

L 6 SB 636/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen
S 2 SB 4557/16

Datum
10.01.2018

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

L 6 SB 636/18
Datum

21.02.2019

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Januar 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die behördliche Erstfeststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab dem 8. Februar 2016.

Der am xx. xx 1954 geborene und im Landkreis C. wohnhafte Kläger befindet sich seit März 2016 im Ruhestand. Er beantragte erstmals am 8. Februar 2016 die Feststellung des bei ihm bestehenden GdB. Bei ihm lägen ein Bandscheibenleiden der LWS (Lendenwirbelsäule), zwei- bis viermal im Jahr ein Drehschwindel, ein Meniskusschaden an beiden Kniegelenken, ein Karpaltunnelsyndrom am linken Arm, eine Reflux-Erkrankung, ein Tinnitus, eine Schwerhörigkeit und ein Blutdruckhochdruck vor. Ergänzend reichte er verschiedene ärztliche Unterlagen ein. Nach einem Bericht des Prof. Dr. K., Universitätsklinikum T., vom 27. August 2009 bestehe eine gastroösophageale Refluxerkrankung. Die 24h-pH-Metrie zeige einen mehr als dreifach erhöhten pathologischen sauren Reflux. Nach einem Bericht des Internisten Dr. H. vom 27. März 2017 gebe der Kläger seit Jahren konstante abdominale Schmerzen unabhängig vom Essen an. In der Koloskopie und Endoskopie zeigten sich Hämorrhoiden zweiten Grades, eine Sigmadivertikulose und ein Rektumpolyp. Ausweislich eines diesbezüglich eingeholten Histologiebefundes des Prof. Dr. F., Institut für Pathologie und Molekularpathologie P., vom 31. März 2015 zeigte sich eine leichte degeneratorische hyperplastische Dickdarmschleimhaut und keine Malignität. Nach einem weiteren Bericht des Prof. F. vom 9. April 2014 bestehe eine leichtgradige chronische, gering aktive Ösophagitis mit Nachweis einer Barrett-Schleimhaut ohne Dysplasie, passend zu einer kardio-ösophagealen Reflux-Krankheit, ferner eine leichtgradige chronische C-Gastritis. Nach einem 24-Stunden-Blutdruck-Befundbericht über eine Untersuchung am 23. und 24. Oktober 2014 liege der systolische Blutdruck im Mittel bei 136,4 mmHg, der diastolische bei 75,2 mmHg.

Ergänzend befragte das Versorgungsamt des Landratsamts behandelnde Ärzte des Klägers. Der Hals-Nasen-Ohren-Arzt (HNO-Arzt) Dr. B. teilte mit Schreiben vom 12. Februar 2016 unter Vorlage eines Audiometriebefundes vom 28. Januar 2015 mit, der Kläger beklage nachlassendes Hörvermögen verbunden mit Ohrgeräuschen, die vor allem nachts und in Ruhe wahrgenommen würden und dann sehr störend seien. Ferner gebe er rezidivierenden Drehschwindel bei Bewegung an, besser nach Durchführung von Befreiungsmanövern. Unter der Frenzelbrille trete kein Spontan-, Blickrichtungs- oder Provokationsnystagmus auf. Im Lagerungsmanöver bei Stimulation des rechten lateralen Bogengangs komme es zu einem Schwindel mit Nystagmus, sonst unauffällige Lagerungsmanöver. Mit Hörgeräten werde im freien Schallfeld ohne Geräusche ein Einsilberverstehen von 90 Prozent erzielt. Der Internist Dr. W. erklärte mit Schreiben vom 24. Februar 2016, in den letzten zwei bis drei Jahren sei es mehrfach zu Vorstellungen wegen schmerzbedingter Wirbelsäulenproblematik ohne neurologische Ausfälle gekommen. Eine antientzündliche und analgetische Therapie sei durchgeführt worden. Ein benigner Lagerungsschwindel sei bekannt. Hierzu legte Dr. W. einen entsprechenden Befundbericht des Dr. B. vom 23. Oktober 2014 bei. Weiter erklärte Dr. W., es bestehe eine Hiatushernie sowie eine Refluxösophagitis mit Barrett-Schleimhautveränderungen. Hier werde regelmäßig mit Omeprazol behandelt. Wegen arterieller Hypertonie erfolge seit Jahren eine Behandlung mit einem ACE-Hemmer. Hierunter hätten die in der Praxis gemessenen Blutdruckwerte immer im Normbereich gelegen. Über Organveränderungen wie z. B. Augenhintergrundveränderungen könne er keine Aussagen machen. Der Orthopäde und Chirurg Dr. O., Gemeinschaftspraxis Dr. E. und Dr. O., führte mit Schreiben vom 28. April 2016 aus, der Kläger habe sich erstmalig am 8. März 2016 vorgestellt. Er sei vorletzten Samstag auf die linke Schulter gestürzt und habe immer noch belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen angegeben. Es sei eine Schulterprellung und ein Verdacht auf Rotatorenmanschettenruptur links diagnostiziert worden. Die Innen- und Außenrotation sei frei, die Abduktion bis 70° möglich gewesen, die Durchblutung, Motorik und Sensibilität unauffällig. Nach dem beigefügten MRT-Befund vom 20. März 2016 zeigte sich unter anderem eine

bursseitige Teilruptur der distalen Supraspinatussehne, ein kurzer Einriss am Oberrand der distalen Subscapularissehne mit Luxation der langen Bizepssehne und ein degenerativ signalverändertes und deformiertes anterior- und superiores Labrum glenoidale, verdächtig auf alten degenerativem Einriss.

