

L 6 SB 870/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 SB 2973/14

Datum

03.02.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 870/15

Datum

22.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. Februar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mindestens 40.

Der 1958 geborene Kläger ist türkischer Staatsangehöriger und lebt seit 1965 in der Bundesrepublik Deutschland. Er ist verheiratet und Vater zweier Töchter. Er erlangte die Mittlere Reife, erlernte indes keinen Beruf. Eine begonnene Lehre als Kraftfahrzeugmechaniker brach er nach einem halben Jahr ab. Seit 1977 ist er als Lastkraftwagen (Lkw)-Fahrer tätig. Nachdem das letzte Arbeitsverhältnis aufgrund krankheitsbedingter Kündigung durch den Arbeitgeber mit Ablauf des Februar 2013 endete, war er arbeitslos. Ab November 2015 trat er eine neue Arbeitsstelle als Lkw-Fahrer im Fernverkehr an. Die Schichtzeiten betragen nach seinen eigenen Angaben dreimal wöchentlich täglich dreizehn Stunden von 6 bis 19 Uhr, zweimal in der Woche erreichen sie je fünfzehn Stunden.

Am 20. Februar 2014 beantragte er erstmals unter Hinweis auf einen Bluthochdruck, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Verkalkungen im Bereich der linken Schulter, eine chronische Bronchitis, eine Adipositas, welche zu einer Schlafapnoe mit der Notwendigkeit eines CPAP-Gerätes geführt habe, sowie die fehlende Kraft in der linken Hand nach der Operation eines so genannten "Schnappfingers" die Feststellung des GdB. Er fügte verschiedene medizinische Befundunterlagen bei.

Nach dem Entlassungsbericht von Dr. N., Chefarzt der Abteilung Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie, der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl über seinen stationären Aufenthalt vom 25. April bis 16. Mai 2013 wurden eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00), eine hypertensive Herzerkrankung (ICD-10 I11.00), eine Adipositas mit Grad III, Body-Mass-Index (BMI) 42 kg/m² (ICD-10 E66.02), ein fortgesetzter Nikotinabusus (ICD-10 F17.2), ein chronisches Brustwirbelsäulensyndrom (ICD-10 M54.09), der Verdacht auf eine Omarthrose links, eine beidseitige Coxarthrose, der Zustand nach einer Operation des kleinen Fingers der linken Hand wegen Tendovaginitis stenosans im März 2013 sowie der Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert. Seit Mitte November 2012 habe Arbeitsunfähigkeit bestanden. Bei einer Körpergröße zwischen 1,71 und 1,75 m habe der Kläger 130 kg gewogen. Über der Lunge sei beidseits ein deutliches Giemen vernommen worden, sonst habe sich perkutorisch und auskultatorisch kein pathologischer Befund erheben lassen. Die Herzaktionen seien bei einer Herzfrequenz von 60 je Minute regelmäßig und die Töne rein gewesen. Pathologische Geräusche seien nicht festgestellt worden. Der Blutdruck sei mit 140/80 mmHg gemessen worden. Über der Wirbelsäule habe kein Klopfeschmerz bestanden. Eine Seitverbiegung der Brustwirbelsäule sei zu erkennen gewesen. Der Finger-Boden-Abstand habe 15 cm betragen. Das Zeichen nach Schober sei mit 10/13 cm gemessen worden. Im Bereich beider Hüftgelenke sei eine stark eingeschränkte Innenrotation aufgefallen. Beide Arme hätten gehoben werden können. Nacken- und Schürzengriff seien noch möglich gewesen. Die Einschränkung habe eher durch die Adipositas bestanden. Der Nervenstatus und die Psyche seien orientierend unauffällig gewesen. Verglichen mit dem Aufnahmebefund habe sich bei der Abschlussuntersuchung eine erkennbare Kräftigung und Besserung der körperlichen Verfassung gezeigt, was vom Kläger auch so empfunden worden sei. Im Langzeit-Echokardiogramm (EKG) seien keine relevanten Herzrhythmusstörungen aufgezeichnet worden. Es habe sich eine gute Frequenzregulation gezeigt. Das Belastungs-EKG sei bis 100 Watt beschwerdefrei möglich gewesen. Ein Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz habe nicht bestanden. Die kapillare Blutgasanalyse habe unter Belastung einen normalen Anstieg des Sauerstoffpartialdruckes (pO₂) gezeigt. Die Einstellung der arteriellen Hypertonie sei als schwierig vorbeschrieben gewesen. Während der Rehabilitationsmaßnahme sei die den Blutdruck senkende Medikation um ein Diuretikum ergänzt worden. Bei der Langzeit-Blutdruckmessung habe sich am Tage eine hohe Anzahl von Fehlmessungen ergeben. Ein gewisses Compliance-Problem des Klägers sei

