

L 8 SB 1259/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8.
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 22 SB 120/20
Datum
06.04.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 1259/21
Datum
16.12.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zur Neufeststellung des GdB bei Schlafapnoesyndrom und zu den Anforderungen des Vollbeweises in Bezug auf die Nichtdurchführbarkeit einer nasalen Überdruckbeatmung (Versorgungsmedizinische Grundsätze Teil B Nr. 8.7).
2. Auf eine exakte, in sich widerspruchsfreie und plausible Wiedergabe der geltend gemachten Schwierigkeiten bei der Durchführung der Maskenbeatmung kann umso weniger verzichtet werden, wenn feststeht, dass sich die geschilderten Probleme erst in der häuslichen Umgebung und nicht bereits im Schlaflabor gezeigt haben.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.04.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Erhöhung seines Grades der Behinderung (GdB) von 30 auf 50.

Der 1959 geborene Kläger beantragte am 13.04.2016 beim Landratsamt E erstmals die Feststellung eines GdB. Mit Bescheid vom 10.08.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.01.2017 stellte der Beklagte darauf fest, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers keinen GdB von wenigstens 20 begründen. Die hiergegen vor dem SG Stuttgart geführte Klage (Az. S 26 SB 338/17) endete mit einem Vergleich. Zur Umsetzung des Vergleichs stellte der Beklagte mit Bescheid vom 21.11.2017 einen GdB von 20 ab dem 13.04.2016 und von 30 ab dem 27.07.2017 fest. Dem lagen die beiden Funktionsbeeinträchtigungen abgelaufener Herzinfarkt mit Stentimplantation und Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen zugrunde.

Laut einem Bericht des Schlaflabors des Medizinischen Versorgungszentrums Pneumologisch-Neurologisches Zentrum S (fortan: PNZ) vom 26.10.2018 über eine Behandlung des Klägers vom 25.09.2018 bis 26.10.2018 diagnostizierte der H beim Kläger eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe, Durchschlafstörung, Hypersomnie, arterielle Hypertonie und koronare Herzkrankheit. Eine APAP-Therapie (Auto Continuous Positive Airway Pressure) sei eingeleitet und die notwendigen Materialien angepasst worden. Der Patient habe die Beatmungstherapie als gewöhnungsbedürftig empfunden. Ein imperativer Schlafzwang bestehe nicht, Alpträume kämen nie vor, Kataplexien (kurze Verluste des Muskeltonus als Begleitsymptom einer Schlafstörung) und Schlafähmungen würden nicht angegeben, es bestehe kein Verdacht auf Narkolepsie (neurologisch bedingte Schlafattacken tagsüber).

Mit Rezept vom 10.12.2018 verordnete der B dem Kläger das Hilfsmittel „CVollmaske (Mund und Nase)“, das erstmals im Berufungsverfahren aktenkundig wurde. In einem schon im Verwaltungsverfahren beigezogenen Attest vom 18.12.2018 berichtete B über eine Behandlung des Klägers am selben Tag unter Auswertung des Berichts des PNZ und teilte mit, dass der Kläger die Maske nicht tragen könne, sie nachts vom Kopf reiße und dass er den Kläger an die HNO Klinik Khospital zur Suche nach einer Therapiealternative (Schrittmacherimplantation am Zungengrund oder Unterkieferprotrusionsschiene) überwiesen habe.

Die ambulante Behandlung im Khospital folgte am 21.01.2019. Aus dem zugehörigen Befundbericht vom 30.07.2022 (sic), der auf Anforderung des Berichterstatters erstmals im Berufungsverfahren aktenkundig wurde, gehen die Hauptdiagnosen hochgradiges OSAS

(obstruktives Schlafapnoesyndrom) und CPAP-Intoleranz hervor. Dem Kläger sei als Therapiealternative die Implantation eines Zungenschrittmachers empfohlen und ein OP-Termin vereinbart worden. Nach der in diesem Bericht wiedergegebenen Anamnese habe der Kläger nach der Erstdiagnose des OSAS im Oktober 2018 über mehrere Wochen versucht, mit der Maske zu schlafen, jedoch habe er „große Probleme beim Einschlafen sowie subjektive Durchschlafstörungen, da er sich durch die Schläuche gestört fühle.“ Die APAP-Therapie sei daher im Dezember 2018 wieder abgebrochen worden.

Am 15.07.2019 beantragte der Kläger beim Beklagten die Erhöhung seines GdB und gab zur Begründung die Erkrankungen schwergradige obstruktive Schlafapnoe, Hypersomnie und koronare Herzkrankheit an. Der Beklagte zog Befundberichte der behandelnden Ärzte bei.

Laut vorläufigem Entlassungsbericht der K1-Klinik D vom 26.07.2019 über eine stationäre Reha-Behandlung des Klägers wegen seiner koronaren Herzkrankheit vom 08.07.2019 bis 29.07.2019 finde wegen des vordiagnostizierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms seit Anfang 2019 bei Unverträglichkeit keine Therapie statt. Ein Schlafapnoe-Syndrom liege derzeit nicht vor.