Das Landratsamt holte hierauf eine gutachtliche Stellungnahme der Versorgungsärzte Dr. Z., O. und K. vom 12. Mai 2016 ein. Nach dieser sei die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, die Nervenwurzelreizerscheinungen und der Bandscheibenschaden mit einem Teil-GdB von 20 und die Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen ebenfalls mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Der Schwindel, die Funktionsbehinderung beider Kniegelenke, die Mittelnervendruckschädigung links (Karpaltunnelsyndrom), die Refluxkrankheit der Speiseröhre, der Bluthochdruck, ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, eine Prostatavergrößerung und eine Funktionsbehinderung des längsten Schultergelenks bedingten jeweils keinen Teil-GdB von mindestens 10.

Gestützt auf diese Bewertung stellte das Landratsamt mit Bescheid vom 13. Juni 2016 einen GdB von 30 seit dem 1. Januar 2016 fest. Die Behinderung habe zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt.

Gegen diese Entscheidung erhob der Kläger am 24. Juni 2016 Widerspruch. Von dem Wirbelsäulenleiden sei die LWS, aber auch das Kreuz/Steißbein betroffen. Es würden Verformungen, Spinalkanalverengungen und häufige Reizerscheinungen, welche in alle Gliedmaßen ausstrahlten und zu Taubheitsgefühlen bis hin zu Gangunsicherheiten mit Stürzen führten, beschrieben. Auch ein unkontrollierbarer Harnabgang sei die Folge der Ausstrahlung. Es lägen daher schwere Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vor, welche mit einem Teil-GdB von 30 bis 40 bewertet werden könnten. Sprachaudiometrisch werde ein Hörverlust für Einsilber bis zu 30 Prozent angegeben. Allein der Hörverlust bedinge einen Teil-GdB von 20. Der langjährig bestehende und nicht kompensierte Tinnitus erhöhe diesen Teil-GdB noch, weshalb auf HNO-Gebiet ein GdB von 30 für angemessen erachtet werde. Die Reflux-Krankheit führe täglich selbst zu heftigen Beschwerden, welche trotz Medikation und Schrägstellung des Bettes nicht beherrschbar seien. Die OP-Indikation werde gesehen. Zudem bestünden negative Auswirkungen des Säureaustritts auf Nachbarorgane, insbesondere den Magen, welche durch eine angegriffene Schleimhaut, auch durch einen Polypen, in Mitleidenschaft gezogen sei. Die Veränderungen des Magens bedürften regelmäßiger ärztlicher Kontrollen, um einen malignen Verlauf vorhersehen zu können. Dies bedinge einen Teil-GdB von 20 bis 30. Die Kniegelenksprobleme beidseits seien nicht bewertet worden. Es lägen beidseitig Meniskusschäden vor, welche die Beweglichkeit erheblich einschränkten. Die Behandlung erfolge derzeit ausschließlich durch tägliche Einnahme von Schmerzmitteln (Diclofenac). Hier gebe es negative Wechselwirkungen zu den Magenproblemen. Es werde ein Teil-GdB von 20 gesehen. Die Probleme der Schulter seien zumindest radiologisch nachgewiesen. Der GdB belaufe sich auf mindestens 10. Er leide mehrmals im Jahr unter Schwindelattacken, welche 3 Tage andauerten und auch zu heftiger Übelkeit führten. Solche Schwindelattacken seien selbst in ihrer leichten Form mit einem GdB von 20 zu bewerten.

Hierzu legte der Kläger einen Radiologie-Befundbericht des Dr. K. vom 4. Oktober 2016 vor. Nach diesem bestand eine aktivierte medialbetonte Gonarthrose mit chondromalazischen Veränderung Grad III sowie auch eine ausgeprägte Degeneration des Innenmeniskus in den Pars intermedia sowie im Vorder- und Hinterhorn mit beginnender Rissbildung in das rechte Knie. Es bestehe kein Außenmeniskusriss und keine frische Bandruptur. Es zeige sich eine Degeneration des vorderen und des hinteren Kreuzbandes. Die Chondromalazie liege im Grad II/initial Grad III retropatellar medialbetont und es bestehe ein Gelenkerguss.

Nach der erneuten versorgungsärztlichen Stellungnahme der bereits zuvor gehörten Versorgungsärzte vom 2. November 2016 könne ein Knorpelschaden mit Reizerscheinungen am rechten Kniegelenk anerkannt werden. Das Wirbelsäulenleiden sei ohne anhaltende sensomotorische Defizite. Häufig rezidivierende und anhaltende Bewegungseinschränkung, sowie häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome seien bereits anerkannt. Nach dem Sprachaudiogramm bestehe Normalhörigkeit, so dass Ohrgeräusche mit psychovegetativen Störungen bereits anerkannt seien. Eine Reflux-Krankheit sei medikamentös behandelbar und ohne GdB. Eine Funktionseinschränkung der Schulter bestehe nicht. Der Schwindel erreiche nicht das Ausmaß einer Behinderung. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, die Nervenwurzelreizerscheinungen und der Bandscheibenschaden seien mit einem Teil-GdB von 20, die Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen mit einem Teil-GdB ebenfalls von 20 und auch die Knorpelschäden am rechten Knie mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 30.

Gestützt hierauf wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22. Dezember 2016 zurück.

Am 28. Dezember 2016 hat der Kläger darauf Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur Begründung hat er im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und dahin ergänzt, dass auch das Prostata-Adenom als Behinderung anerkannt werden müsse. Dieses bedinge eine Harnentleerungsstörung mit auch gelegentlich auftretendem unkontrolliertem Harnabgang. Insofern sei ein Teil-GdB von 10 anzusetzen.