vermutet worden. Wegen der Adipositas sei eine Pulsoxymetrie während der Nacht angefertigt worden. Dabei hätten sich wiederholt Phasen der Sauerstoffsättigung gezeigt, so dass ein Schlafapnoe-Syndrom möglich erscheine. Diesbezüglich sollte kurzfristig eine Polysomnographie erfolgen; insbesondere auch deshalb, da der Kläger wieder als Lastkraftwagenfahrer arbeiten möchte. Der Nikotinabusus als weiterer kardiovaskulärer Risikofaktor sei vom Kläger gleichwohl fortgeführt worden. Die Lipidwerte hätten innerhalb der Norm gelegen. Die Entlassung sei für einige Tage arbeitsunfähig zur Stabilisierung der Blutdruckeinstellung erfolgt. Es habe indes eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für körperlich bis mittelschwere Tätigkeiten bestanden, was für den allgemeinen Arbeitsmarkt gelte. Der Kläger sei seit März 2013 arbeitslos. Die Medikation bei der Entlassung habe aus Bisoprolol, 10 mg (1-0-0), Ramipril/HCT 5, 25 mg (1-0-0), Ramipril, 5 mg (0-0-1), Torasemid, 5 mg (1-0-0), Amlodipin, 10 mg (0-0-1) und Clonidin, 75 µg (1-0-0) bestanden.

Der Leiter des Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrums der Kliniken des Städtischen Klinikums Karlsruhe, Dr. B., berichtete über ambulante Untersuchungen des Klägers am 15. und 18. Juli 2013, er habe ein in Rückenlage assoziiertes obstruktives Schlafapnoe- und Hypoventilations-Syndrom (ICD-10 G47.31) sowie eine übermäßige Adipositas mit alveolärer Hyperventilation mit einem BMI von 40 kg/m² und mehr (ICD-10 E66.22) diagnostiziert. Als Vor- und Nebendiagnose habe eine benigne essentielle Hypertonie (ICD-10 I10.00) vorgelegen. Beim Kläger seien eine oronasale Überdrucktherapie (APAP) eingestellt und eine kardiorespiratorische Polysomnographie durchgeführt worden. Die veranlasste Therapie habe eine sofortige Besserung der Befunde gezeigt. Der Kläger habe bei der Abschlussuntersuchung angegeben, mit der Maske gut zu Recht zu kommen und eine Fortsetzung der Behandlungsmaßnahme gewünscht. Er sei darüber aufgeklärt worden, dass es im Rahmen der eingeleiteten APAP-Therapie zu einer Verschiebung der Blutdruckwerte kommen könne.

Der Beklagte zog des Weiteren von dem Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohren (HNO)-Heilkunde Dr. Sp. den Befundbericht von Anfang März 2014 bei, wonach ein obstruktives Schlafapnoe- und ein Hypoventilations-Syndrom diagnostiziert worden seien.

Nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. von Ende März 2014 seien das Schlafapnoe-Syndrom und die Adipositas permagna einerseits und der Bluthochdruck andererseits jeweils mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten, woraus, wegen des Teil-GdB von lediglich 10 für die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, die dortige Funktionsbehinderung und das Schulter-Arm-Syndrom, ein Gesamt-GdB von 30 resultiere. Der Zustand nach der Operation des schnappenden Fingers erreiche keinen Teil-GdB in messbarem Umfang. Daraufhin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 25. März 2014 den GdB mit 30 seit 20. Februar 2014 fest.