Mit Befundbericht vom 22.08.2019 berichtete der K2, dass der Kläger die Schlafapnoe-Geräte „leider vertrage“ (sic) und aktuell bei massiven Schlafstörungen kein CPAP-Gerät habe. Der Kläger lehne leider eine CPAP-Therapie bei Schlafapnoe-Syndrom ab. Der kardiologische Befund habe sich in einer kardiologischen Reha zuletzt unauffällig gezeigt. Der Blutdruck würde intermittierend schwanken und habe zuletzt 120/80 mmHg betragen.

Mit versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 20.09.2019 bewertete der F den Gesamt-GdB weiter mit 30 ausgehend von folgenden Funktionseinbußen (Teil-GdB in Klammern):

Abgelaufener Herzinfarkt, Stentimplantation, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit	(20)
Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen	(20)
Schlafapnoe-Syndrom	(10)

Mit Bescheid vom 08.10.2019 lehnte der Beklagte den Antrag auf Neufestsetzung des GdB mit der Begründung ab, dass die Voraussetzung für eine höhere Bewertung des GdB unter Berücksichtigung der vorstehenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht vorliege.

Seinen Widerspruch vom 21.10.2019 begründete der Klägerbevollmächtigte insbesondere damit, dass bei ihm allein aufgrund des schwerwiegenden Schlafapnoe-Syndroms bei nicht durchführbarer Überdruckbeatmung ein GdB von mindestens 50 festzustellen sei.

Der Beklagte wies den Widerspruch nach nochmaliger versorgungsmedizinischer Prüfung (Stellungnahme vom 16.11.2019) mit Widerspruchsbescheid vom 03.01.2020 als unbegründet zurück.

Am 09.01.2020 hat der Klägerbevollmächtigte beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat er sein Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft. In der Schweigepflichtentbindungserklärung vom 27.01.2020 hat der Kläger auf Seite 3 angegeben, zuerst („1.“) am 20.11.2018 eine „Maske (C) Teilmaske“ und dann („2.“) am 20.12.2018 eine „Maske / Ganzmaske“ erhalten zu haben und für den 27.12.2018 vermerkt „Rückgabe, Maske nicht getragen, abgerissen“.

Das SG hat den B schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. In seiner Aussage vom 25.05.2020 hat dieser über seine ambulanten Behandlungen des Klägers seit 2009 berichtet und als Diagnosen ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom und Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, chronische Otitis benannt. Er hat unter Beifügung des Berichts des Medizinischen Versorgungszentrums S vom 26.10.2018 mitgeteilt, dass dem Kläger am 10.12.2018 eine „C Vollmaske Mund/Nase“ verschrieben worden sei. Eine nasale Überdruckbehandlung sei eigentlich durchführbar, es gebe keine anatomischen Besonderheiten, aber der Kläger „reiße sich die Maske im Schlaf runter“. Dem Teil-GdB von 20 für die Innenohrschwerhörigkeit bei chronischer Otitis stimme er zu, der Teil-GdB für das Schlafapnoe-Syndrom sei höher als mit 10 zu bewerten, weil der Kläger das Gerät nicht benutzen könne.

Mit Gerichtsbescheid vom 06.04.2021 hat das SG die Klage nach vorheriger Anhörung der Beteiligten abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass für das Funktionssystem Atmung ein Teil-GdB von 20, für das Funktionssystem Ohren ein Teil-GdB von ebenfalls 20 und für das Funktionssystem Herz-Kreislauf ein weiterer Teil-GdB von 20 anzusetzen seien. Hieraus sei ein Gesamt-GdB von 30 zu bilden. Für das Schlafapnoe-Syndrom sei höchstens ein GdB von 20 gerechtfertigt, da die Notwendigkeit einer Beatmung bestehe, auch wenn der Kläger sie nach Auskunft des seines Arztes K2 vom 22.08.2019 ablehne. Es könne nicht davon die Rede sein, dass eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar sei. Vielmehr sei dem Beklagten darin zuzustimmen, dass dafür zumindest auch noch andere Beatmungsgeräte hätten ausprobiert werden können. Eine Nichtdurchführbarkeit sei nicht nachgewiesen. Dies gelte umso mehr, als es der Kläger sei, der eine CPAP-Therapie ablehne.

Am 08.04.2021 hat der Kläger gegen den ihm am 08.04.2021 zugestellten Gerichtsbescheid Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat er insbesondere vorgetragen, dass der GdB allein schon wegen einer nicht durchführbaren nasalen Überdruckbeatmung in Höhe von mindestens 50 festzustellen sei. Das SG habe mit seiner Begründung, der zufolge der Kläger noch andere Beatmungsgeräte hätte ausprobieren können, verkannt, dass beim Kläger durch sachverständiges Zeugnis des B nachgewiesen sei, dass er sich nachts die Beatmungsmaske im Schlaf herunterreiße. Damit sei die Überdruckbeatmung aus tatsächlichen Gründen nicht möglich (Schriftsatz vom 01.06.2021).

