die Türkei unternimmt. Die Schlafstörungen hat er nach dessen Gutachten ausdrücklich nicht auf die psychiatrische Erkrankung zurückgeführt, sondern auf Schmerzen in der linken Schulter. Somit hat sich, abgesehen von den Schlafstörungen, gegenüber der dem sachverständigen Zeugen Th. geschilderten Symptomatik nichts geändert. Diesen hatte er erstmals Anfang Februar 2013 wegen vermehrter Reizbarkeit sowie innerer Anspannung und Nervosität aufgesucht. Anfang 2014 äußerte er zuletzt darüber hinaus noch nächtliche Ängste.

Mit den sonstigen in den medizinischen Unterlagen erwähnten Erkrankungen sind vorliegend keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende Einschränkungen vorliegen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen. Der Sachverständige Dr. L. hat überzeugend ausgeführt, dass auf internistischem Fachgebiet wiederkehrende Bauchschmerzepisoden ohne nachgewiesene Funktionsstörungen von Organen bei nachgewiesener heterozygoter Erbanlage des Familiären Mittelmeerfiebers sowie endoskopisch im Jahre 2012 festgestellter Magenschleimhautentzündung, eine aktuell neu festgestellte Kohlenhydratstoffwechselstörung (Diabetes mellitus), allerdings ohne nachweisbare Sekundärerkrankungen und diätetisch behandelbar, sowie eine Fettstoffwechselstörung (Cholesterinerhöhung) festgestellt worden sind. Hieraus folgt allerdings jedoch nach seiner plausiblen Einschätzung kein höherer GdB als 10. Auch der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. A. de R. hat bereits im Befundbericht vom 9. Oktober 2012 nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die Abdominalbeschwerden durch spastische Kontraktionen des Colons bedingt sind, dokumentiert durch eine leichtgradige Sigmadivertikulose. Für einen chronisch entzündlichen oder gar tumorösen Magen- oder Dickdarmprozess hat sich indes kein Hinweis gefunden. Bei allgemeiner Bindegewebsschwäche hat neben dem Hämorrhoidalleiden vom Grad I und einzelnen Sigmadivertikeln noch eine Hiatushernie mit daraus resultierender Refluxösophagitis vom Grad I bestanden, weshalb er dem Kläger Pantoprazol, 40 mg verordnet hat. Darüber hinaus sind eine chronische erosive Gastritis ohne Nachweis eines Helicobacter festgestellt worden. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 bedingt das von Dr. K. Mitte November 2012 bei einem Body-Mass-Index von 29 kg/m² angeführte Übergewicht beim Kläger 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. Mangels solcher Folge- und Begleitschäden ist auch hieraus kein maßgeblicher GdB ableitbar. Die von Dr. K. genannte Struma diffusa nebst Euthyreose beschreibt eine normale Schilddrüsenfunktion, woraus keine Einschränkung folgt (vgl. VG, Teil B, Nr. 15.6).

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), begründen die drei Teil-GdB von 20 für die Funktionssysteme "Rumpf", "Arme" und "Ohren" keinen höheren Gesamt-GdB als 40. Der Sachverständige Dr. L. hat demgegenüber sogar einen solchen von 30 für ausreichend erachtet. Der von Dr. A. angenommene Gesamt-GdB von 50 lässt sich demgegenüber keinesfalls begründen.

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

2017-01-16