Auf den Widerspruch des Klägers hin zog der Beklagte von dem Facharzt für Orthopädie Dr. H. B. den Befundbericht von Ende April 2014 bei, wonach er beim Kläger ein chronisches rezidivierendes Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom bei teilfixierter Kyphose, ein muskuläres Halswirbelsäulen- und Schulter-Arm-Syndrom beidseits, eine Periarthritis humeroscapularis calcarea im Bereich beider Schultern sowie eine degenerative Innenmeniskopathie bei medialer Gonarthrose mit Grad I beidseits diagnostizierte. Derzeit bestünde keine radikuläre Symptomatik. Die Gehstrecke sei mäßig eingeschränkt. Eine Gehbehinderung liege nicht vor. Unter Berücksichtigung der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. St. von Ende Mai 2014, wonach sinngemäß die von Dr. H. B. beschriebenen Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule keinen höheren Teil-GdB als 10 stützten, wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 5. August 2014 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 5. September 2014 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben, welches von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. R. Befundunterlagen seit dem Jahre 2014 angefordert hat. Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 3. Februar 2015 abgewiesen. Behinderungsbedingte Funktionseinschränkungen, welche einen Teil-GdB von 20 begründeten, lägen lediglich wegen des Schlafapnoe-Syndroms und der Erkrankungen im internistisch-kardiologischen Bereich vor. Die Funktionsstörungen der Wirbelsäule bedingten keinen höheren Teil-GdB als 10, so dass noch kein Gesamt-GdB von 40 begründbar sei.

Gegen die seinen Prozessbevollmächtigten am 16. Februar 2015 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 6. März 2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Prof. Dr. H., Direktor der Medizinischen Klinik I, Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie, des Städtischen Klinikums Karlsruhe mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 11. Dezember 2015 hat dieser in seiner fachinternistischen Expertise beim Kläger eine arterielle Hypertonie, eine hypertensive Herzkrankheit, ein in Rückenlage assoziiertes obstruktives Schlafapnoe- und Hypoventilations-Syndrom, eine Adipositas mit Grad III, eine Steatosis hepatis, Carotidplaques ohne Stenosierung sowie einen Nikotinabusus diagnostiziert. An Behinderungen lägen eine Hypertonie mit Organbeteiligung in Form einer Linksherzhypertrophie und einer Arteriosklerose, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung und eine Adipositas mit Grad III nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor. Der Bluthochdruck sei aktuell medikamentös mit einer Kombinationstherapie aus vier Antihypertensiva behandelt worden. Hierunter sei bei der 24-Stunden-Blutdruckmessung immer noch ein hypertensives Blutdruckprofil mit einem 24-Stunden-Mittelwert von 140/79 mmHg ermittelt worden. Daher sei von einer therapierefraktären Hypertonie auszugehen, welche definitionsgemäß bei nicht leitliniengerechter Blutdruckeinstellung trotz antihypertensiver Dreifachtherapie in maximal tolerierter Dosis unter Einbeziehung eines Diuretikums vorliege. Einschränkend müsse indes festgehalten werden, dass die Dosierung der antihypertensiven Medikation in den letzten Jahren nicht angepasst und trotz nicht optimaler Blutdruckeinstellung keine Modifikation des Therapieregimes durchgeführt worden sei. Es habe kein Hinweis auf einen primären Hyperaldosteronismus als mögliche Ursache einer sekundären arteriellen Hypertonie vorgelegen. Es sei ein normwertiger Aldosteron/Renin-Quotient festgestellt worden. Auf ein Phäochromozytom habe sich bei anamnestisch fehlenden Anzeichen für krisenhafte Blutdruckanstiege und normwertige Katecholaminmetaboliten im Plasma ebenfalls kein Hinweis ergeben. Duplexsonographisch habe eine relevante Stenose der Nierenarterien als Ursache einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie ausgeschlossen werden können. Bei dem im Rahmen einer Polysomnographie im Jahre 2013 diagnostizierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom habe ein wichtiger verstärkender und aufrechterhaltender Faktor hinsichtlich der arteriellen Hypertonie vorgelegen. Es sei im Rahmen dieses Syndroms zu einer gesteigerten Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung gekommen. Diese Symptomatik sei bei der Untersuchung im Schlaflabor festgestellt worden. Bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Kläger jedoch eine vermehrte Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten verneint. Die als Therapie verordnete oronasale Überdruckbeatmung mittels APAP-Maske werde vom Kläger derzeit nicht benutzt. In der weiterführenden Diagnostik bezüglich hypertensiver Folgeschäden seien in der Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße die Zunahme der Intima-Media-Dicke und die Bildung nicht stenosierender arteriosklerotischer Plaques als Anzeichen für eine hypertensive Vaskulopathie aufgefallen. Echokardiographisch hätten sich eine Linksherzhypertrophie und ein vergrößerter linker Vorhof als Zeichen einer hypertensiven Herzkrankheit gezeigt. Eine diastolische