Der Kläger beantragt sachdienlich ausgelegt,

den Beklagten unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.04.2021 sowie unter Aufhebung des Bescheides des Landratsamtes E vom 08.10.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2020 zu verurteilen, beim Kläger einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist weiterhin der Ansicht, dass angesichts der Zeugenaussage von B vom 25.05.2020 nicht nachgewiesen sei, dass eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar sei. Ergänzend verweist er auf das Urteil des Bayerischen LSG vom 17.07.2012, Az. [L 15 SB 213/11](#). Danach könne von einer Nichtdurchführbarkeit der nasalen Überdruckbeatmung erst ausgegangen werden, wenn anatomische Besonderheiten einer nasalen Überdruckbeatmung entgegenstünden oder wenn durch das Scheitern entsprechender Therapieversuche der Nachweis der Nichtdurchführbarkeit der nasalen Überdruckbeatmung erbracht sei. Dazu gehöre, dass der Betroffene verschiedene Masken ausgetestet und ein Gewöhnungstraining erfolglos durchlaufen habe. Es reicht nicht, wenn die Beatmungsmaske wegen subjektiver Beschwerden nicht mehr benutzt werde.

Daraufhin hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 12.08.2021 erstmals (abgesehen von seiner Schweigepflichtenbindungserklärung) vorgetragen, dass der Kläger verschiedene Masken erfolglos ausprobiert habe. Er habe die Maske nicht absichtlich, sondern unwillkürlich heruntergerissen. Am 27.11.2018 habe er seine erste Maske, bei der es sich um eine „Voll-Gesichtsmaske (Mund/Nase)“ gehandelt habe, erhalten. Beim mehrmaligen Wechsel der Schlafposition des regelmäßig auf der Seite schlafenden Klägers habe sich der Atemschlauch abgelöst und sei die Maske abgerutscht. Nach jeder Unterbrechung habe das Gerät wieder neu eingestellt und in Betrieb genommen werden müssen. Diese Phänomene hätten durchgehend während der einmonatigen Testung bestanden. Im Zuge einer Beratung bei der Firma A GmbH (im Folgenden: Fa. A) am 20.12.2018 sei ihm von einer Mundmaske als Alternative zur Vollmaske abgeraten und als zweite Maske eine Nasenmaske gegeben worden. Bei deren Testung hätten sich ebenfalls Probleme gezeigt. So habe sich der Mund geöffnet und sei ausgetrocknet. Der starke Gegendruck beim Ausatmen habe bewirkt, dass der Kläger nur noch durch den Mund geatmet habe, was die bereits bei der ersten Maske ausgelöste Erkältungssymptomatik noch weiter verstärkt habe.

Der Senat hat darauf Beweis erhoben durch erneute Befragung des den Kläger ambulant behandelnden B und erstmalige Befragung des den Kläger im Schlaflabor behandelnden H vom PNZ als sachverständige Zeugen sowie zwei schriftliche Zeugenbefragungen der Fa. A.

Die Fa. A hat zunächst mit Schreiben ihres Mitarbeiters Herrn B vom 07.02.2022 mitgeteilt, dass der Kläger zuerst am 27.11.2018 mit einer auf ihn angepassten Nasenmaske versorgt worden sei. Da sich diese im Verlauf als nicht zweckmäßig erwiesen habe, sei auf eine Nasen-Mund-Maske umgestellt worden, die der Mitarbeiter Herr R auf den Kläger angepasst habe. Die Therapie sei bereits im Januar 2019 auf Wunsch des Klägers beendet worden. Am 23.05.2022 hat die Fa. A auf konkrete Nachfragen zur Maskenanpassung beim Kläger nur über allgemeine Erfahrungen mit der Anpassung von Masken und den Schlafgewohnheiten von Patienten berichtet.

B hat am 24.05.2022 schriftlich ausgesagt, dass er sich mit seiner vorausgegangenen Aussage gegenüber dem SG nur auf die Aussagen seines Patienten zum Abreißen der Maske bezogen habe. Eigene Befunde habe er dazu nicht erhoben. Zu einer überwiegenden Schlafposition des Klägers könne er keine Aussage treffen. Aus einer Polygraphie vom 29.07.2021 gingen 41,6 % Rechts- und 5,6 % Linkslage, 43,5 % Rückenlage sowie 9,3 % Bauchlage hervor.

