

L 8 SB 1348/18

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 6 SB 6632/15

Datum

03.04.2018

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 1348/18

Datum

20.07.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Der Behindertenbegriff in [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) entspricht dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention. Wie der nationale Gesetzgeber diese als Menschenrecht verstandene Teilhabe behinderter Menschen umsetzt, ist den Vertragsstaaten überlassen.
 2. Die abgestufte GdB-Bewertung nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen erfasst die nach dem Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung unterstellte Teilhabebeeinträchtigung in einer abstrakten Grad-Bemessung der Behinderung. Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht ist darin nicht begründet.
 3. Die GdB-Festsetzung dient als Grundlage für den Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen in verschiedenen, aber nicht in allen Bereichen der Lebensgestaltung in der Gesellschaft. Die Verwirklichung der Teilhabe oder der Ausgleich der Teilhabebeeinträchtigung erfolgt in vielen Fällen auch ohne Anknüpfung an eine GdB-Festsetzung.
- Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 03.04.2018 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; mindestens 50 statt 40) seit 18.02.2015 zusteht.

Bei dem 1953 geborenen Kläger, deutscher Staatsangehöriger, stellte das Landratsamt E. (LRA) mit Bescheid vom 01.04.2009 (Blatt 19/20 der Beklagtenakte) den GdB seit 12.01.2009 mit 20 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: chronisches Schmerzsyndrom, Depression, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schulter-Arm-Syndrom).

Am 18.02.2015 beantragte der Kläger unter Vorlage ärztlicher Unterlagen beim Landratsamt B. (LRA) die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 1/19 der Beklagtenakte/LRA BB). Zu seinem Antrag verwies er auf Wirbelsäulenschäden.

Das LRA zog von der R. -Klinik den Entlassbericht vom 01.09.2014 (Blatt 23/26 der Beklagtenakte/LRA BB) bei.

Der Versorgungsarzt Dr. V. schätzte den GdB in seiner Stellungnahme vom 23.03.2015 (Blatt 27/28 der Beklagtenakte/LRA BB) auf 30 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Spinalkanalstenose (GdB 30)).

Mit Bescheid vom 24.03.2015 (Blatt 29/30 der Beklagtenakte/LRA BB) stellte das LRA den GdB seit 18.02.2015 mit 30 fest.

Mit seinem Widerspruch vom 01.04.2015 (Blatt 32/33 der Beklagtenakte/LRA BB) machte der Kläger einen GdB von mindestens 50 geltend. Er befinde sich beim Kardiologen und Augenarzt in Behandlung. Er leide an Bluthochdruck und Übergewicht sowie dadurch bedingten Organschädigungen an Herz, Augen und Nieren. Die Gebrauchseinschränkung des rechten Beines sei zu niedrig bewertet und gehe auch in der Bewertung der HWS nicht auf. Es bestehe ein Diabetes mellitus Typ II und Gicht.

Das LRA zog von der Neurologin und Psychiaterin Dr. K., dem Orthopäden Dr. M. und dem Kardiologen Dr. L. (Praxis Dres. R./G.) Befundangaben bei (dazu vgl. Blatt 44, 45/47, 55, 57/59 der Beklagtenakte/LRA BB).

Der Versorgungsarzt Dr. B. schätzte den GdB nunmehr auf 40 (Stellungnahme vom 04.08.2015; Blatt 61 der Beklagtenakte/LRA BB);

zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Spinalkanalstenose (GdB 30); Bluthochdruck (GdB 20)).

Mit Teil-Abhilfebescheid vom 07.08.2015 (Blatt 64/65 der Beklagtenakte/LRA BB) stellte das LRA den GdB nunmehr seit 18.02.2015 mit 40 fest.

Der Kläger verwies nunmehr auf seine Arbeitsunfähigkeit (Blatt 66 der Beklagtenakte/LRA BB). Die Gichtkrankung und die Kniegelenkserkrankung seien nicht berücksichtigt, die Organschäden nach Bluthochdruck seien nicht ersichtlich (Blatt 68 der Beklagtenakte/LRA BB). Wegen der allergischen Kontaktdermatitis und der Urtikaria sei noch zu ermitteln (Blatt 71/72 der Beklagtenakte/LRA BB). Der Kläger legte ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK vom 20.08.2015 (Blatt 73/75 der Beklagtenakte/LRA BB) vor.

Vom LRA befragt legte auch der Augenarzt Dr. S. Befundangaben vor (Blatt 79 der Beklagtenakte/LRA BB).

Der Kläger teilte unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen nunmehr eine seit 3 Jahren bekannte Hyperurikämie mit mehrfachen Gichtanfällen mit (Blatt 80/87 der Beklagtenakte/LRA BB). Unter Berücksichtigung der Gicht sei ein GdB von 50 erreicht.

Der vom LRA erneut befragte Dr. M. machte weitere Befundangaben (Blatt 89/93 der Beklagtenakte/LRA BB).

Nachdem der Versorgungsarzt Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 04.11.2015 (Blatt 95 der Beklagtenakte/LRA BB) den GdB mit 40 einschätzte (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Spinalkanalstenose (GdB 30); Bluthochdruck (GdB 20); Gicht mit Gelenkbeteiligung (GdB 10); Sehinderung beidseits (GdB 10)) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart - Landesversorgungsamt - den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 19.11.2015, Blatt 98/99 der Beklagtenakte/LRA BB).

Am 08.12.2015 hat der Kläger unter Vorlage von Unterlagen der Ärzte sowie der AOK (Blatt 6/13 der SG-Akte) beim Sozialgericht (SG) Stuttgart Klage erhoben und einen GdB von mindestens 50 festzustellen begehrt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 33/37, 38/48, 49/54 und 62/65 der SG-Akte Bezug genommen. Die Neurologin und Psychiaterin Dr. K. hat dem SG am 15.02.2016 geschrieben, die Gesundheitsstörungen durch den Bandscheibenvorfall und die dadurch verursachte Nervenwurzelläsion L4 rechts sei mittel ausgeprägt und mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet. Der Orthopäde Dr. M. hat in seinem Schreiben vom 05.02.2016 ausgeführt, die Rückenbeschwerden würde er mit einem GdB von 20 bewerten. Der Kläger sei nur einmalig für wenige Wochen behandelt worden. Der Kardiologe Dr. R. hat dem SG am 23.02.2016 geschrieben, bei der letzten Vorstellung im April 2015 habe der Kläger nicht über Beschwerden geklagt, die ihm überlassene Einschätzung des Versorgungsarztes werde geteilt. Prof. Dr. K. vom Klinikum S. -B., Orthopädische Klinik, hat angegeben (Schreiben vom 10.03.2016), dass die Gichtproblematik mit einmaliger stationärer Behandlung des linken Kniegelenks und einmaliger ambulanter Vorstellung nicht gerade für häufige Gichtanfälle sprächen. Den aus der Gicht resultierenden GdB hat er auf 10 geschätzt.