Funktionsstörung habe indes nicht vorgelegen. Durch die linksventrikuläre Hypertrophie liege ein deutlich erhöhtes Risiko vor, einen Myokardinfarkt zu erleiden, eine Herzinsuffizienz zu entwickeln oder durch eine Herzrhythmusstörung am plötzlichen Herztod zu sterben. Zudem liege bei einem vergrößerten linken Vorhof ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Vorhofflimmern mit entsprechenden möglichen kardioembolischen Folgen wie einem Schlaganfall vor. Hinweise auf eine hypertensive Nephropathie hätten bei normwertigen Nierenretentionsparametern und fehlender Proteinurie beziehungsweise Mikroalbuminurie nicht vorgelegen. Die diagnostizierte Adipositas mit Grad III stelle ebenfalls einen Risikofaktor für die arterielle Hypertonie dar. Zudem müsse davon ausgegangen werden, dass die muskuloskelettalen Beschwerden, welche der Kläger angeführt habe, ebenfalls durch das starke Übergewicht begünstigt und aufrechterhalten würden. Abdomensonographisch habe sich eine Steatosis hepatis, also eine Fettleber, gezeigt, wobei sonographisch und laborchemisch keine Anzeichen für eine nicht-alkoholische Steatohepatitis vorgelegen hätten. Zusammenfassend lägen ein unzureichend medikamentös eingestellter Bluthochdruck mit Hinweisen auf eine Arteriosklerose und eine Linksherzhypertrophie als hypertensive Endorganschäden sowie ein aktuell nicht behandeltes Schlafapnoe-Syndrom, eine Adipositas permagna und ein fortgesetzter Nikotinabusus als kardiovaskuläre Risikofaktoren für die Entwicklung schwerwiegender Erkrankungen wie eine koronare Herzkrankung, ein Diabetes mellitus oder ein Schlaganfall vor. Zur Modifikation dieses Risikoprofils wären nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Gewichtsabnahme, Nikotinkarenz und moderates körperliches Training erforderlich. Die Blutdruckeinstellung könne durch die konsequente Therapie des Schlafapnoe-Syndroms mittels oronasaler Überdruckbeatmung verbessert werden. Parallel sollte eine Optimierung der medikamentösen Therapie mit regelmäßigen Blutdruckkontrollen erfolgen. Hierdurch könne ein positiver Einfluss auf die allgemeine kardiopulmonale Belastbarkeit erzielt werden. Wie ihm der Hausarzt Dr. R. auf Anfrage mittels des Medikamentenverordnungsplans von Ende Oktober 2014 mitgeteilt habe, seien dem Kläger Bisoprolol (1-0-0), Amlodipin, 10 mg (0-0-1), Clonidin, 75 µg (1-0-1) und Torasemid, 5 mg (1-0-0) verschrieben worden. Der Kläger habe angegeben, den Blutdruck nicht regelmäßig zu messen. Im Rahmen der erhöhten Blutdruckwerte bemerke er ein Druckgefühl im Hals- und Nackenbereich, Kopfschmerzen träten indes nicht auf. Vor Jahren habe er ein