Das SG hat durch Anhörung der behandelnden Ärzte Dr. E., Dr. H., Dr. B. und den Dres. H. als sachverständige Zeugen Beweis erhoben. Dr. B. hat mit Schreiben vom 4. April 2017 erklärt, den Kläger zuletzt am 2. Februar 2017 behandelt zu haben. Bei ihm bestehe eine Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Tinnitus. In der Sprachaudiometrie zeige sich ein Zahlwortverstehen beidseits bei 30dB. Das Einsilberverstehen betrage bei 60dB rechts 60%, links 40%, bei 80dB rechts 100% und links 80%. Aus dem Sprachaudiogramm (nicht vorgelegt) ergebe sich nach Böninghaus und Röser (1973) ein Hörverlust von je 30 Prozent, das gewichtete Gesamtwortverstehen ergebe ebenfalls einen Hörverlust um die 30 Prozent. Insgesamt erachte er einen Hörverlust von je 30 Prozent für gegeben, entsprechend einer beidseitigen geringgradigen Schwerhörigkeit. Hieraus ergebe sich ein GdB von 15. Für die beidseitige Schwerhörigkeit mit Tinnitus erachte er einen GdB von 20 für angemessen. Bezüglich des Hörvermögens sei der Gesundheitszustand stabil.

Die Allgemeinmediziner Dres. H. haben mit Schreiben vom 4. April 2017 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine Reflux-Erkrankung, eine arterielle Hypertonie, eine Gonarthrose beidseits, eine Hypakusis beidseits, ein Tinnitus aurium und ein chronisches Wirbelsäulensyndrom. Der Blutdruck habe zuletzt bei 128/86 mmHg gelegen. Die Beschwerden seien seit Juli 2015 unverändert.

Der Internist Dr. H. hat mit Schreiben vom 30. März 2017 mitgeteilt, beim Kläger bestehe eine Hiatusgleithernie mit Reflux-Ösophagitis und Ausbildung eines Barrett-Ösophagus und chronischen Reflux-Beschwerden mittelschwer, eine Sigma-Divertikulose mit rezidivierenden abdominalen Beschwerden leicht, eine Hypertonie mit Ausbildung einer Septum-Hypertrophie und Carotis-Plaques leicht bis mittelschwer, ein Bandscheibenprolaps L4/5 und ein Tinnitus mit Hörminderung bei sowie eine Borreliose. Nach medikamentöser Behandlung der

Borreliose im August 2009 seien keine Beschwerden mehr angegeben worden. Bei chronischer Reflux-Ösophagitis sei für die Hiatushernie und Ausbildung einer Barrett-Metarsalgie ein GdB von 20 bis 30 anzunehmen. Ebenso bei einer labilen Hypertonie mit Ausbildung von Carotis-Plaques und Septum-Hypertrophie. Der Gesundheitszustand habe sich seit Juli 2015 weder gebessert noch verschlechtert. Ausweislich eines beigefügten Berichts des Urologen Dr. F. vom 8. November 2016 bestehe eine Postata-Hyperplasie. Die Prostata sei mäßig vergrößert, die Oberfläche glatt, eine urologische Therapie sei derzeit nicht erforderlich. Nach einem ebenfalls beigefügten Bericht des Prof. F. vom 16. August 2016 bestehe unter anderem eine leichtgradige chronische, gering aktive Ösophagitis, passend zu einer kardio-ösophagialen Reflux-Krankheit. Es bestehe kein Nachweis von Barrett-Schleimhaut und keine Malignität. Daneben bestehe eine mäßiggradige chronische C-Gastritis.

Nach den von Dr. H. beigefügten Behandlungsdaten berichtete der Kläger einmalig am 10. August 2007 über einen Drehschwindel seit dem vorangegangenen Sonntag mit Übelkeit und ohne Hörstörung. Dies sei das dritte Ereignis. Der Schwindel sei beim Lagewechsel aufgetreten. Vor Jahren habe er zwei bis drei Tage lang unter solchen Schwindel gelitten, später noch einmal, sonst nie. Nach einem Ergometriebefund vom 23. November 2016 fänden sich im Ruhe-EKG keine Auffälligkeiten. Die Belastung sei bis 150 Watt über 3:29 Minuten erfolgt. Das Ergometrie-Ergebnis sei unauffällig, der Abbruch sei bei Ausbelastung bei 250 mmHg systolisch erfolgt. Nach einer Farbduplex-Untersuchung der hirnersorgenden Arterien vom 16. Juni 2014 fanden sich verkalkende Plaques ohne Stenosierung und ohne Progredienz. Ausweislich einer Lungenfunktionsuntersuchung vom 6. Februar 2012 sei beim Kläger eine Schlafapnoe zu diagnostizieren, eine nCPAP-Therapie (nasal continuous positive airway pressure - kontinuierliche nasale Überdruckbeatmung) sei jedoch nicht indiziert. Nach einer echokardiographischen Untersuchung vom 14. Mai 2004 war die Mitralklappe ohne Befund, die Aortenklappe unauffällig und die Septumdicke betrug 15 mm.