Der Kläger hat (Schreiben vom 07.03.2016, Blatt 55/60 der SG-Akte) einen Entlassbericht der R. Klinik vom 01.09.2014 vorgelegt und auf eine aktuelle stationäre Aufnahme in der R. Klinik verwiesen (zu den Kurzberichten vom 29.03.2016 und 27.08.2014 vgl. Blatt 68, 69 der SG-Akte). Mit Schreiben vom 11.04.2016 (Blatt 71/90 der SG-Akte) hat der Kläger seine Wirbelsäulenbeschwerden dargestellt und den Entlassbericht der R. Klinik vom 08.04.2016 vorgelegt, den das SG erneut beigezogen hat - jetzt unter dem Datum 07.04.2016 - (Blatt 92/97 der SG-Akte).

Das SG hat nach [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. R., F. (M. Krankenhaus, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie), das Gutachten vom 01.06.2017 eingeholt. Prof. Dr. R. hat hierin (Blatt 143/159 der SG-Akte; Untersuchung des Klägers am 23.03.2017) eine akute Lumboischialgie links ohne Korrelat in der MRT, eine bekannte Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenvorfällen LWK 2/3 und LWK 4/5 mit Hyposensibilität des rechten Beines und Quadrizepsschwäche (im Vergleich zum Vorbefund Rückbildung des BSV LWK 4/5) und einen Zustand nach Gonagra links dargestellt. Bezogen auf das Leiden der Lendenwirbelsäule hat der Gutachter unter Hinzuziehung der anhaltenden Schmerzsyndrome einen GdB von 30 angenommen. Hinsichtlich der Gichtarthropathie am linken Knie bzw. beiden Füßen hat der Gutachter einen GdB von weniger als 10 angenommen, da bei der Untersuchung aktuell keine Funktionseinschränkungen nachgewiesen werden konnten. Insgesamt ergebe sich seit August 2014 unter Berücksichtigung der weiteren GdB von 20 für den Bluthochdruck und von 10 für die beidseitige Sehinderung ein Gesamt-GdB von 40.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 14.09.2017 (Blatt 164/165 der SG-Akte) ausgeführt, der GdB von 30 betreffe nur einen Wirbelsäulenabschnitt, bei ihm seien alle drei Wirbelsäulenabschnitte betroffen. Außerdem befinde er sich erneut in der Reha-Klinik Bad B ... Der beantragte GdB von 50 sei gerechtfertigt (Schreiben vom 08.12.2017, Blatt 170/171 der SG-Akte) im Hinblick auf die wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. Er sei nun zum zweiten Mal zum Personalgespräch einbestellt worden. Mit Schreiben vom 02.01.2018 (Blatt 173/182 der SG-Akte) hat der Kläger den Entlassbericht der F.klinik Bad B. vorgelegt, den auch das SG beigezogen hatte (Blatt 183/187 der SG-Akte).

Der Beklagte hat sich unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 22.01.2018 (Blatt 193/194 der SG-Akte) geäußert und den GdB weiterhin mit 40 bemessen.

Mit Schreiben vom 06.02.2018 (Blatt 196/198, 202/229 der SG-Akte) hat der Kläger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt und Hypästhesien am seitlichen Oberschenkel rechts, am gesamten Unterschenkel und dem rechten Fuß geltend gemacht. Die Gehfähigkeit sei dadurch und durch die Schmerzen beeinträchtigt. Außerdem bestehe eine Depression mit Gedankenkreisen und Schuldzuweisungen sowie sozialem Rückzug, außerdem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Der Kläger hat im Erörterungstermin vom 22.02.2018 (zur Niederschrift vgl. Blatt 230/231 der SG-Akte) beantragt, zur Diabeteserkrankung

nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten bei Dr. R. einzuholen. Mit Schreiben vom 21.03.2018 hat sich der Kläger erneut zur Herzerkrankung und der Diabetes mellitus-Erkrankung geäußert und Berichte des Kardiologen Dr. B.-H. zum Kläger und des Dr. R. zu einer Patientin "Frau " vorgelegt (Blatt 235/242 der SG-Akte).

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 03.04.2018 die Klage abgewiesen. Beim Kläger bestehe kein höherer GdB als 40.

Gegen den seiner Bevollmächtigten am 05.04.2018 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 13.04.2018 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er ausführlich dargelegt, bei ihm bestünden körperliche und seelische Beeinträchtigungen, die alle dauerhaft seien, weshalb er i.S.d. Definition des Urteils des EuGH ([C-354/13](#), Rdnr. 53) behindert sei. Die Erkrankungen seien entweder altersvorseilend oder grds. abweichend. Der unionsrechtliche Begriff der Behinderung sei in der Richtlinie 2000/78/EU des Rates vom 27.11.2000 nicht definiert, aber nach der Rechtsprechung des EuGH sei dieser in Übereinstimmung mit dem UN-Abkommen vom 13.12.2006 so zu verstehen. Der Kläger hat auf seine chronische Erkrankung der Wirbelsäule in drei Abschnitten mit Taubheitsgefühlen in den Händen, die Gichtanfälle 4-5mal pro Jahr, vor allem an den Füßen, die zermürbenden Schmerzen, eine chronische Schmerzstörung mit eigenem Krankheitswert, den Bluthochdruck, der medikamentös nicht in den Griff zu bekommen sei, zu einer linksventrikulären Hypertrophie geführt habe und ein erhöhtes Herzinfarktrisiko bedinge, den Diabetes mellitus, der eine allgemeine Gefäßerkrankung darstelle und alle Gefäße betreffe, verwiesen. Die Reduzierung der Diabetes-Erkrankung auf das Fehlen von Hypoglykämien bei Behandlung mit Metformin lasse die Gefäßerkrankung außer Acht. Das SG habe den Schriftsatz vom 21.03.2018 weder ausreichend gewürdigt noch sei es der Pflicht zur Aufklärung von Amts wegen nachgekommen, obgleich im Erörterungstermin insoweit ein Beweisantrag, auch nach [§ 109 SGG](#), gestellt worden sei. Die Herzklappeninsuffizienz verschlimmere die Herzleistungsstörung, die schon wegen der Herzmuskelvergrößerung bestehe. In den letzten Monaten seien zunehmend bei stärkerer Belastung Minuten anhaltende thorakale Schmerzen aufgetreten. Außerdem bestehe bei ihm eine depressive Störung. Er sei wegen der Geschehnisse in seinem Heimatland, wo er einer Bürgerkriegssituation entkommen sei, unter der er nahe Angehörige verloren habe, von Schuldgefühlen geplagt. Soweit das SG für diese Erkrankung keinen eigenständigen GdB annehme werde es dem Ausmaß der Einschränkungen nicht gerecht. Die Depression bestehe seit vielen Jahren und sei unbehandelt geblieben, wohl am ehesten, weil niemand danach gefragt habe und er sich nicht ausreichend habe erklären und Hilfe holen können und seinen Zustand auch nicht selbst genügend habe einordnen können.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 03.04.2018 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 24.03.2015 in der Fassung des Bescheids vom 07.08.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.11.2015 zu verurteilen, bei ihm einen GdB von mindestens 50 seit dem 18.02.2015 - hilfsweise seit dem 01.09.2017 - festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Bei fehlenden wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei auf psychischem Gebiet ein GdB von 20 für ausreichend gehalten worden. Der GdB für den Bluthochdruck sei mit 20 angemessen, da thorakale Beschwerden bzw. entsprechende Organschäden nicht objektivierbar seien und gesundheitliche Ereignisse, die in der Zukunft auftreten könnten, nicht zu berücksichtigen seien. Die Behandlung des Diabetes mit Metformin rufe keine Unterzuckerungszustände hervor, sodass ein messbarer GdB nicht angenommen werde.