Anstelle des nicht mehr für das PNZ S tätigen H hat der Z vom Medizinischen Versorgungszentrum - PNZ am 07.06.2022 über die beim Kläger in drei Schlaflabornächten im Oktober 2018 erhobenen Polysomnographien (Untersuchung und Messung bestimmter biologischer Parameter im Schlaf zur Differentialdiagnose von Schlafstörungen und Schlafapnoe-Syndromen) berichtet und mitgeteilt, dass sich aus ihnen keine bevorzugte Schlafposition entnehmen lasse und dass das beobachtete Schlafverhalten keine objektivierbaren Auswirkungen auf die grundsätzliche Durchführbarkeit einer nasalen Überdruckbeatmung zeige, insbesondere sei kein Abreißen der Maske im Schlaf dokumentiert. Die erstmals in der 3. Nacht angewendete Nasenmaske habe die Atemaussetzer von initial 32/h gut auf 8,9/h reduziert. Zu einer Ganzgesichtsmaske gebe es keine Aufzeichnungen. Das Schlafverhalten lasse sich angesichts dessen durch eine regelhaft angewendete APAP-Therapie eindeutig bessern.

Der Berichterstatter hat die Sach- und Rechtslage am 12.08.2022 mit den Beteiligten erörtert, den Kläger zum Hergang auch unter Vorhalt der Aktenlage eingehend befragt und Beweis erhoben durch Vernehmung der Ehefrau des Klägers als Zeugin. Der Kläger und die Zeugin haben hierbei übereinstimmend angegeben, dass der Kläger zuerst etwa 4 Wochen lang eine Vollgesichtsmaske über Mund und Nase getestet habe und anschließend für einen kürzeren Zeitraum eine Nasenmaske. Mit beiden habe es verschiedene, im Einzelnen näher dargelegte, Probleme gegeben. Wegen des weiteren Inhalts der Beweisaufnahme wird auf das Protokoll vom 12.08.2022 Bezug genommen.

Auf schriftliche Nachfrage des Berichterstatters an Z hat M für den nicht mehr im PNZ tätigen Z am 30.08.2022 geantwortet und ausdrücklich klargestellt, dass Zs Angaben zur Maskenart (Nasenmaske erfolgreich erprobt, keine Aufzeichnungen zu einer Mundnasenmaske) mit der Dokumentation übereinstimmen. Es sei normalerweise fast immer so, dass zuerst nasale Masken ausprobiert und nur bei absoluter Intoleranz Mundnasenmasken probiert würden. Aufgrund der üblichen modellspezifischen und sowohl handschriftlichen als auch Video-Dokumentation im Zuge einer Maskenanpassung und -erprobung zunächst im Schlaflabor durch einen Techniker der Fa. A und deren anschließende ärztliche Auswertung im PNZ, hier durch H, halte er es für „extrem unwahrscheinlich“, dass beim Kläger eine Vollmaske angepasst und ausprobiert worden wäre. Hierfür hätten nicht nur dem Techniker der Fa. A und der Medizinischen Fachangestellten des PNZ dieselben modellspezifischen Schreibfehler unterlaufen sein müssen, sondern auch die (ggf. abweichenden) Videobilder hätten in der Auswertung durch H übersehen worden sein müssen. Auf die inzwischen vernichteten Originalaufzeichnungen könne er allerdings nicht mehr zugreifen.

Der Beklagte vertritt die Ansicht, dass die Zeugenaussage den zuletzt vom Kläger vorgetragenen Sachverhalt zwar bestätige, dass aber angesichts des von der Fa. A und dem PNZ geschilderten Hergang weiterhin fraglich bleibe, welche Maske wann getragen worden sei und welche Masken welche Beschwerden hervorgerufen hätten. Der Vollbeweis der Nichtdurchführbarkeit der nasalen Überdruckbeatmung dürfte aufgrund der Widersprüche schwierig sein.

Zuletzt hat der Klägerbevollmächtigte vorgebracht, dass es letztlich keine Rolle spiele, in welcher Reihenfolge der Kläger die verschiedenen Masken jeweils erfolglos getestet habe. Geringfügige Unklarheiten im Vorbringen des Klägers und seiner Ehefrau würden auf dem langen Zeitablauf beruhen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) erklärt.

Wegen aller weiteren Einzelheiten und des übrigen Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach § 151 SGG form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG entscheiden konnte, ist nicht begründet. Der Bescheid vom 08.10.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2020 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist eine Verpflichtung des Beklagten, den GdB des Klägers in Höhe von mindestens 50 seit der Antragstellung am 15.07.2019 festzustellen. Dieses Ziel verfolgt der Kläger zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG. Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist daher nicht zu beanstanden.

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 sogenannten 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-Feststellung ist § 2 Abs. 1 SGB IX in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fassungen in Verbindung mit § 69 SGB IX in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise in Verbindung mit § 152 Abs. 1 und 3 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese - da Übergangsregelungen fehlen - nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozialrechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegründenden Ereignisse oder Umstände jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014 - B 9 SB 2/13 R -; BSG, Urteil vom 04.09.2013 - B 10 EG 6/12 R -, beide in juris).