intermittierendes Druckgefühl in der Brust gehabt, welches jedoch schon lange nicht mehr aufgetreten sei. Ein Flimmern vor den Augen sei nicht im Zusammenhang mit erhöhten Blutdruckwerten aufgetreten. Schwindel bestünde nicht. Die Blutdruckmedikation sei seit dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl im Jahre 2013 nicht mehr verändert worden. Er nehme die Medikamente regelmäßig ein. Er komme bei Belastung wie einem längeren schnellen Gehen leicht außer Atem, könne indes zwei Stockwerke Treppen steigen. Intermittierend bemerke er bei Belastung ein vermehrtes Herzklopfen. Bei der körperlichen Untersuchung habe der 1,74 m große Kläger 127 kg gewogen, woraus sich ein BMI von 42 kg/m² errechne. Das Gebiss sei sanierungsbedürftig gewesen. Der Blutdruck sei mit 160/100 mmHg gemessen worden. Die Extremitäten seien frei beweglich gewesen. An beiden Unterschenkeln habe eine leichte Varikosis bestanden. Über der Wirbelsäule sei kein Klopfschmerz geäußert worden. Der Gang und der Stand seien sicher gewesen. Im Romberg-Versuch und Unterberg-Tretversuch hätten sich keine Fallneigung gezeigt. Es sei eine Eudiadochokinese erkannt worden. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ gewesen. Der Finger-Boden-Abstand habe 10 cm betragen. Der Kläger sei zu allen Qualitäten orientiert und schwingungsfähig gewesen. Orientierend habe kein Anhalt für inhaltliche oder formale Denkstörungen bestanden. Das Belastungs-EKG mittels Fahrradergometer sei wegen muskuloskelettaler Beschwerden und Ermüdung bei 100 Watt abgebrochen worden. Der Blutdruck habe hierbei 210/110 mmHg betragen. Im Ruhezustand hätten hypertensive Blutdruckwerte bestanden. Bei Belastung sei der Blutdruckanstieg normal gewesen. Es seien im EKG weder pektanginöse Beschwerden noch ischämietypische Veränderungen als Hinweis auf eine belastungsinduzierte Koronarinsuffizienz aufgetreten. Es habe ein hypertensives Blutdruckprofil der Stufe 1 nach der WHO mit erhaltenem Tag-Nacht-Rhythmus bestanden. Es sei ein niedriger Wert des HDL-Cholesterins aufgefallen, was als Marker für ein erhöhtes Risiko einer Atherosklerose und für das Auftreten einer koronaren Herzkrankheit gelte. Die übrigen Parameter des Lipidstoffwechsels seien im Normbereich gewesen. Zudem habe sich eine Erhöhung der Leukozyten gezeigt. Ursächlich hierfür könnten Entzündungsprozesse oder Infektionen sein, wobei sich hierauf bei normwertigem C-reaktivem Protein (CRP) kein Hinweis ergeben habe. Eine Leukozytose könne durch den Nikotinabusus und durch Stress bedingt sein sowie postprandial auftreten. Im Differentialblutbild habe sich ein unauffälliger Befund gezeigt.