Mit Schreiben vom 11.06.2018 (Blatt 37/38 der Senatsakte) hat der Kläger ausführen lassen, es sei versucht worden, die Berufung sorgfältig zu begründen. Die Diabetes-Typ-2-Erkrankung und die von ihr ausgehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Leistungseinschränkungen zusammen mit dem medikamentös schlecht einstellbaren Bluthochdruck seien vom SG in ihrer Bedeutung als allgemeine Gefäßerkrankung nicht erfasst und den durch sie bedingten Einschränkungen bei der Bestimmung des GdB bislang nicht ausreichend Rechnung getragen worden. Die Leistungsfähigkeit des Herzens sei nicht nur durch den Bluthochdruck und die durch ihn verursachte linksventrikuläre Hypertrophie gemindert, sie werde durch die Gefäßerkrankung Diabetes-Typ-2 weiter gemindert, so dass es nicht angemessen sei, lediglich einen GdB von 20 anzusetzen. Die depressive Erkrankung durch in der Vergangenheit liegende traumatische Erlebnisse, die nicht verarbeitet werden könnten und die von ihr ausgehende dauerhafte generelle Leistungsminderung und reduzierte Belastbarkeit überhaupt sei bislang gar nicht angesetzt, obgleich sie einen Einzel-GdB von über 20 ausmache und verstärkend wirke.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat der Kläger angegeben, er unterziehe sich seit Januar/Februar 2018 einer Psychotherapie bei dem Psychotherapeuten Diplom-Psychologe K. in T ... Außerdem habe er vermehrt Beschwerden an der HWS. Hierzu hat er den Bericht des Universitätsklinikums T., Klinik für Neurochirurgie, vom 03.07.2018 vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrages der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber ohne Erfolg.

Der angefochtene Bescheid vom 24.03.2015 in der Fassung des Bescheids vom 07.08.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.11.2015 ist nicht rechtswidrig, der Kläger wird durch die angefochtene Entscheidung der Versorgungsverwaltung und den angefochtenen Gerichtsbescheid des SG vom 03.04.2018 nicht in seinen Rechten verletzt. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Der Senat konnte feststellen, dass die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) keinen GdB von mehr als 40 rechtfertigt. Eine höher zu bewertende Veränderung gegenüber der Tatsachengrundlage, die dem bestandskräftigen Bescheid des LRA vom 01.04.2009, mit dem ein GdB von 20 festgestellt worden war,

zugrunde gelegen hatte, konnte der Senat nicht feststellen.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) - [BSGE 81, 50](#) ff.). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Einzel- oder Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss damit durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Rechtsgrundlage für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX ([§ 152 SGB IX](#)) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 ([BGBl. I 2016, 3234](#)), da maßgeblicher Zeitpunkt bei Verpflichtungs- und Leistungsklagen der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz ist, wobei es für laufende Leistungen auf die Sach- und Rechtslage in dem jeweiligen Zeitraum ankommt, für den die Leistungen begehrt werden; das anzuwendende Recht richtet sich nach der materiellen Rechtslage (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, 12. Auflage, § 54 RdNr. 34). Nachdem [§ 241 Abs. 2 SGB IX](#) lediglich eine (Übergangs-)Vorschrift im Hinblick auf Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz enthält, ist materiell-rechtlich das SGB IX in seiner derzeitigen Fassung anzuwenden.

Nach dessen [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) sind Menschen mit Behinderung solche Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt nach [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Diese ab 01.01.2018 geltende Neufassung des Behindertenbegriffs entspricht dem Verständnis der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) vom 13.12.2006 (in Deutschland ratifiziert mit Gesetz vom 21.12.2008, [BGBl. II, S. 1419](#), in Kraft getreten ab 05.06.2009 durch Bekanntmachung BGBl. II S. 812), wie der Begründung des Gesetzentwurfs zum Bundesteilhabegesetz zu entnehmen ist (Referentenentwurf zum BTHG vom 26.04.2016; vgl. hierzu Schaumberg/Seidel, Sozialgerichtsbarkeit 2017, 572ff).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Soweit noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Damit gilt weiterhin die Versorgungsmedizin-Verordnung (Vers-MedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), deren Anlage zu § 2 die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VG) beinhalten. Diese stellen - wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) - auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, auch solche, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen 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. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft - gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB - nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 - oder anderer Werte - fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern der Gesamt-GdB ist durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen - bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbeeinträchtigungen usw. vorzunehmen - zu bestimmen. Maßgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist - wie dargestellt - anhand eines

Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nämlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.

Soweit der Kläger ausführen lässt, die Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf bestimme zusammen mit dem Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 (BGBl. II S. 1419), in Kraft seit 01.01.2009, den vorliegend anzuwendenden Begriff der Behinderung und darüber hinaus auch dessen Grad, so irrt er schlichtweg. Denn die von ihm zitierte Richtlinie beschäftigt sich alleine mit der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf, die jedoch vorliegend nicht zu beurteilen ist. Auch die UN-BRK enthält keine Maßstäbe für die vorliegend vom Kläger begehrte Bewertung des GdB, sodass auch insoweit dem Vortrag seines juristischen Bevollmächtigten nicht weiter nachzukommen war.

Nach Art. 1 Abs. 2 UN-BRK sind Menschen mit Behinderungen "Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen (einstellungs- und umweltbedingten) Barrieren an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können". Die UN-BRK umschreibt die Zielgruppe der behinderten Menschen damit, dass sie Wechselwirkungen zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Barrieren ausgesetzt sind und hieraus an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert sind. Wie der nationale Gesetzgeber diese als Menschenrecht verstandene Teilhabe behinderter Menschen umsetzt, ist den Vertragsstaaten überlassen und geht nach deutschem Recht weit über die bloße GdB-Bewertung hinaus. Die im Sinne der Gleichbehandlung aller Behinderten nach körperlich, geistig und seelischer Disposition/Funktion vorgenommene abgestufte GdB-Bewertung erfasst die nach dem Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung unterstellte Teilhabebeeinträchtigung in einer abstrakten Grad-Bemessung der Behinderung (vgl. Senatsurteil vom 26.09.2014, [a.a.O.](#)). Die GdB-Festsetzung dient als Grundlage für den Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen in verschiedenen, aber nicht in allen Bereichen der Lebensgestaltung in der Gesellschaft. Dem nationalen Gesetzgeber ist auch unbenommen, zur Ermöglichung adäquater Aktualisierungen die GdB-Rahmen-Bestimmungen dem Ordnungsgeber zu übertragen und die behinderungsbedingten Nachteile der Teilhabebeeinträchtigung durch gesonderte gesetzliche Anspruchsgrundlage, wie im BTHG und anderen Vorschriften vorgesehen, auszugleichen. Die Verwirklichung der Teilhabe oder der Ausgleich der Teilhabebeeinträchtigung erfolgt in vielen Fällen auch ohne Anknüpfung an eine GdB-Festsetzung (z.B. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach [§§ 49 ff SGB IX](#), Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI und Eingliederungshilfe für Behinderte nach SGB XII usw.). Ein Verstoß gegen bindendes Recht ist in den genannten Regelungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) und den Bestimmungen der VersMedV nicht zu erkennen.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die beim Kläger vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau und unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen; dies gilt sowohl unter der seit 01.01.2018 anzuwendenden Rechtslage, als auch unter Anwendung der bis 31.12.2017 geltenden Rechtslage des SGB IX.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 30 anzunehmen. Nach B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in mindestens zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil 24.01.2014 - [L 8 SB 2497/11](#) - juris und [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z.B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem bei dem Kläger anhand des Entlassberichts der F.klinik, den Angaben der behandelnden Ärzte und dem Gutachten von Prof. Dr. R. Gesundheitsstörungen der Wirbelsäule feststellen. Prof. Dr. R. hat eine akute Lumboischialgie links ohne Korrelat in der MRT sowie eine bekannte Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenvorfällen LWK 2/3 und LWK 4/5 mit Hyposensibilität des rechten Beines und Quadrizepschwäche (im Vergleich zum Vorbefund Rückbildung des BSV LWK 4/5 - siehe MRT Befund vom 21.03.2017) dargestellt. Der Entlassbericht der F.klinik vom 23.08.2017 hat eine chronische Lumboischialgie rechts bei NPP L3/4 mit sensorischer L4/S1-Wurzelreizung rechts und ein chronisches Zervikalsyndrom mitgeteilt. Der behandelnde Orthopäde Dr. M. hat gegenüber dem SG allgemein Rückenbeschwerden mitgeteilt.