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen 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 6 Monate hindern können, wobei eine Beeinträchtigung in diesem Sinne vorliegt, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen stellen die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach § 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt ergänzend, dass der GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung festgestellt wird. Als GdB werden dabei nach § 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen, nach § 69 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach § 152 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach § 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach § 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach § 153 Abs. 2 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt diese Ermächtigung für die allgemeine - also nicht nur für die medizinische - Bewertung des GdB und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen sowie auch für die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit. Zwar ist von dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt § 159 Abs. 7 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise § 241 Abs. 5 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass - soweit eine solche Verordnung nicht erlassen ist - die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 17 BVG in der bis zum 30.06.2011 geltenden Fassung beziehungsweise § 30 Abs. 16 BVG in der ab dem 01.07.2011 geltenden Fassung erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist für die konkrete Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP) getretene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu § 2 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 (BGBl. I S. 2412), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 (BGBl. I S. 249), 14.07.2010 (BGBl. I S. 928), 17.12.2010 (BGBl. I S. 2124), 28.10.2011 (BGBl. I S. 2153) und 11.10.2012 (BGBl. I S. 2122) sowie das Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des

Sachverständiges anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#) –, juris).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#) –, juris). Nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. d, von Ausnahmefällen abgesehen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Außerdem sind nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich trichterförmige Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#) –, juris).

Gemessen an diesen gesetzlichen Vorgaben hat das SG den GdB zutreffend mit 30 bewertet. Für die beim Kläger bestehenden Funktionseinbußen in den beiden Funktionssystemen Ohren und Herz-Kreislauf sind übereinstimmend mit der versorgungsärztlichen Einschätzung des F vom 20.09.2019 Teil-GdB Werte von jeweils 20 anzusetzen. Dies steht zwischen den Beteiligten auch außer Streit. Weder die vom SG noch die vom Senat durchgeführten Ermittlungen geben Anlass zu einer abweichenden Bewertung. Auf die insoweit zutreffenden Gründe des angefochtenen Gerichtsbescheids wird daher Bezug genommen und von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Im Funktionssystem Atmung leidet der Kläger unter einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS) mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung. Dieses ist gemäß den VG 8.7 mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Der Senat stellt das Vorliegen dieser dauerhaften Erkrankung, das zwischen den Beteiligten unstreitig ist, in Übereinstimmung mit den ganz überwiegenden Berichten der den Kläger behandelnden Ärzte fest. Der einzige abweichende Bericht („kein Schlafapnoe-Syndrom“) aus der kardiologischen Reha-Behandlung vom 08.07.2019 bis 29.07.2019 liegt nur in einer vorläufigen Fassung vor. Die darin enthaltene zitierte Aussage steht bereits mit den weiteren dort wiedergegebenen anamnestischen Angaben (Atemstillstände, Einschlafschwierigkeiten, Schnarchen, Konzentrationsschwäche, Gefühl von Mattigkeit und Zerschlagenheit) und Werten zur Sauerstoffsättigung (Grundsättigung 94,6 %, Minimalsättigung 79%, durchschnittliche Entsättigungsdauer 54,8 s) kaum in Einklang und widerspricht den einschlägigen fachärztlichen Beurteilungen des ambulant behandelnden B (Attest vom 18.12.2018, Zeugenaussage vom 25.05.2020), des K2 (Befundbericht vom 22.08.2019) und des HNO-ärztlichen Befundberichts des Khospitals vom 01.08.2022), die allesamt die Diagnose OSAS bestätigen. Die Notwendigkeit einer nasalen Überdruckbeatmung, die vom Kläger nicht durchgeführt wird, ist zudem durch eine Schlaflaboruntersuchung bestätigt (Entlassungsbericht des PNZ H vom 26.10.2018).

Diese Erkrankung unterfällt den Vorgaben der VG 8.7. Danach ist der GdB ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung regelmäßig in Höhe von 0-10, mit einer - wie hier durch Bericht PNZ vom 26.10.2018 nachgewiesenen - Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung in Höhe von 20 und bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung in Höhe 50 zu bemessen. Nach den VG a.a.O. wären Folgeerscheinungen oder Komplikationen gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen. Solche liegen beim Kläger jedoch nicht vor, wie der (vorläufige) Entlassungsbericht aus der kardiologischen Reha-Behandlung vom 08.07. bis 19.07.2019 und die damit übereinstimmende Auskunft des ambulant behandelnden Internisten K2 vom 22.08.2019 belegen.

Nicht einschlägig ist dagegen VG 3.2 für Narkolepsie, bei der je nach Häufigkeit, Ausprägung und Kombination der Symptome (Tagesschläfrigkeit, Schlafattacken, Kataplexien, automatisches Verhalten im Rahmen von Ermüdungserscheinungen, Schlafstörungen - häufig verbunden mit hypnagogen Halluzinationen) ein GdB von in der Regel 50 bis 80 anzusetzen wäre. Denn derlei Symptome lagen weder laut Bericht des Schlaflabors des PNZ vom 26.10.2018 vor, noch hat der Kläger solche im weiteren Verlauf vorgetragen.