Der Chirurg und Orthopäde Dr. E. hat mit Schreiben vom 29. Mai 2017 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine Gonarthrose rechts, eine multisegmentale Osteochondrose betont bei L5/S1, eine Spinalkanalstenose L3/4, L4/5 mit Spondylarthrosen und foraminale Einengung links L4/5 und L5/S1. Die LWS-Diagnosen seien als mittelschwer und die Beschwerden seitens des Kniegelenks seien als schwergradig einzuordnen. Dem Gesamt-GdB von 30 werde zugestimmt. Nach den Behandlungsdaten habe sich am 14. Juni 2016 die Elevation - wohl der Schulter - frei gezeigt, Abduktion mit Schmerzen und painful arch sei bis 150 Grad möglich gewesen, der Nacken/Schürzengriff schmerzhaft, die Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien unauffällig. Am 13. Juli 2016 wurden keine sensiblen Störungen in den unteren Extremitäten bei LWS-Beschwerden festgestellt und ein Druckschmerz Sulcus bicipitalis der linken Schulter mit guter Beweglichkeit. Am 6. September 2016 ist eine seitens des Rückens einigermaßen stabile Situation vermerkt. Es bestünden typische Beschwerden im Sinne einer Hinterhornläsion am rechten Knie. Nach einem beigefügten Bericht des Prof. Dr. S., BG-Klinik T., vom 12. April 2017 bestehe eine medialbetonte Gonarthrose rechts bei varischer Beinachse von ca. 5 Grad. Der Kläger berichte über belastungs- und bewegungsabhängige Beschwerden im rechten Kniegelenk. Es zeigten sich reizlose Haut- und Weichteilverhältnisse über dem rechten Kniegelenk, keine Schwellung, keine Rötung, kein Erguss, lokale Druckschmerzen im Verlauf des Innenmeniskus, der Bandapparat sei stabil und die Beweglichkeit frei. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität sei intakt. Ausweislich der Darlegungen des Neurologen und Psychiaters V. vom 20. Oktober 2016 habe sich der Kläger bei Lumbalgie und einer Blasenfunktionsstörung unklarer Ursache vorgestellt. Es fänden sich keine Hinweise auf eine strukturelle radikuläre oder periphere Nervenläsion der unteren Extremitäten. Der Kläger berichte über Blasenentleerungsstörungen mit zum Teil imperativem Harndrang, zum Teil unbemerktem Urinverlust. Die Blasenentleerungsstörung sei nicht primär neurologisch zu erklären.

Der Beklagte hat darauf am 20. Oktober 2017 ein Vergleichsangebot dahingehend unterbreitet, dass der GdB ab dem 1. Januar 2016 mit 40 zu bewerten sei und die außergerichtlichen Kosten zu einem Drittel erstattet würden. Hierzu hat der Beklagte eine Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. G. vom 9. Oktober 2017 vorgelegt. Nach dieser könne bei persistierenden Beschwerden in Verbindung mit der Refluxösophagitis und bei hypertensiven Veränderungen des Herzmuskels (Septum-Hypertrophie) ein GdB von jeweils 20 für die Reflux-Krankheit der Speiseröhre und für den Bluthochdruck übernommen werden. Die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit Nervenwurzelreizerscheinungen und Bandscheibenschaden, die Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen, die Knorpelschäden am rechten Kniegelenk, der Bluthochdruck und die Refluxkrankheit der Speiseröhre seien jeweils mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Der Kläger hat das Vergleichsangebot abgelehnt und einen Ambulanzbrief des Prof. S., Krankenhaus N., vom 24. Oktober 2017 vorgelegt. Danach bestehe eine Varusgonarthrose rechts. Die Beinachse sei klinisch leicht varisch, Flexion/Extension bis 120/5/0 Grad möglich, die Collateralbandführung lateral 1+, medial fest und sagittale Stabilität gegeben. PDMS und Weichteile seien intakt, das gleichseitige Hüftgelenk sei schmerzfrei beweglich. Es werde eine unicondyläre mediale Schlittenprothese vorgeschlagen.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG den Beklagten mit Gerichtsbescheid vom 10. Januar 2018 zur Feststellung eines GdB von 40 seit dem 8. Februar 2016 verpflichtet und die Klage im Übrigen abgewiesen. Dabei hat sich das SG der Bewertung des Dr. G. angeschlossen.

Hierauf hat der Kläger am 16. Februar 2018 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Das SG habe die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht ausreichend gewürdigt. Zusätzlich sei eine zu berücksichtigende Verschlechterung eingetreten. 2017 habe aufgrund eines bestehenden "Schiefhalses" die Notaufnahme im S.-Krankenhaus in P. eingeliefert werden müssen. Dabei habe er bei jeder Bewegung im Bereich der Halswirbelsäule an starken Schmerzen gelitten, auch habe eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit vorgelegen. Bis zum heutigen Tage sei er in der Beweglichkeit seines Kopfes eingeschränkt, auch beim Schlafen nachts bestünden Probleme, da er nur bei einer sehr günstigen Kopflege schlafen könne. Es handele sich somit um mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, so dass ein Teil-GdB von 40 angemessen sei. Die Refluxkrankheit erfordere die regelmäßige Einnahme von Tabletten sowie eine dauerhafte Ernährungsumstellung in Form der Einnahme von Trennkost. Zusätzlich komme noch das Vorliegen einer Sigmadivertikulose hinzu. Er leide aufgrund dieser Darmerkrankung an häufigerem Durchfall von mindestens dreimal pro Monat, wobei die Durchfallerkrankung dann drei bis vier Tage anhalte. Im Erörterungstermin vom 30. Juli 2018 hat der Kläger ergänzend vorgetragen, seine Halswirbelsäulenbeschwerden hätten sich verstärkt und er sei regelmäßig bei Dr. B. in der Praxis Dr. E. in orthopädischer Behandlung. Ergänzend hat er einen Bericht des Dr. S., S. St. T.-Klinikum P. vom 23. Juli 2017 vorgelegt, danach sei eine Torticollis zu diagnostizieren. Der Kläger berichte über seit zwei Tagen zunehmende Schmerzen in der HWS mit Bewegungseinschränkung. Es zeigten sich Druck- und starke Bewegungsschmerzen in der Halswirbelsäule rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, ohne Parästhesie oder Parese. Zur Therapie werde körperliche Schonung und eine schmerzgerechte Analgesie empfohlen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Januar 2018 aufzuheben, den Bescheid vom 13. Juni 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. September 2016 teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei dem Kläger einen Grad der Behinderung von 50 ab dem 8. Februar 2016 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat vorgetragen, die objektive Befundlage habe die von Klägerseite geltend gemachten erheblichen Einschränkungen nicht bestätigt und keine der vorliegenden Beeinträchtigungen begründe einen weitergehenden Teil-GdB als 20.