Prof. Dr. R. hat bei seiner Begutachtung des Klägers einen Beckenhochstand links und beim Vorbeugen eine thorakale Buckelung rechtsseitig beschrieben. Es bestand Klopfschmerz und Druckschmerz der gesamten Wirbelsäule sowie paravertebral. Die Schmerzen wurden ziehend ins linke Bein bei Seitneigung des Oberkörpers nach links angegeben, ebenfalls ziehend ins linke Bein bei Rumpfrotation nach rechts. Beim Vorbeugen bestanden ebenfalls Schmerzen ziehend ins linke Bein bis zum Fuß, ein Vorlaufphänomen bestand nicht. Es bestand ein Druckschmerz mit Hartspann links gluteal und paravertebral der LWS. Der Lasègue-Test sei links positiv bei 45°. Es bestand eine unspezifische Hyposensibilität des rechten Beines bei regelrechter Sensibilität im Bereich des Fußes. PSR und ASR konnten beidseits nicht ausgelöst werden. Es bestand ein Schultertiefstand rechts und eine deutliche Kyphose im Bereich des cervico-thorakalen Übergangs. Bei der Beweglichkeit zeigte sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der unteren Wirbelsäule. Prof. Dr. R. hat folgende Bewegungsmaße mitgeteilt (Normalmaße in Klammer): HWS Vorneigen/Rückneigen 50-0-30o (40/50-0-50/70o) Seitneigen rechts/links 30-0-30 o (30/40-0-30/40 o) Drehen rechts/links 50-0-40 o (60/80-0-60/80 o) BWS/LWS Seitneigen rechts/links 30-0-30 o (0-30/40 o) Drehen im Sitzen rechts/links 30-0-40 o (0-30/50 o) Finger-Boden-Abstand 19 cm Ott 30:32 cm (30:32 cm) Schober 10:11,5 cm (10:15 cm) Seitverbiegung thorakal rechts konvex

Damit hat Prof. Dr. R. weder – wie vom Kläger behauptet – eine Untersuchung bzw. Begutachtung der HWS und der BWS unterlassen, noch an diesen Abschnitten der Wirbelsäule mehr als leichtgradige funktionelle Wirbelsäulenschäden feststellen können. Solche ergeben sich auch nicht aus den von ihm gefertigten Röntgenaufnahmen vom 23.03.2017, deren Ergebnis er in seinem Gutachten dargelegt hat. Dagegen hat er an der LWS nicht nur Bewegungseinschränkungen sondern auch Schmerzen und mäßiggradige degenerative LWS-Veränderungen mit polysegmentalen Osteochondrosen, bei ventral betonten Spondylophytenbildungen, mit Schwerpunkt im mittleren und unteren Lendenwirbelsäulenabschnitt, wobei die Zwischenwirbelraumweite nicht signifikant höhengemindert waren, gefunden. Es besteht eine mäßiggradige Condylarthrose mit Wulstbildung im Bereich des unteren Lendenwirbelsäulenanteils, ebenso eine leicht abgeflachte LWS-Lordose, die Stellung der Wirbelkörperflächen zueinander war aber regelhaft. Die MRT der LWS vom 21.03.2017 durch die radiologische Gemeinschaftspraxis M.-R. ergab eine Lumbalgie ausstrahlend ins linke Bein. Prof. Dr. R. hat angegeben, bei kurzen Wirbelbögen resultierten sekundäre Stenosen des Spinalkanals etwa in einer Ausprägung wie 12/2012. Der aus der Etage LWK 4/5 vormals nach rechts cranial umgeschlagene Vorfall hat sich nach Prof. Dr. R. zurückgebildet, ein neu aufgetretener Vorfall links ergab sich nicht. Die Iliosacralfugen waren reizlos. Insoweit hat der Gutachter jedenfalls im Bereich der LWS funktionelle Wirbelsäulenschäden beschrieben, deren Ausmaß als fraglich schwer angesehen werden kann.

Das wird auch durch die anderen Berichte bestätigt. So haben die Berichte der R. -Klinik über den stationären Aufenthalt vom 17.03.2016 bis 29.03.2016 und vom 08.04.2016 und 07.04.2016 eine chronische rechtsseitige Lumboischialgie bei Bandscheibenvorfall LWK 4/5 mit sensomotorischer L4-S1-Wurzelreizung rechts diagnostiziert und mitgeteilt, es bestehe keine Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit in Inklination und Reklination sowie Seitneige und Rotation. Der FBA betrage 0 cm. Es bestünden mäßige paravertebrale Myogelosen, ein deutlicher Facettendruckschmerz der unteren LWS und ein mäßiger ISG-Druckschmerz rechts mehr als links. Die HWS war in allen Bewegungsrichtungen frei beweglich. Zeichen nach Lasègue war beidseits negativ.

Der Reha-Bericht von 2013 (Blatt 79 ff. der SG-Akte) hat an der HWS eine physiologische Lordosierung, einen erhöhten Tonus der Schulter-Nacken-Muskulatur mit positiven Triggerpunkten Musculus rhomboideus rechts mitgeteilt (Beweglichkeit: Inklination/Reklination: 45/0/45o; Rechts-/Linksrotation: 80/0/80o; Rechts-/Links lateroflexion: 40/0/40o). An der BWS wurde ein Druckschmerz links paravertebral, kein Federungsschmerz angegeben, ebenso eine altersentsprechend freie Mobilität von BWS und des Rippenthorax (Rumpfrotation im Sitzen: 45/0/45o). An der LWS wurde eine weitgehend lotrechte Stellung der Procc. spinosi, eine vermehrte Lordosierung und eine seitengleiche-paraspinale-Muskelwulste angegeben. Bei Lateroflexion war die Bogenbildung harmonisch, bei Anteflexion erfolgte eine regelrechte Auffaltung der Procc. Spinosi (Schober: 10/10/16 cm; FBA: 20 cm).