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. Für das Klage- und Berufungsbegehren ist daher von zentraler Bedeutung, ob eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar ist, so dass bereits insoweit ein Teil-GdB von 50 anzusetzen und der Gesamt-GdB entsprechend höher zu bewerten wäre. Für diese Frage ist, wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, die Therapieerträglichkeit entscheidend (Senatsurteile vom 20.03.2020 – [L 8 SB 3405/18](#) – juris und vom 24.06.2022 – [L 8 SB3672/20](#) – n.v., jeweils mit Verweis auf Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Kommentar, Sozialmedizinischer Verlag des VdK Deutschland, 5. Auflage, S. 182). Bei der Beurteilung der Therapieerträglichkeit kommt es allerdings nicht darauf an, ob der Betroffene aus seiner Sicht meint, die Maske nicht tragen zu können, oder gar glaubt, dass eine CPAP-Behandlung keinen Sinn ergebe (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 12.10.2010 – [L 15 SB 64/09](#) – juris). Entscheidend ist vielmehr die objektive Therapieerträglichkeit. Psychische Abnormitäten wie Zwangs- oder Angstneurosen können gegebenenfalls eine Berücksichtigung finden, wobei erforderlich ist, dass sich der Betroffene wegen der behaupteten psychischen Probleme beim Tragen der Atemmaske in psychiatrische Behandlung begeben hat (Wendler/Schillings a.a.O. mit Verweis auf Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.07.2004 – [L 6 SB 93/02](#); siehe auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28.10.2014 – [L 3 SB 61/12](#) – juris). Von einer Nichtdurchführbarkeit der nasalen

Überdruckbeatmung kann erst ausgegangen werden, wenn anatomische Besonderheiten einer nasalen Überdruckbeatmung entgegenstehen oder wenn durch das Scheitern entsprechender Therapieversuche der Nachweis der Nichtdurchführbarkeit der nasalen Überdruckbeatmung erbracht ist. Dazu gehört, dass der Betroffene verschiedene Masken ausgetestet und ein Gewöhnungstraining erfolglos durchlaufen hat. Es reicht nicht, wenn die Beatmungsmaske wegen subjektiver Beschwerden nicht mehr benutzt wird (vgl. Senatsurteile vom 20.03.2020 und 24.06.2022 a.a.O. und Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 17.07.2012 – [L 15 SB 213/11](#) – juris).

Anatomische Besonderheiten, die die Durchführung einer Maskenbeatmung erschweren würden, liegen beim Kläger nicht vor (vgl. Zeugenaussage des behandelnden B vom 25.05.2020).

Auch aus dem Schlafverhalten des Klägers, insbesondere einer vorwiegend eingenommenen Schlafposition, lässt sich nicht ableiten, dass eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar wäre (vgl. jedoch der insoweit abweichende Sachverhalt im Senatsurteil vom 20.03.2020 – Az. [L 8 SB 3405/18](#), juris). Denn der Bericht des PNZ vom 26.10.2018 und die Zeugenaussage von Z vom 07.06.2022 zeigen im Gegenteil ausgehend von Beobachtungen während 3 Schlafabornächten, davon 2 untherapiert und 1 mit Nasenmaske, objektiv einen guten Therapieerfolg (Reduzierung der Atemaussetzer von initial 32/h auf 8,9/h) auf bei nur subjektiv angegebener Gewöhnungsbedürftigkeit. Auf die ausdrückliche Frage des Senats an das PNZ, an die Fa. A und an den ambulant behandelnden B, ob ein bestimmtes Schlafverhalten, insbesondere eine vom Kläger vorwiegend eingenommene Schlafposition die Anwendung einer Maskenbeatmung erschwere, haben diese nichts dergleichen vorgetragen.

Der Senat vermag auch anhand des persönlichen Vorbringens des Klägers und seiner als Zeugin befragten Ehefrau nicht festzustellen, dass beim Kläger eine nasale Überdruckbeatmung nicht durchführbar wäre. Die hierzu vorliegenden Behandlungsberichte stehen mit den eigenen Angaben des Klägers und seiner Ehefrau in einem wesentlichen Punkt in einem so großen und nicht auflösbaren Widerspruch, dass der Senat nicht zweifelsfrei zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger mehrere ernsthafte Behandlungsversuche mit verschiedenen Masken unternommen und hierbei trotz ernsthafter Bemühungen nachhaltig so schwerwiegenden Problemen begegnet ist, wie von ihm und seiner Ehefrau geschildert. Dies wäre jedoch erforderlich, um eine Nichtdurchführbarkeit im Sinne der VG 8.7 unter Fortführung der vorstehend ausgeführten Rechtsprechung des Bayerischen Senats, der sich der Senat anschließt, anzunehmen.