Der Senat hat durch Anhörung des Dr. E. als sachverständigem Zeugen Beweis erhoben. Dieser hat am 17. August 2018 mitgeteilt, dass seit der sachverständigen Zeugenauskunft vom 29. Mai 2017 keine Vorstellung bezüglich der Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule erfolgt sei. Der Kläger habe sich wiederholt wegen des Problems im Bereich des rechten Kniegelenks in Behandlung begeben. Diesbezüglich sei im Herbst 2017 eine Einweisung in das Gelenkzentrum N. zur Prothesenversorgung erfolgt. Danach habe sich der Kläger im Verlauf des Winters 2017/2018 bis letztmals am 28. März 2018 in Behandlung begeben. Ihm seien wiederholt physikalische Maßnahmen nach erfolgter Prothesenversorgung am rechten Kniegelenk rezeptiert worden.

Nach dem beigefügten Abschlussbericht des Acura-Wagner-Gesundheitszentrums P. vom 22. Dezember 2017 über eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme des Klägers vom 1. bis zum 21. Dezember 2017 berichtet dieser nach Implantation einer zementierten Knieoberflächen-Ersatzprothese (Typ Oxford) nur noch über geringe residuelle Beschwerden. Das Gehen sei insgesamt unproblematisch und funktioniere teils schon ohne Gehhilfen. Allgemein berichte der Kläger über einen Zustand nach lumbalen Bandscheibenvorfällen 1987 und seither bestehender lumboischialgieformer Beschwerdesymptomatik. Sportliche Betätigung finde regelmäßig statt (Radfahren, im Winter Langlauf). Unter schmerzadaptierter Vollbelastung zeige sich ein flüssiges Gangbild. Es bestehe ein Schulter- und Beckengeradestand. Der Aufbau der Wirbelsäule sei lotgerecht bei regelhafter Ausprägung der lumbalen Lordose und thorakalen Kyphose. Ein Wirbelsäulenklumpfschmerz bestehe nicht. Zehenstand und Hackengang seien vorführbar. Hüftbeugung und Kniestreckung seien auch gegen Untersucher-Widerstand kräftig und ohne Schmerzausstrahlung in den lumbalen Rücken möglich, der Lasègue sei beidseits negativ. Im Bereich des rechten Kniegelenks zeige sich eine reizlose OP-Wunde. Das umgebende Gewebe sei allenfalls leichtgradig geschwollen mit geringem Restkniegelenkserguss. Die kollaterale Bandführung sei stabil, der Bewegungsumfang mit 0/5/115 Ex/Flex gut. Es bestehe keine Beinlängendifferenz. Bei der klinischen Untersuchung zur Entlassung zeigten sich reizlose Narbenverhältnisse, wenig Überwärmung, wenig Schwellung, die Extension/Flexion sei bis 0/0/120 Grad möglich. Kraft und Sensibilität seien intakt.

Der Senat hat den Kläger mit Schreiben vom 10. Oktober 2018 auf die Möglichkeit der Einholung eines Wahlgutachtens nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hingewiesen und ihm eine Frist zur entsprechenden Antragstellung unter Benennung des Gutachters, Vorlage einer Kostenverpflichtungserklärung und Einzahlung eines Kostenvorschusses in Höhe von 2.000,00 EUR bis zum 16. November 2018 gesetzt. Ebenso hat der Senat darauf hingewiesen, dass weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht vorgesehen seien. Der Kläger hat den Orthopäden Dr. P. am 12. November 2018 als Gutachter benannt und eine Kostenverpflichtungserklärung übersandt. Der Senat hat die Beteiligten am 11. Januar 2019 zur mündlichen Verhandlung am 21. Februar 2019 geladen. Die Ladung ist dem Kläger am 16. Januar 2019 zugegangen. Die Einzahlung des Kostenvorschusses für die Gutachtenseinholung ist am 17. Januar 2019 erfolgt.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die vorliegende Verfahrensakte der Beklagten sowie die Prozessakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist statthaft ([§ 143](#), [144](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht eingelegt ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)).

Eine Entscheidung in der Sache ist möglich, ohne das vom Kläger beantragte Wahlgutachten bei dem von ihm benannten Dr. P. einzuholen. Ein Beweisantrag gilt als erledigt, wenn der anwaltlich vertretene Beteiligte den Beweisantrag in der letzten mündlichen Verhandlung nicht aufrechterhält. (dazu: Mushoff, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 103 Rz. 83). Der Antrag wäre daneben wegen Verzögerung des Rechtsstreits nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) abzulehnen, weil der angeforderte Kostenvorschuss nicht innerhalb der gesetzten und bereits verlängerten Frist eingezahlt worden ist, sondern über zwei Monate später und erst nach Terminierung der mündlichen Verhandlung. Darüber hinaus hat der Senat den Kläger mit dem Schreiben vom 10. Oktober 2018 auf die Entscheidungsreife des Verfahrens hingewiesen (vgl. zum Ganzen: Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 109 Rz. 32f.).

Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), vgl. zur Klageart Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz 25 m.w.N.) zulässige Klage zu Recht abgewiesen, soweit der Kläger mit ihr die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung eines GdB von mehr als 40 begehrt. In diesem Umfang ist die Klage unbegründet.

Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse, in Fällen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz bzw. bei Entscheidungen ohne mündliche Verhandlung zum Zeitpunkt der Entscheidung (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34).

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach [§ 152 Abs. 1](#) und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der aktuellen, seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung durch Art. 1 und 26 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl. I S. 3234](#)). Nach [§ 152 Abs. 1](#) und 3 SGB IX stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein

GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Menschen mit Behinderungen sind nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) 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 (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)). Solange diese Rechtsverordnung nicht erlassen ist, gelten nach der Übergangsregelung in [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) - wie bisher schon - die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der auf Grund des § 30 Absatz 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Hierbei handelt es sich um die zum 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), die unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG regelt (vgl. § 1 VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteile vom 16. Dezember 2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 18, Rz. 10 m.w.N. und vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

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

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung der höchstrichterlichen

Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senates fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers bislang keinen höheren GdB als 40 begründen.

Im Funktionssystem "Rumpf" ist der für die Wirbelsäulenschäden des Klägers zu vergebende GdB mit 20 ausreichend bemessen. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßen Gelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Kollagenosen und Vaskulitiden. Bei ausgeprägten osteopenischen Krankheiten (z. B. Osteoporose, Osteopenie bei hormonellen Störungen, gastrointestinalen Resorptionsstörungen, Nierenschäden) ist der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten "Postdiskotomiesyndrom") primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte "Wirbelsäulensyndrome" (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein. Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehfähigkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Wie sich aus dem Bericht des Dr. W. vom 24. Februar 2016, den sachverständigen Zeugenaussagen des Dr. E. in beiden Instanzen und des Neurologen und Psychiaters V. sowie dem Bericht des Dr. S. ergibt, besteht beim Kläger eine multisegmentale Osteochondrose betont bei L5/S1, eine Spinalkanalstenose L3/4, L4/5 mit Spondylarthrosen und foraminaler Einengung links bei L4/5 und L5/S1. Im Übrigen ist die Wirbelsäule lotgerecht bei regelhafter Ausprägung der lumbalen Lordose und der thorakalen Kyphose aufgebaut. Die degenerativen Veränderungen führen zu wiederholten Schmerzsymptomen im Bereich der Lendenwirbelsäule (Lumbalgie), nennenswerte Nervenwurzelreizerscheinungen sind nicht dokumentiert. Ein Zusammenhang der vom Kläger berichteten Blasenfunktionsstörung mit den Beeinträchtigungen der Wirbelsäule hat sich neurologisch nicht bestätigt. Im Bereich der Halswirbelsäule sind keine überdauernden Beschwerden objektiviert. Bei der Tortikolis bzw. dem Schiefhalsyndrom handelt es sich um ein akutes Geschehen. Bei diesem ist entgegen des Vortrags des Klägers nicht von einem Fortbestehen auszugehen. Insbesondere hat er sich diesbezüglich nach seiner Behandlung im S.-St. T.-Klinikum in P. auch nicht mehr bei seinem behandelnden Orthopäden Dr. E. vorgestellt. Im Abschlussbericht des A.-Gesundheitszentrums P. aus dem Dezember 2017 über eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Implantation einer unikondylären Knieoberflächenersatzprothese (Schlittenprothese) findet sich kein Anhalt für weitergehende Beeinträchtigungen im Bereich der Halswirbelsäule. Damit bestehen keine Anhaltspunkte für mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, welche einen GdB-Bewertungsrahmen von 30 bis 40 eröffnen würden. Dies gilt auch im Hinblick darauf, dass die degenerativen Veränderungen den Grenzbereich zum Steißabschnitt der Wirbelsäule erfassen, denn die für die Bewertung maßgeblichen Funktionsbeeinträchtigungen sind dem Lumbalbereich zuzuordnen. Daher ist ein Teil-GdB vom 20 für mittelgradige funktionelle Auswirkungen an einem Wirbelsäulenabschnitt anzusetzen.

Für die chronischen Refluxbeschwerden des Klägers mit Hiatusgleithernie ist im Funktionssystem "Verdauung" ebenfalls ein Teil-GdB von 20 zu vergeben. Eine Refluxkrankheit der Speiseröhre mit anhaltenden Refluxbeschwerden ist je nach Ausmaß mit einem Teil-GdB von 10 bis 30 zu bewerten, wobei Auswirkungen auf Nachbarorgane zusätzlich zu bewerten sind (VG, Teil B Nr. 10.1). Beim Kläger bestehen fortdauernde, insbesondere nächtliche Refluxbeschwerden, welche auch in Anbetracht der Ausbildung einer Hiatushernie nicht dem unteren Bereich des Bemessungsrahmens zuzuordnen sind. Da sie auf der anderen Seite, nach der sachverständigen Zeugenaussage des Internisten Dr. H., noch als mittelschwer einzustufen sind und sich die vom Kläger vorgetragene Auswirkungen auf Nachbarorgane auf eine Typ-C-Gastritis geringen Ausmaßes beschränken, eine Barrett-Schleimhaut nach dem Histologiebericht des Prof. F. vom 16. August 2016 nicht (mehr) nachweisbar war sowie nach den vorliegenden medizinischen Berichten weiterhin eine ausreichende Behandelbarkeit mit

Protonenpumpenhemmern gegeben ist, besteht keine Grundlage für den Ansatz eines Teil-GdB von mehr als 20.