Der Reha-Bericht der F.klinik vom 23.08.2017 teilt eine chronische Lumbalgie rechts, NPP L3/4, sensomotorische L4/S1-Wurzelreizung rechts (angegeben wurde eine Hypästhesie im Bereich des rechten lateralen Oberschenkels, des gesamten Unterschenkels und des rechten Fußes) und ein chronisches rezidivierendes Zervikalsyndrom mit. Es wurde ein Schultertiefstand links von 1 cm, ein Beckengeradstand und eine Seitabweichung der Wirbelsäule aus dem Lot nach links von ca. 1 cm (Beweglichkeit der HWS: Rotation rechts/links 05/0/50°, Lateralflexion rechts/links 30/0/30°, Kinn-Sternum-Abstand 3/17 cm; Beweglichkeit der BWS und LWS: Rotation rechts/links 35/0/35°, Lateralflexion rechts/links 40/0/40°, Schober 10/15 cm, FBA 10 cm). Das Zeichen nach Lasègue war beidseits negativ.

Damit konnte der Senat an der LWS mittelschwere bis allenfalls schwere Wirbelsäulenschäden feststellen, an der HWS und BWS aber allenfalls leichtgradige Beeinträchtigungen; die angegebenen Taubheitsgefühle an den Händen konnte der Senat nicht objektivieren, diese sind auch nicht in den Reha-Berichten bzw. den Berichten der R. Klinik erwähnt.

Die vom Kläger zuletzt in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat behauptete Verschlimmerung bezogen auf HWS-Beschwerden ist dem hierzu vorgelegten Arztbrief der Neurochirurgischen Klinik T. vom 03.07.2018 nicht zu entnehmen. Der Kläger hatte sich ausweislich dieses Arztbriefes dort wegen Rückenbeschwerden vorgestellt. Die aufgrund dieser Untersuchung gestellten Diagnosen betreffen jedoch nur die Lendenwirbelsäule. Die auf Vorhalt gemachten Angaben der Klägervertreterin im Termin, der Kläger sei wegen HWS-Beschwerden zwar in die Klinik gegangen, habe diese dann aber nicht thematisiert, sind unglaubhaft und mit den Ausführungen in dem selbst vorgelegten Arztbrief auch nicht vereinbar. Die funktionellen Beeinträchtigungen der Wirbelsäule rechtfertigen es insgesamt nicht anzunehmen, der Kläger habe an zwei oder drei Wirbelsäulenabschnitten mittelgradige bzw. schwere funktionelle Beeinträchtigungen. Der GdB ist daher nach B Nr. 18.9 VG eher mit 20 anzunehmen und damit – wie vom Beklagten angenommen – mit 30 nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig zu niedrig festgestellt. Aus der Aussage von Dr. K. gegenüber dem SG lassen sich keine weitergehenden Behinderungen entnehmen, zumal sie der Bewertung des GdB mit 30 zugestimmt hat.

Eine GdB-Bewertung im Funktionssystem der Beine konnte der Senat nicht annehmen. Zwar hat der Kläger auf eine Erkrankung des rechten Beines hingewiesen. Jedoch konnten weder die behandelnden Ärzte noch der Gutachter Prof. Dr. R. insoweit eine krankheitsbedingte Funktionseinschränkung, mithin eine Behinderung, mitteilen. Auch den Berichten der R. Klinik und den Reha-Berichten ist solches nicht zu entnehmen. Soweit der Kläger die Hypästhesien am Bein meint, sind diese bereits als Folge der Wirbelsäulenerkrankung der LWS berücksichtigt.

Bei der Beurteilung der Gichterkrankung, die im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion bewertet wird, sind nach B Nr. 15.2 VG die Funktionseinschränkungen der betroffenen Gelenke, Schmerzen, Häufigkeit und Schwere der entzündlichen Schübe und eine Beteiligung der inneren Organe zu berücksichtigen. Der Senat konnte weder im Gutachten des Prof. Dr. R. noch in den Berichten der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser und auch nicht in den vielen Reha-Berichten gichtspezifische Beschwerden feststellen, auch keine gichtspezifischen funktionellen Beeinträchtigungen. Vielmehr hat das Gutachten von Prof. Dr. R. annähernd freie Beweglichkeiten der Extremitäten dargestellt. Der letzte Reha-Bericht der F.klinik vom 23.08.2017 hat im Bereich der oberen und unteren Extremitäten einen jeweils altersentsprechenden Gelenk- und Muskelstatus angegeben. Prof. Dr. R. hat in seinem Gutachten angegeben, es sei von einer episodenhaften Erkrankung auszugehen, die bislang keine dauerhaften Beeinträchtigungen der betroffenen Gelenke – betroffen seien vor allem die Knie und Füße des Klägers – hervorgerufen habe. In der klinischen Untersuchung seien die Füße seitengleich frei beweglich, entsprechend der altersentsprechenden Norm. Beide Kniegelenke seien ebenfalls frei beweglich, in der Röntgenuntersuchung habe sich kein Seitenunterschied gezeigt. Häufige entzündliche Schübe sind weder berichtet noch ersichtlich, ebenso keine Schmerzen, die sich nicht durch die sonstigen körperlichen und psychischen Erkrankungen des Klägers erklären lassen. Soweit der Kläger Gichtanfälle 4 bis 5mal im Jahr angibt, wurde dies von seinen behandelnden Ärzten nicht bestätigt und überzeugt den Senat nicht. Der GdB von 10, den der Beklagte angenommen hat, ist damit nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig zu niedrig. Denn die funktionelle bzw. radiologische Untersuchung des

Klägers bei Prof. Dr. R. hat keine Funktionseinschränkungen nachweisen können.

Im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion ist auch die Diabeteserkrankung des Klägers zu berücksichtigen. Diese wird mit Metformin behandelt, wie im Entlassungsbericht der F.klinik vom 23.08.2017 nochmals ausgeführt und vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch bestätigend dargelegt worden ist. Diese Behandlung kann keine regelhaften Hypoglykämien auslösen, worauf Dr. W. in seiner der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 22.01.2018 überzeugend hinweist, und ist daher mit keinem GdB (GdB 0) zu bewerten (B Nr. 15.1 VG), was auch der ständigen Rechtsprechung des Senats entspricht. Dass der Kläger diese Erkrankung auch als Gefäßkrankung verstehen will und den Bericht der Dr. R. vom 16.11.2017, der nicht den Kläger betrifft sondern im "Betreff: Frau " benennt, vorgelegt hat, ändert an dieser Bewertung nichts. Auch das Risikopotenzial aus dem Zusammenwirken mit dem Bluthochdruck bedingt keinen höheren GdB, denn zukünftige Gesundheitsstörungen sind bei der Bewertung des GdB nicht zu berücksichtigen (A Nr. 2 Buchst. h) VG). Damit wird weder der Umfang der Erkrankung verkannt, noch diese Erkrankung auf die Medikation Metformin reduziert, sondern entsprechend der Rechtsprechung des BSG und der VersMedV die Teilhabebeeinträchtigung pauschalisiert erfasst.