Die arterielle Hypertonie sei als mittelschwer einzustufen, da eine Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades in Form einer Linksherzhypertrophie vorliege. Bei der Ergometrie seien zudem mehrmals diastolische Blutdruckwerte über 100 mmHg trotz antihypertensiver Therapie gemessen worden. Das Schlafapnoe-Syndrom sei ebenfalls als mittelschwer einzustufen, da die Indikation zur kontinuierlichen oronasalen Überdruckbeatmung bestehe, sich jedoch bei deren Anwendung nach dem sich in der Akte enthaltenen Bericht von Dr. B. nach der Untersuchung des Klägers am 18. Juli 2013 eine sofortige Besserung der bei der Polysomnographie auffälligen Befunde ergeben habe. Die Adipositas stelle im Rahmen des gesundheitlichen Gesamtzustandes einen relevanten Faktor für eine Verschlechterung der Funktionsstörungen und der muskuloskelettalen Beschwerden dar. Für die Einschätzung des Schweregrades des Wirbelsäulenleidens und der Beeinträchtigungen durch das vorbekannte Schulter-Arm-Syndrom werde auf das fachärztliche Gutachten von Prof. Dr. M. verwiesen. Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" sei mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten. Das Funktionssystem "Atmung" habe wegen des Schlafapnoe-Syndroms einen Teil-GdB von 20 zur Folge. Hieraus resultiere ein Gesamt-GdB von 40. Seine Einschätzung übersteige diejenige des Beklagten, da sich die vorliegenden Gesundheitseinschränkungen ungünstig beeinflussten und verstärkten. Zudem bestehe ein ausgeprägtes Risikoprofil hinsichtlich der Entwicklung kardiovaskulärer Folgeleiden und -komplikationen.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, die Beeinträchtigungen wegen des Schlafapnoe-Syndroms, der Adipositas, der hypertensiven Herzkrankung, der orthopädischen Leiden sowie des schweren Bluthochdruckes mit Organbeteiligung und erheblicher Leistungsbeeinträchtigung seien bislang nicht ausreichend berücksichtigt worden. Das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) bestehe einmal je medizinischem Fachgebiet und sei nicht auf eine Expertise im gesamten gerichtlichen Verfahren beschränkt. Ohnehin gehe der Sachverständige Prof. Dr. H. davon aus, dass die Einholung eines orthopädischen Gutachtens vorliegend notwendig, also von Amts wegen einzuholen sei.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. Februar 2015 und teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 25. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 2014 den Beklagten zu verpflichten, bei ihm den Grad der Behinderung mit mindestens 40 ab 20. Februar 2014 festzustellen, hilfsweise Prof. Dr. Ch. M., Städtisches Klinikum Karlsruhe, nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz gutachtlich dazu zu hören, dass sein Gesundheitszustand auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet zu Funktionseinschränkungen geführt hat, die einen gesamten Grad der Behinderung von mindestens 40 stützen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er trägt, im Wesentlichen gestützt auf die versorgungärztliche Stellungnahme von Dr. K. von Anfang Juni 2016, vor, der Einschätzung des GdB durch den Sachverständigen Prof. Dr. H. könne nicht beigetreten werden. In den letzten Jahren sei die antihypertensive Medikation nicht angepasst worden, weshalb durchaus von einem einstellbaren Blutdruck auszugehen sei. Zudem habe die weiterführende Diagnostik hinsichtlich der hypertensiven sekundären Organschäden lediglich eine leichte Linksherzvergrößerung ohne Zeichen einer messbaren Funktionsstörung objektiviert. Bei den Carotisablagerungen sei eine relevante Stenosierung ausgeschlossen worden. Andere sekundäre Organveränderungen wie eine hypertensive Nierenschädigung seien ebenfalls nicht festgestellt worden. Ein höherer Teil-GdB als 20 sei damit für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" nicht gerechtfertigt. Wegen der schlafassozierten Atemstörungen sei eine Änderung der bisherigen Einschätzung nicht möglich. Den Auswirkungen des erheblichen Übergewichtes auf die bereits berücksichtigenden Gesundheitsstörungen sei bereits bei der finalen Betrachtung Rechnung getragen worden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)), aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zulässige Klage (vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, juris, Rz. 25 m. w. N.) zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Feststellung des GdB mit mindestens 40 ab 20. Februar 2014. Soweit mit der angefochtenen Verwaltungsentscheidung die Feststellung eines höheren GdB als 30 ab diesem Zeitpunkt abgelehnt worden ist, ist sie rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind der Gerichtsbescheid des SG vom 3. Februar 2015 und der Bescheid vom 25. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. August 2014. Dem Anspruch des Klägers steht diese Verwaltungsentscheidung entgegen, weil sie das SG nicht teilweise aufgehoben hat. Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich, bezogen auf die tatsächlichen Verhältnisse, grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, 54 Rz. 34).