Die ebenfalls dem Funktionssystem "Verdauung" zuzuordnenden Beeinträchtigungen auf Grund der Sigma-Divertikulose erhöhen den Teil-GdB nicht, da sie nur einen solchen von 10 begründen. Chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion) ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen bedingen einen Teil-GdB von 0-10, solche mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z.B. Durchfälle, Spasmen) einen Teil-GdB von 20 bis 30 und chronische Darmstörungen mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes einen Teil-GdB von 40 bis 50 (VG, Teil B, Nr. 10.2.2). Dem Erfordernis einer erheblichen Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes für den Bewertungsrahmen eines GdB von 40 bis 50 ist zu entnehmen, dass auch für chronische Darmstörungen in geringerem Ausmaß deren Auswirkungen auf den Kräfte- und Ernährungszustand in Betracht zu ziehen sind. Die vom Kläger behaupteten mehrfach monatlich auftretenden und über Tage anhaltenden Durchfallerscheinungen sind nicht objektiviert. Dr. H. hat die diesbezüglichen abdominellen Beschwerden vielmehr als leicht beschrieben. Auch in den übrigen ärztlichen Berichten finden sich keine Anhaltspunkte für ein bedeutsameres Geschehen, insbesondere finden sich keine Befunde, aus welchen sich eine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes des Klägers ableiten lassen könnte.

Die beidseitige geringgradige Schwerhörigkeit, wie sie sich aus dem Sprachaudiogramm vom 28. Januar 2015 und der sachverständigen Zeugenaussage des Dr. B. vom 4. April 2017 ergibt, bedingt für sich einen Teil-GdB von 15 (VG, Teil B, Nr. 5.2.4); unter Einbeziehung des Tinnitus, für welchen keine nennenswerten psychischen Begleiterscheinungen festgestellt sind (VG, Teil B, Nr. 5.3), ist ein Teil-GdB von 20 vertretbar und ausreichend.

Im Funktionssystem "Beine" ist ein Teil-GdB von 10 zu vergeben. Zwar ist für einseitige Totalendoprothesen des Kniegelenks ein GdB von mindestens 20 anzusetzen (VG, Teil B, Nr. 18.12). Die beim Kläger implantierte Schlittenprothese ist jedoch keine Total- sondern eine Teilentoprothese. Eine solche bedingt einen GdB von mindestens 10 bei bestmöglichem Behandlungsergebnis. Eine Erhöhung ist bei eingeschränkter Versorgungsqualität angemessen. Hierzu sind die Funktionsbefunde heranzuziehen. Für Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 0-0-90 Grad) einseitig ist ein GdB von 0 bis 10 in Ansatz zu bringen, beidseitig ein GdB von 10 bis 20, für Bewegungseinschränkungen mittleren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-10-90 Grad) einseitig ein GdB von 20, beidseitig ein GdB von 40 und stärkeren Grades (z.B. Streckung/Beugung 0-30-90 Grad) einseitig ein GdB von 30 und beidseitig ein GdB von 50. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Condromalazia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen, einseitig ohne Bewegungseinschränkungen bedingen einen GdB von 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkungen einen GdB von 20 bis 40 (VG, Teil B, Nr. 18.14). Nach erfolgter Prothesenversorgung ist beim Kläger eine gute Beweglichkeit mit zuletzt 0-0-120 Grad in Extension/Flexion bei intakter Kraft und Sensibilität erreicht worden (Bericht des A.-Gesundheitszentrums P. vom 22. Dezember 2017), welche lediglich geringfügig gegenüber der physiologischen Normalfunktion (5-0-125 Grad) zurücksteht und als idealtypisches Behandlungsergebnis anzusehen ist. Im Nachgang zu der Implantation bestanden reizlose Narbenverhältnisse und noch ein wenig Überwärmung und Schwellung. Seitdem sind keine über den zu erwartenden Heilverlauf hinausgehenden Beschwerden, insbesondere in Gestalt von anhaltenden Reizerscheinungen objektiviert. Am linken Knie sind insgesamt keine überdauernden, die Teilhabemöglichkeiten des Klägers begrenzenden Beeinträchtigungen belegt. Eine Erhöhung des Mindest- GdB von 10 für die Kniegelenk-Teilentoprothese rechts kommt daher nicht in Betracht.

Im Funktionssystem "Herz und Kreislauf" ist für den Bluthochdruck des Klägers ein Teil-GdB von 10 in Ansatz zu bringen. Ein Bluthochdruck in leichter Form ohne oder mit nur geringen Leistungsbeeinträchtigungen (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) ist mit einem GdB von 0-10, in mittelschwerer Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonus I bis II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischen Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung ein GdB von 20 bis 40 und in schwerer Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwerer Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigungen der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung mit einem GdB von 50 bis 100 zu bewerten (VG, Teil B, Nr. 9.3).

Beim Kläger besteht ein gut eingestellter Bluthochdruck. Nach dem von ihm im Verwaltungsverfahren vorgelegten 24-Stunden Blutdruckbefundbericht vom 24. Oktober 2014 lag der Blutdruck im Mittel bei 136/75 mmHg, nach der sachverständigen Zeugenaussage der Dres. H. vom 04. April 2017 bei 128/86 mmHg. Nach dem Ergometriebefund vom 23. November 2016, bei welchem der Kläger bis 150 Watt über 3:29 Minuten belastbar gewesen ist, sind keine erheblichen Leistungsbeeinträchtigungen festzustellen. Auch unter Berücksichtigung der von Dr. H. berichteten Septumhypertrophie mit einer Wandstärke von 15 mm und Ausbildung von - im Weiteren stabilen - Carotis-Plaques ist bei dieser Sachlage ein Teil-GdB von mehr als 10 nicht gerechtfertigt. Zunächst ist die Septumwandstärke nur als grenzwertig einzustufen. Nach den diesbezüglichen Diagnoseleitlinien ist eine Septumhypertrophie vielmehr erst ab einer Wandstärke von mehr als 15 mm zu diagnostizieren (ESC Pocket Guidelines "Diagnose und Behandlung der hypertrophen Kardiomyopathie", 2015, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, 5.1.1, S. 7). Carotis-Plaques gehören nicht zu den unter VG, Teil B, Nr. 9.3 erfassten Organveränderungen. Bei stabiler und gut eingestellter diastolischer Blutdrucklage und nicht wesentlich beeinträchtigter Leistungsfähigkeit genügt dies nicht für die Annahme eines Teil-GdB von 20 oder mehr.