Im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion ist daher der Einzel-GdB mit 10 (bestehend aus 10 und 0) zu bilden.

Im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs ist beim Kläger der Bluthochdruck zu berücksichtigen, ebenso die Erkrankungen im Bereich des Herzens. Der Bluthochdruck ist nach den Vorgaben von B Nr. 9.3 VG zu bewerten. Danach ist für eine Hypertonie (Bluthochdruck) in leichter Form mit keinen oder geringen Leistungsbeeinträchtigungen (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) ein GdB von 0-10, für mittelschwere Formen mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I-II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischem Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung, ein GdB von 20-40 vorgesehen.

Bei der Untersuchung durch Dr. B.-H. aus der Praxis der Kardiologen Dr. R. /Dr. G. am 13.07.2017 (Blatt 239/240 der SG-Akte) war der Blutdruck gut. Dr. R. hat gegenüber dem SG auch weder Organbeteiligungen mittleren oder stärkeren Grades mitgeteilt noch einen diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung. Insoweit hat er vielmehr der versorgungsärztlichen Beurteilung mit einem GdB von 20 zugestimmt. Seiner Aussage gegenüber dem SG und auch den Berichten seiner Praxiskollegen, zuletzt vom September 2017, sind auch keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass der Bluthochdruck nicht gut medikamentös eingestellt ist. Vielmehr teilen die Reha-Berichte, so z.B. derjenige der F.klinik vom 23.08.2017, einen medikamentös eingestellten Bluthochdruck bei 120/90 mmHg mit. Dass sich insoweit eine schwere Einstellbarkeit zeigt, konnte der Senat nicht feststellen. Funktionelle Beeinträchtigungen sind nicht feststellbar. Soweit der Kläger thorakale Beschwerden bei Belastung angegeben hat, ist dem Bericht der Praxis Dres. R. /G. eine gesundheitliche Ursache nicht zu entnehmen, vielmehr eine fehlende regelmäßige körperliche Aktivität (Bericht vom 13.07.2017). Damit konnte sich der Senat nicht von einem Teil-GdB von mehr als 20 überzeugen.

Die vom Kläger angegebene Erkrankung des Herzens wurde von den Ärzten der Praxis Dres. R. /G. zuletzt als belastungsabhängiger Thoraxschmerz DD KHK, normale linksventrikuläre systolische Funktion, mäßige Pumpenklappeninsuffizienz, CRVF: arterielle Hypertonie, HLP (anamnestisch) beschrieben. Nach Durchführung einer Myokardszintigraphie wurde mit Bericht vom 07.09.2017 eine relevante KHK ausgeschlossen. Außerdem wurde eine Linksherzhypertrophie mitgeteilt (vgl. Bericht vom 14.04.2015). Operationen, Eingriffe am Herz oder Herzrhythmusstörungen sind nicht berichtet.

Der GdB bestimmt sich daher nach B Nr. 9.1.1 VG. Insoweit ist auf die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, die bei Belastung bemessen werden. Der Kläger war entsprechend der Berichte der Dres. R. /G. bei den Untersuchungen am 17.10.2011, 22.11.2012 und 10.02.2014 mit jeweils 125 Watt (Steigerung von 50 auf 125 Watt über 4 Minuten) sowie in den Untersuchungen am 14.04.2015 und 13.07.2017 mit jeweils 100 Watt (Steigerung von 50 auf 100 Watt über 4 Minuten), belastbar. Damit unterschreitet die Belastbarkeit des Klägers zu keinem Zeitpunkt die Schwelle von 75 Watt. Damit konnte der Senat keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung selbst bei gewohnter stärkerer Belastung und keine Einschränkung der Solleistung bei Ergometerbelastung feststellen. Bei guter linksventrikulärer systolischer Funktion und fehlender echokardiographischer Veränderung des Herzens ist der GdB daher allenfalls mit 10 zu bewerten. Das vom Kläger aufgezeigte Risikoprofil, also die Gefahr einer späteren Verschlechterung, ist nicht GdB-erhöhend zu bewerten (vgl. A Nr. 2 Buchst. h) VG).

Soweit der Kläger vorträgt, die Herzklappeninsuffizienz verschlimmere die Herzleistungsstörung, die schon wegen der Herzmuskelvergrößerung bestehe, ist dies für die GdB-Bewertung insoweit irrelevant, als es sich hierbei lediglich um eine Benennung von Diagnosen handelt, der GdB aber nach tatsächlich vorhandenen funktionellen Beeinträchtigungen bewertet wird, diese vorliegend aber die Belastungsschwelle von 75 Watt nicht unterschreiten. Die vom Kläger in den letzten Monaten angegebenen, zunehmend bei stärkerer Belastung aufgetretenen, Minuten anhaltende thorakalen Schmerzen sind von den Kardiologen der Praxis Dres. R. /G. eher der fehlenden körperlichen Aktivität als einer Herzerkrankung zugeschrieben worden. In der insoweit durchgeführten Herzuntersuchung (Koronarszintigraphie) wurde eine KHK ausgeschlossen. Der GdB ist daher nicht weiter zu erhöhen.

Die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung herausgestellten Plaque-Ablagerungen und die Hyperplasie der Gefäßinnenhaut bedingen nach B Nr. 9.2 VG keinen GdB. Aus dem Bericht der Praxis Dres. R. /G. vom 13.07.2017 ergibt sich auch zuletzt durch diese Gesundheitsstörungen weder eine Beeinträchtigung der Durchflussfunktion noch größere Plaques und auch keine relevanten Stenosen der Aorta carotis communis, interna und externa. Damit liegen keine Verschlusskrankheit und somit auch keine teilhabefähigkeitsbeeinträchtigenden sonstigen Gesundheitsstörungen vor. Die vom Kläger insoweit angegebenen Umstände sind zwar Risikofaktoren, doch sind solche wegen der erst zukünftig möglicherweise zu erwartenden Gesundheitsstörungen noch nicht mit einem GdB zu bewerten. Insgesamt ist der Einzel-GdB im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs aus Teil-GdB-Werten von 10 und 20 zu bilden. Der Senat stellt den GdB insoweit mit 20 fest.

Die Sehinderung des Klägers ist mit einem GdB von 10 angemessen bewertet. Der Senat konnte weder darüber hinausgehende Funktionsbehinderungen nicht feststellen, solche sind auch trotz des umfangreichen Vorbringens des Klägers nicht behauptet worden. Der Senat schließt sich den Ausführungen des SG an.

Die Hyperurikämie, die vom Kläger angegebene Erkrankung der Nieren, das allergische Kontaktekzem, die Urtikaria (Nesselsucht) und das angegebene Übergewicht des Klägers bedingen nach Angaben der behandelnden Ärzte keine Funktionsbehinderungen und sind nicht mit

einem GdB von mindestens 10 zu bewerten.