Dieser Anspruch richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Eine Feststellung ist indes nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i. d. F. des Gesetzes vom 7. Januar 2015, [BGBl II, S. 15](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1](#) BVG und der auf Grund des [§ 30 Abs. 16](#) BVG (bis 30. Juni 2011: [§ 30 Abs. 17](#) BVG) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV - vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)) erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1](#) BVG zu regeln (vgl. [§ 1](#) VersMedV). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellten und fortentwickelten, Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu [§ 2](#) VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig ihrer Ursache, also final, bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regel-mäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als "Alterskrankheiten" (etwa "Altersdiabetes" oder "Altersstar") bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn

Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

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

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer (unbenannten) Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend 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 Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers ab 20. Februar 2014 bis aktuell keinen höheren GdB als 30 bedingen.

Das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" ist mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten.

Nach der Vorbemerkung zu den VG, Teil B, Nr. 9 ist für die Bemessung des GdB weniger die Art einer Herz- oder Kreislaufkrankheit maßgeblich als die Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung des GdB ist zunächst von dem klinischen Bild und den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen Richtwerte dar, welche das klinische Bild ergänzen. Elektrokardiographische Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße. Insoweit führt lediglich die bereits von Dr. N. nach seinem im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff.](#) Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Entlassungsbericht über den stationären Aufenthalt des Klägers in der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl im Frühjahr 2013 diagnostizierte benigne essentielle Hypertonie (ICD-10-GM-2016 I10.00), wegen der Verschlüsselung folglich ohne Angabe einer hypertensiven Krise, zu Funktionsstörungen, welche ab der Erstantragstellung im Februar 2014 bis aktuell mit einem GdB von 20 angemessen, aber auch ausreichend bewertet sind. Nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 ist die leichte Form mit keiner oder nur geringer Leistungsbeeinträchtigung (höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen) mit einem GdB zwischen 0 und 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen - Fundus hypertonicus I bis II - und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, hat, je nach Leistungsbeeinträchtigung, einen GdB zwischen 20 und 40 zur Folge. Liegt die schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) vor, beträgt der GdB, je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung, zwischen 50 und 100. Die maligne Form mit einem diastolischen Blutdruck konstant über 130 mmHg, Fundus hypertonicus III bis IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen), unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn) bedingt einen GdB von 100. Beim Kläger liegt eine Hypertonie in mittelschwerer Form mit einer Linkshypertrophie des Herzens ohne Zeichen einer messbaren Funktionsstörung als Organbeteiligung vor, wie sie letztlich der Sachverständige Prof. Dr. H. bestätigt hat. Eine Arteriosklerose, also insbesondere die Ablagerung von Fett in den Blutgefäßen als Hohlgewebe, hat indes nicht objektiviert werden können. Der von ihm festgestellte niedrige Wert des HDL-Cholesterins stellt zwar einen Marker für ein erhöhtes Risiko einer solchen Krankheit dar, allerdings noch keinen Nachweis dafür, dass diese Gesundheitsstörung bereits eingetreten ist. Hinzu kommt, dass die übrigen Parameter des Lipidstoffwechsels im Normbereich waren. Im Übrigen ist das HDL-Cholesterin kein spezifischer Marker, sondern kann genauso auf eine koronare Herzkrankheit hindeuten, wie Prof. Dr. H. aufgezeigt hat. So hat dieser ferner zwar bei der Bezeichnung der Behinderungen die Arteriosklerose als Organbeteiligung angeführt, demgegenüber nicht mehr bei seinen Ausführungen zum Schweregrad der Funktionsstörungen. Mit der von Dr. N. diagnostizierten hypertensiven Herzkrankheit (ICD-10-GM-2016 I11.00), ob der Verschlüsselung ohne Angabe einer hypertensiven Krise, welche von Prof. Dr. H. bestätigt worden ist, ist indes keine solche Leistungsbeeinträchtigung verbunden, dass bereits ein GdB von 30 für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf" begründet wäre. Bei der klinischen Untersuchung durch Dr. N. waren die Herzaktionen bei einer Herzfrequenz von 60 je Minute regelmäßig und die Töne rein. Pathologische Geräusche ließen sich nicht feststellen. Im Langzeit-EKG wurden keine relevanten Herzrhythmusstörungen aufgezeichnet. Es zeigte sich eine gute Frequenzregulation. Das Belastungs-EKG war dem Kläger bis 100 Watt beschwerdefrei möglich. Ein Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bestand nicht, dementsprechend beklagte der Kläger auch nicht mehr ein intermittierendes Druckgefühl auf der Brust. Die kapillare Blutgasanalyse zeigte unter Belastung einen normalen Anstieg des Sauerstoffpartialdruckes. Das während der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. durchgeführte Belastungs-EKG mittels Fahrradergometer brach der Kläger allein wegen muskuloskelettaler Beschwerden und Ermüdung bei 100 Watt ab, jedoch nicht aufgrund von Herzproblemen. Der Blutdruck betrug hierbei zwar 210/110 mmHg, der Blutdruckanstieg war bei Belastung jedoch normal. Im EKG traten weder pektanginöse Beschwerden noch ischämietypische Veränderungen als Hinweis auf eine belastungsinduzierte Koronarinsuffizienz auf. Damit in Einklang steht, dass der Kläger, wie er gegenüber Prof. Dr. H. angab, zwar bei Belastung wie einem längeren schnellen Gehen leicht außer Atem kommt, indes noch zwei Stockwerke Treppen steigen kann, und lediglich, mit den Worten des Sachverständigen, intermittierend ein vermehrtes Herzklopfen bemerkt. Bei den Carotisablagernungen wurde weiter eine relevante Stenosierung ausgeschlossen, worauf der Beklagte zutreffend hingewiesen hat. Eine diastolische Funktionsstörung hat bei der gutachterlichen Untersuchung von Prof. Dr. H. gleichermaßen nicht vorgelegen. Der Blutdruck ist zwar bei der Eingangsuntersuchung mit 160/100 mmHg gemessen worden. Bei der 24-Stunden-Blutdruckmessung zeigte sich zudem ein hypertensives Blutdruckprofil, was Prof. Dr.