Für den benignen Lagerungsschwindel des Klägers ist ein weiterer Teil-GdB von 10 anzusetzen. Für diese Bewertung sieht der Senat die Bewertungsmaßstäbe der VG zur im Wesentlichen von Drehschwindelattacken, aber auch Übelkeit und Hörverschlechterungen, gekennzeichneten Menière-Krankheit heran. Für diese ist bei ein bis zwei Anfällen im Jahr ein GdB von 0-10, bei häufigeren Anfällen, je nach Schweregrad, ein GdB von 20 bis 40 und bei mehrmals monatlich auftretenden schweren Anfällen ein GdB von 50 zu berücksichtigen (VG, Teil B, Nr. 5.3). Nach dem vorliegenden Erkenntnisstand kommt es beim Kläger zwar wiederkehrend zu diesen Anfällen, jedoch in größeren Abständen. So ergibt sich aus den von Dr. H. im Rahmen seiner sachverständigen Zeugenaussage vor dem SG vorgelegten Karteikartenauszug eine einmalige Behandlung wegen eines Drehschwindels 2007. Dieser sei nicht mit einer Hörstörung verbunden gewesen und nach den Angaben des Klägers das dritte Ereignis innerhalb mehrerer Jahre. Ausweislich der Stellungnahme des Dr. B. im Verwaltungsverfahren vom 12. Februar 2016 trat beim Kläger weiterhin im Lagerungsmanöver bei Stimulation des rechten lateralen Bogengangs ein Schwindel mit Nystagmus auf, welcher durch Befreiungsmanöver zu bessern war. Schwerwiegende oder besonders häufige Schwindelereignisse lassen sich daraus nicht ableiten.

Ebenso ist nach der vorliegenden Befundlage die seitens des Neurologen und Psychiaters V. mit Bericht vom 20. Oktober 2016 diagnostizierte Blasenfunktionsstörung unklarer Ursache mit einem Teil-GdB von 10 noch ausreichend bewertet. Nach den dort

dokumentierten Angaben des Klägers besteht zum Teil ein imperativer Harndrang, zum Teil ein unbemerkter Urinverlust. Dies kann einer relativen Harninkontinenz mit leichtem Harnabgang bei Belastung (z. B. Stressinkontinenz Grad I) gleichgestellt werden, eine relative Harninkontinenz mit Harnabgang tags und nachts (z.B. Stressinkontinenz Grad II bis III), welche mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten wäre, ist nicht belegt (VG, Teil B, Nr. 12.2.4). In diesem Zusammenhang führt das Prostataadenom des Klägers nicht zu einer Erhöhung dieses Teil-GdB, da hieraus keine zusätzlichen funktionellen Beeinträchtigungen folgen. Nach dem Bericht des Urologen Dr. F. vom 8. November 2016 ist die Prostata mäßig vergrößert und eine urologische Therapie nicht erforderlich (VG, Teil B, Nr. 13.5).

Für die von Dr. H. nach einer Lungenfunktionsuntersuchung vom 6. Februar 2012 diagnostizierte Schlafapnoe ist mangels des Erfordernisses einer NCPAP Therapie ebenfalls ein Teil-GdB von 10 ausreichend (VG, Teil B, Nr. 8.7). Die Beschwerden des Klägers an der linken Schulter bedingen keinen Teil-GdB, da die Beweglichkeit in der Elevation nach den Behandlungsdaten des Dr. E. frei und die Abduktion bis 150 Grad möglich war. Zuletzt bestand lediglich noch ein Druckschmerz im Bereich des Sulcus bicipitalis bei guter Beweglichkeit (VG, Teil B, Nr. 18.13). Gleichfalls kann für ein früheres Carpaltunnelsyndrom des Klägers und einer Borreliose kein Teil-GdB mehr vergeben werden, da hierzu seit Jahren keine Funktionsbeeinträchtigungen oder Behandlungsbedürfnisse mehr dokumentiert sind.

Damit sind für die Bewertung des Gesamt-GdB des Klägers die jeweils mit Teil-GdB von 20 zu bewertenden Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule, der Refluxkrankheit der Speiseröhre und der Hörbeeinträchtigung mit Tinnitus maßgebend. Da sich diese im Wesentlichen auf unterschiedliche Funktions- und damit im Ergebnis auch Teilhabebereiche auswirken, kann im Hinblick auf die Maßgaben der VG zur Gesamtbewertung des GdB wohlwollend ein Gesamt-GdB von 40 angesetzt werden. Die hinzukommenden Teil-GdB-Werte von 10 vermögen sich nicht erhöhend auszuwirken (VG, Teil A 3d, ee). Denn die Auswirkungen des Bluthochdrucks, der Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks, der Schlaf-Apnoe, dem Schwindelgeschehen und der Sigma-Divertikulose wirken sich nicht auf andere Beeinträchtigungen besonders nachhaltig und verstärkend aus. Vielmehr ist ihnen keine wesentliche Auswirkung auf die Gesamtbeeinträchtigung beizumessen, die über die vorgenannte Bewertung der zu Teil-GdB von jeweils 20 führenden Behinderungen hinausgeht. Ein Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB besteht damit nicht.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-03-08