Bezüglich der im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu berücksichtigenden Erkrankungen hat der Kläger ein Funktionssystem überschreitende allgemeine Schmerzen, eine chronische Schmerzstörung mit eigenem Krankheitswert und eine depressive Störung angegeben. Er hat angegeben, wegen der Geschehnisse in seinem Heimatland, wo er einer Bürgerkriegssituation entkommen sei, unter der er nahe Angehörige verloren habe, sei er von Schuldgefühlen geplagt. Die Depression bestehe seit vielen Jahren und sei unbehandelt geblieben. Der Entlassbericht der F.klinik vom 23.08.2017 schreibt die Schmerzen den psychischen Faktoren hinsichtlich Entstehung, Aufrechterhaltung und Exacerbation zu.

Nach den B Nr. 3.7 VG ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 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) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Dem Entlass-Bericht der F.klinik vom 23.08.2017, in dem zum ersten Mal diese psychischen Beeinträchtigungen dargestellt wurden, ist zu entnehmen, dass der Kläger bewusstseinsklar und voll orientiert war. Es bestand kein Hinweis auf Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen, formale oder inhaltliche Denkstörungen waren nicht feststellbar. Phobische oder Zwangssymptome bestanden nicht, ebenso bestand kein Anhalt für Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder sensorischen Beeinträchtigungen. Die Ich-Funktion ist ungestört. Die Schwingungsfähigkeit ist vollständig erhalten. Dem Bericht der R. klinik vom 07.04.2016 ist zu entnehmen, dass der Kläger wach, allseits orientiert, in der Stimmung synton sei und die affektive Schwingungsfähigkeit erhalten sei. Eine antidepressive Medikation erfolgt nicht. Nach Angabe des Klägers habe er die empfohlene Psychotherapie mittlerweile aufgenommen und absolviere nach seinem Vortrag in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ab Januar/Februar 2018 eine Gesprächstherapie bei dem Diplom-Psychologen K ...

Im Hinblick auf seine vollschichtige Erwerbstätigkeit in einem Lager ist der Kläger sozial eingebunden, auch wenn er angibt, eher zurückgezogen zu leben, weil "man den Leuten nicht vertrauen kann" (Blatt 177 der SG-Akte = Reha-Bericht von 23.08.2017). Ein krankhaft verursachter sozialer Rückzug besteht damit nicht. Der Kläger ist in der Lage, seinen Tagesablauf mit Arbeit und Freizeit zu gestalten. Dieser vorgegebenen Tagesstruktur sind keine bedeutsamen Brüche zu entnehmen, die auf eine weitergehende Einschränkung der Fähigkeit zur Lebensgestaltung/Teilhabe schließen lassen. Auch wenn der Kläger Schlafstörungen, Schuldgefühle, Gedankenkreisen in der Reha angegeben hat, ebenso eine belastende Arbeitsplatzsituation mit ungewisser Zukunftsperspektive, so hat der Kläger von der psychologischen Behandlung profitiert, seine Entspannungsfähigkeit wurde erweitert, der Schlaf verbessert, die Psyche gestärkt und die Schmerzen reduziert (vgl. Blatt 180 der SG-Akte = Rehabericht vom 23.08.2017). Die aufgenommene Psychotherapie bei Diplom-Psychologe K. ist insoweit lediglich unterstützend für die Aufarbeitung der durch Schmerzen somatisierten psychischen Faktoren. Hinweise auf stärker belastende psychische Störungen sind der Tatsache einer psychotherapeutischen Behandlung durch einen Diplom-Psychologen, der nicht Arzt ist und dessen Therapieangebot sich grundsätzlich an hilfebedürftige, aber grundsätzlich nicht immer mit pathologischen Leiden behaftete Menschen richtet, nicht zu entnehmen. Dafür spricht auch der psychische Befund im Entlassungsbericht der F.klinik vom 23.08.2017, der keine krankheitswertigen Phobien oder Zwangssymptome - vor allen Dingen im Hinblick auf die angegebenen Schuldgefühle - beschreibt und eine erhaltene Ich-Funktion und den vollständigen Erhalt der Schwingungsfähigkeit attestiert, wie auch bereits im Bericht der R. Klinik vom 07.04.2016 eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit angegeben worden ist. Die typische Symptomatik des Stimmungstiefs bei depressiv veranlagten Personen ist diesen Befunden nicht zu entnehmen. Auch bedeutet die Aufbereitung eines (hier Migrations-) Konflikts mit therapeutischer Hilfe nicht zugleich immer eine Gesundheitsstörung und Teilhabebeeinträchtigung.

Insoweit konnte der Senat allenfalls ab dem Zeitpunkt der Rehabilitation in der F.klinik (26.07.2017 bis 23.08.2017) eine GdB-relevante Gesundheitsstörung mit funktionellen Auswirkungen feststellen und mit einem GdB von 20 bewerten. Eine höhere Bewertung kommt vorliegend nicht in Betracht, da der Senat feststellen musste, dass der Kläger im Vergleich zu behinderten Menschen mit einer Teilhabebeeinträchtigung in Form einer stärker behindernden seelischen Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit i.S.d. B Nr. 3.7 VG nicht vergleichbar stark beeinträchtigt ist.

Der Senat konnte auch nicht feststellen, dass bereits vor diesem Zeitpunkt eine GdB-relevante funktionell behindernde Gesundheitsstörung objektiviert ist. Zwar hat der Kläger darauf hingewiesen, bisher habe niemand diese Gesundheitsstörung festgestellt und er diese - auch im Hinblick auf seine Herkunft - nicht ausreichend artikulieren können. Diesem Vorbringen konnte der Senat nicht folgen. Vielmehr zeigt dieses Vorbringen, dass auch der Kläger und seine behandelnden Ärzte - der Kläger war bei der erfahrenen Neurologin und Psychiaterin Dr. K. wegen der neurologischen Auswirkungen der LWS-Erkrankung in Behandlung, die keine Hinweise auf eine psychische Erkrankung hat finden können - bisher funktionelle Behinderungen in Folge einer psychischen oder Schmerzkrankung nicht bemerkt hatten und damit der Kläger auch nicht funktionell in seiner Teilhabe beeinträchtigt war. Denn eine Gesundheitsstörung wird nicht wegen der Diagnosestellung, sondern wegen der aus ihr folgenden Teilhabebeeinträchtigung mit einem GdB bewertet, fehlt es aber auch bei gestellter Diagnose an funktionellen Auswirkungen und damit an einer realen Teilhabebeeinträchtigung, so kommt eine Bewertung nach B Nr. 3.7 VG nicht in Betracht.