Die vom Kläger und seiner Ehefrau im Erörterungstermin am 12.08.2022 geschilderten Schwierigkeiten bei der Durchführung der Maskenbeatmung erweisen sich zu einem wesentlichen Teil abhängig vom Maskentyp (Vollmaske bzw. Nasenmaske). Denn nur die Nasenmaske kann zu einem Öffnen des Mundes mit damit einhergehender verstärkter Mundatmung, Austrocknen der Mundschleimhäute, Geräuschbelastung aus dem Mund geführt haben. Die Zeugin hat beispielsweise zu den Erlebnissen mit der nach ihrer Schilderung zweiten erprobten Maske ausgesagt: „Bei der Kurzmaske sei es etwas anders gewesen. Hier habe sich der Körper ihres Ehemannes wohl gewehrt und den Mund geöffnet. Alles sei dann aus dem Mund herausgekommen, wie das Zischen. Auch hier sei es sehr laut gewesen.“ Der vom Kläger und seiner Ehefrau geschilderte Ablauf der Maskenerprobung von 1. Vollmaske und 2. Nasenmaske ist trotz des mit diesen Aussagen verbundenen Detailreichtums nicht plausibel. Denn er steht mit der übrigen Aktenlage und den Zeugenbefragungen in Widerspruch. Diese weisen entweder auf nur eine einzige getestete Maske hin (so die Zeugenauskünfte von B vom 25.02.2020 und 24.05.2022 und der Befundbericht des Khospitals vom 30.07.2022 über die Behandlung am 21.01.2019) oder eindeutig auf eine Testung in der abweichenden Reihenfolge 1. Nasenmaske, 2. Vollmaske. Am diesbezüglichen Klägervorbringen fällt zunächst auf, dass der Umstand, dass der Kläger überhaupt mehr als eine einzige Maske erprobt habe, trotz der gerade darauf hinweisenden versorgungsärztlichen Stellungnahme im erstinstanzlichen Verfahren („hätte mehrere Masken vergeblich erproben müssen“) und der ebenfalls darauf abstellenden Begründung des angefochtenen Gerichtsbescheids (Seite 6: „Vielmehr ist dem Beklagten darin zuzustimmen, dass dafür zumindest auch noch andere Beatmungsgeräte hätten ausprobiert werden können.“) weder mit der Klage- noch mit der Berufungsbegründung vom 01.06.2021 überhaupt je geltend gemacht wurde. Ein entsprechender Vortrag erfolgte vielmehr erstmals in Reaktion auf die Berufungserwiderung mit Schriftsatz vom 08.07.2022. Soweit der Kläger zumindest mit seiner im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Schweigepflichtentbindungserklärung vom 27.01.2020 auf die Verwendung zwei verschiedener Masken hingewiesen hat, ist dies ebenfalls nicht geeignet, Zweifel über den Hergang auszuräumen. Denn ausgerechnet zu den eigenen schriftlichen Angaben aus jener Erklärung („1. 20.11.2018 Teilmaske, 2.) 20.12.2018 Vollmaske“) setzen sich der Kläger und seine Ehefrau mit ihren mündlichen Angaben im Erörterungstermin in Widerspruch. Der auf Vorhalt dieses Dokuments abweichende Erklärungsversuch des Klägers im Erörterungstermin zur angeblichen Zufälligkeit der von ihm selbst vorgenommenen Nummerierung („1. ..., 2. ...“) erweist sich angesichts der zeilengleich hinzugefügten und mit dieser Reihung übereinstimmenden Datumsangaben als eine durch die übrige Beweiserhebung widerlegte Schutzbehauptung.

Bei der vom Kläger und seiner Ehefrau mündlich geschilderten Reihenfolge der getesteten Masken dürfte es sich, wie auch der Klägerbevollmächtigte einräumt, um eine verfälschte Erinnerung handeln. Das klägerische Vorbringen, wonach weder der Kläger noch seine Ehefrau der Reihenfolge der getesteten Masken jemals eine besondere Bedeutung beigemessen hätten, ist ohne weiteres nachvollziehbar. Umso deutlicher zeigt sich allerdings die nicht ausräumbare Diskrepanz zwischen den auch auf wiederholte Nachfrage vehement aufrecht erhaltenen Angaben des Klägers und seiner Ehefrau zu dieser Reihenfolge und dem Ergebnis der übrigen Beweiserhebung. Die Reihenfolge der getesteten Masken ist dabei keineswegs so unerheblich, wie der Kläger zuletzt glauben machen will. Denn die nach der dargelegten Senatsrechtsprechung entscheidende Frage, ob eine Maskenbeatmung nicht nur subjektiv unangenehm, sondern objektiv undurchführbar ist, so dass nach den VG der wesentlich höherer Teil-GdB von 50 statt 20 in Betracht kommt, hängt ganz wesentlich davon ab, welche Masken erprobt wurden und dabei Schwierigkeiten welcher Art und welchen Ausmaßes bereitet haben. Dementsprechend differenzieren sowohl die schriftlichen (Schriftsatz vom 12.08.2021) als auch mündlichen Angaben des Klägers im Erörterungstermin im Ansatz nachvollziehbar und angemessen zwischen den von beiden Maskentypen jeweils hervorgerufenen Problemen. So habe die vermeintlich als zweite Maske getestete Nasenmaske zum Öffnen des Mundes, dessen Austrocknung, verstärkter Mundatmung und Verstärkung der schon von der ersten, vermeintlich der Vollmaske, verursachten Erkältungssymptome geführt. Ein solcher Geschehensablauf ist durch die übrige Beweisaufnahme jedoch widerlegt. Damit bleibt letztlich im Ungewissen, welche der Masken überhaupt welche genauen Schwierigkeiten tatsächlich bereitet hat bzw. inwieweit die Erinnerungen des Klägers und seiner Ehefrau an die Geschehnisse vor mehr als dreieinhalb Jahren in diesem Verfahren verzerrt oder verfälscht wiedergegeben werden.