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

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen von Amts wegen, nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinisch festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Der Senat war nicht verpflichtet, von Amts wegen weitere Gutachten einzuholen, auch nicht auf psychiatrischem und internistisch/diabetologischem bzw. internistisch/kardiologischem Fachgebiet. Denn die aktuellen Unterlagen der Reha-Berichte und der behandelnden Ärzte haben dem Senat die tatsächlichen Grundlagen vermittelt, die zur rechtlichen GdB-Bewertung erforderlich waren. Dass diese Berichte falsche Befunde mitgeteilt hätten, wurde auch vom Kläger nicht vorgetragen, zumal er von diesen behandelnden Ärzten noch nach dem Erörterungstermin beim SG im Februar 2018 aktuelle Befunde vorgelegt hatte. Auch die von der Klägerbevollmächtigten mit der Berufungsbegründung noch angeregte Anhörung des behandelnden Psychologen K., die in der mündlichen Verhandlung nicht mehr ausdrücklich beantragt worden ist, war zur Überzeugung des Senats nicht geboten. Welche entscheidungserheblichen Tatsachen Diplom-Psychologe K. mitteilen kann, hat die Klägervertreterin nicht dargelegt. Diplom-Psychologe K. ist nicht Arzt. Eine psychiatrisch zu beurteilende Erkrankung berührt nicht sein Fachgebiet. Als sachverständiger Zeuge kann er nur Auskunft über die von ihm durchgeführte Behandlung geben. Die von den Ärzten der F. Klinik und R. Klinik erhobenen psychischen Befunde, die bereits Veranlassung für die Empfehlung zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung gegeben haben, haben zur Überzeugung des Senats aber keine stärker behindernde psychische Beeinträchtigung ergeben, da auch nach dem Vortrag des Klägers im Berufungsverfahren im Vergleich zu den Ausführungen im Entlassungsbericht der Rehaklinik vom August 2017 keine Veränderung/Verschlechterung der Gesundheitsstörung ersichtlich ist. Der für die GdB-Bewertung entscheidungserhebliche psychische Befund mit Aufschluss über das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung auf geistig-seelischem Gebiet ist zur vollen richterlichen Überzeugung bereits aufgeklärt gewesen.

Anträge nach [§ 109 SGG](#) hat der Kläger im Berufungsverfahren nicht gestellt. Soweit er angibt, das SG habe seinen Antrag, ein Gutachten auf internistisch diabetologischem Fachgebiet einzuholen, missachtet, so irrt er. Denn einen Antrag, dieses Gutachten von Amts wegen einzuholen, hat der Kläger weder schriftsätzlich noch im Erörterungstermin vom 22.02.2018 gestellt, denn dort hatte er ausdrücklich einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) auf Einholung eines Gutachtens beim Internisten und Diabetologen Dr. R. gestellt. Diesen Antrag hat das SG zutreffend abgelehnt. Denn der Kläger war mit Verfügung vom 27.06.2016 darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, nicht weiter von Amts wegen zu ermitteln und die Möglichkeit der Gutachtenseinholung nach [§ 109 SGG](#) besteht. Der Kläger hat insoweit nur ein Gutachten eines orthopädischen Gutachters beantragt und dazu zunächst Dr. R., S., dann Dr. L., R., zuletzt Prof. Dr. R., F., zum Gutachter bestimmt; er hat nicht darauf hingewiesen, dass er auch Gutachten nach [§ 109 SGG](#) auf anderen Fachgebieten einzuholen beabsichtigt. Das war aber im Hinblick auf die Aussagen der behandelnden Ärzte, mithin dem ihm bekannten Ergebnis der Beweisaufnahme, möglich und erforderlich gewesen. Denn eine weitere Begutachtung nach [§ 109 SGG](#) nach einem bereits eingeholten Gutachten nach [§ 109 SGG](#), das das gewünschte Beweisergebnis gerade nicht ergeben hat, verzögert den Rechtsstreit, begehrt eine Ermittlung ins Blaue hinein, zu der das Gericht auch im Rahmen des [§ 109 SGG](#) nicht verpflichtet ist, und kann nur dann nicht als missbräuchlich und in der Absicht den Rechtsstreit zu verzögern gestellt angesehen werden, wenn sich aus dem ersten Gutachten nach [§ 109 SGG](#) die Erforderlichkeit tiefergehender fachspezifischer Begutachtung oder wegen einer Änderung der Sach- oder Rechtslage nach Erstellung des ersten Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) die Erforderlichkeit einer weiteren Begutachtung ergibt. Das ist vorliegend aber nicht der Fall. Denn – abgesehen davon, dass sich aus dem vom Kläger selbst vorgelegten, vom Klägervertreter gefertigten Vermerk auf dem Bericht des Dr. R. (Blatt 249 der SG-Akte), ergibt, dass dieser keine Gutachten erstellt und bei Beauftragung den Gutachtensauftrag unter Hinweis auf einen anderen Gutachter zurückgibt, was schon an sich den Vorwurf der Verfahrensverzögerung bedingt – es sind weder Änderungen im Sachverhalt oder der anzuwendenden Rechtslage nach der Begutachtung nach [§ 109](#) durch Prof. Dr. R. dargelegt worden noch die Erforderlichkeit eingehender fachspezifischer Begutachtung auf dem bereits durch den ersten Gutachter nach [§ 109 SGG](#) bearbeiteten Fachgebiet. Soweit der Kläger aber im Berufungsverfahren Verschlimmerungen geltend macht – diese konnte der Senat nicht feststellen – und insoweit eine Begutachtung nach [§ 109 SGG](#) für erforderlich hält, hätte es ihm obliegen, im Berufungsverfahren rechtzeitig einen solchen Antrag zu stellen. Das hat er auch bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht getan, obwohl ihm seit der Verfügung des Berichterstatters vom 25.05.2018 bekannt war, dass weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht beabsichtigt sind. Darüber hinaus wäre ein erst in der mündlichen Verhandlung gestellter Antrag als in Verzögerungsabsicht gestellter Antrag abzulehnen gewesen.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Stoffwechsel/innere Sekretion (Gicht, Diabetes), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Augen, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs und - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ab der Reha im Jahr 2017. Nachdem beim Kläger vorliegend von einem zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 30 und zwei GdB-Werten von 20 auszugehen ist und kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirken, konnte der Senat seit Antragstellung einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 152 Abs. 1 SGB IX](#) (bzw. zuvor: [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#)) von nur 40 feststellen. Auch das spätere Feststellen funktioneller Beeinträchtigungen im Hinblick auf die psychische Erkrankung führt nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB. Auch ist zu berücksichtigen, dass gerade in den Funktionssystemen des Rumpfes und des Gehirns einschließlich der Psyche wesentliche Bewertungsanteile auf Schmerzen zurückzuführen sind. Diese lassen sich, insbesondere nachdem ein Schmerzsyndrom attestiert und die Verursachung, Aufrechterhaltung und Intensität der Schmerzen von der Psyche beeinflusst ist (vgl. Reha-Bericht vom 23.08.2017), nur im Sinne einer deutlichen Überschneidung verstehen, sodass auch durch das Hinzutreten des weiteren GdB von 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche eine Erhöhung des Gesamt-GdB nicht in Betracht kommt.

Insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der beim Kläger insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG einen GdB von 40, 50, 60 oder 70 vorsehen andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger nicht so schwer funktionell in seiner Teilhabe im Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist, dass die Feststellung eines GdB von mehr als 40 in Betracht kommt. So sind die Erkrankungen des Klägers weder einzeln noch in ihrer Zusammenschau den nach den VG in Teil B mit einem GdB von 50 bewerteten Gesundheitsstörungen vergleichbar.

Damit konnte der Senat zwar feststellen, dass im Verhältnis zu der früheren Feststellung des GdB mit 20 eine wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten ist. Dieser Änderung hat der Beklagte durch die im Teil-Abhilfebescheid vom 07.08.2015 verfügte Feststellung des GdB mit 40 ab 18.02.2015 ausreichend Rechnung getragen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höhere Feststellung seines GdB

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-07