Auf eine exakte, in sich widerspruchsfreie und plausible Wiedergabe der geltend gemachten Schwierigkeiten bei der Durchführung der Maskenbeatmung kann jedoch umso weniger verzichtet werden, als auch nach den Angaben des Klägers (Schriftsatz vom 24.05.2022) feststeht, dass sich die von ihm geschilderten Probleme erst in der häuslichen Umgebung und nicht bereits im Schlaflabor gezeigt haben, so

dass es außer den Schilderungen der als Zeugin befragten Ehefrau keine Beobachtungen Dritter gibt, die die vom Kläger entgegen den im Schlaflabor erhobenen Befunden geschilderten Schwierigkeiten bestätigen könnten.

Nach all dem ist die Nichtdurchführbarkeit einer nasalen Überdruckbeatmung vorliegend nicht mit der erforderlichen Gewissheit nachgewiesen. Der für eine anspruchsbegründende Tatsache erforderliche Vollbeweis setzt voraus, dass bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses der Beweisaufnahme von der zu beweisenden Tatsache mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit auszugehen sein muss. Es darf dabei kein vernünftiger, in den Umständen des Einzelfalls begründeter Zweifel mehr bestehen. Von dem Vorliegen der entscheidungserheblichen Tatsachen muss insoweit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden können (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2006 - B 4 R 26/06 R -; BayLSG, Urteil vom 26.07.2006 - [L 16 R 100/02](#) -, beide in juris; [BSGE 45, 285](#); [BSGE 50, 80](#)). Können die genannten Tatsachen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht im erforderlichen Vollbeweis nachgewiesen werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte für sich herleiten möchte.

Die aufgezeigten Ungereimtheiten sowohl innerhalb des klägerischen Vorbringens als auch zwischen dem vom Kläger und seiner Ehefrau vorgetragenen Hergang einerseits und der gesamten medizinischen Dokumentation andererseits stehen nach Überzeugung des Senats der Feststellung entgegen, dass beim Kläger aufgrund mehrerer objektiv erfolglos verlaufener ernsthafter Behandlungsversuche eine nasale Überdruckbeatmung nicht möglich wäre.

Der Sachverhalt ist insoweit nach [§ 103 SGG](#) ausermittelt. Weitere Ermittlungsansätze stehen nach Auswertung aller Befundberichte im Wege des Urkundenbeweises, nach eingehender und teils wiederholter schriftlicher Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen, mündlicher Befragung der Ehefrau des Klägers als Zeugin sowie Heranziehung auch des mündlichen Vorbringens des in einem Termin zur Beweisaufnahme persönlich erschienenen Klägers ([§ 103 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG) nicht mehr zur Verfügung.

Der übrige und zwischen den Beteiligten unstreitige Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Weitere Ermittlungen von Amts wegen sind nicht erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen und Zeugenaussagen haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische 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 30, 40 oder 50 fest vorgegeben ist (BSG, Urteil vom 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Aus den damit anzusetzenden drei Teil-GdB Werten von jeweils 20 ist ein Gesamt-GdB von mehr als 30 unter Beachtung der dargestellten Vorgaben der VG und der ständigen Senatsrechtsprechung nicht zu bilden. Insbesondere kommt die Feststellung eines Gesamt-GdB von 50 nicht in Betracht. Denn beim Kläger besteht keine schwerwiegende Behinderung, die einzeln mit einem Teil-GdB von 30 oder mehr zu bewerten ist. Nach den dargestellten Grundsätzen zur Bildung des Gesamt-GdB ist es bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. Urteil des Senats vom 24.01.2014 - [L 8 SB 211/13](#), juris, und Urteile vom 25.03.2011 - [L 8 SB 4762/08](#) - und 05.03.2010 - [L 8 SB 5038/08](#) -, m.w.N., unveröffentlicht) ist es daher grundsätzlich nicht möglich, bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit einem Teil-GdB von 20, wie dies beim Kläger zutrifft, einen Gesamt-GdB von 50 zu bilden und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festzustellen. Umstände, wie etwa das besonders ungünstige Zusammenwirken von Behinderungen, die eine Ausnahme zulassen, liegen beim Kläger nicht vor.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-20