H. der Stufe 1 nach der WHO mit erhaltenem Tag-Nacht-Rhythmus zuordnete, denn es ist ein 24-Stunden-Mittelwert von 140/79 mmHg gemessen worden. Der diastolische Wert lag damit indes im Ruhezustand nicht mehrfach über 100 mmHg, denn auch im Frühjahr 2013 betrug dieser bei Dr. N. lediglich 140/80 mmHg. Die beim Kläger schwierig einzustellende arterielle Hypertonie stützt als solche keinen höheren GdB. Die Einstellung war bereits zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes in der in der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl im Frühjahr 2013 als schwierig vorbeschrieben. Während der Rehabilitationsmaßnahme wurde die den Blutdruck senkende Medikation um ein Diuretikum ergänzt. Bei der damaligen Langzeit-Blutdruckmessung ergab sich am Tage eine hohe Anzahl von Fehlmessungen, weshalb ein gewisses Problem des Klägers, bei der Therapie zu kooperieren, vermutet wurde. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Prof. Dr. H. Mitte Dezember 2015 wurde der Bluthochdruck medikamentös noch mit einer Kombinationstherapie aus vier Antihypertensiva behandelt. Wegen des von ihm festgestellten hypertensiven Blutdruckprofils mit einem 24-Stunden-Mittelwert von 140/79 mmHg ging er schlüssig von einer therapierefraktären Hypertonie aus, welche definitionsgemäß bei nicht leitliniengerechter Blutdruckeinstellung trotz antihypertensiver Dreifachtherapie in maximal tolerierter Dosis unter Einbeziehung eines Diuretikums vorliegt. Einschränkend hielt er allerdings fest, dass die Dosierung der antihypertensiven Medikation seit der stationären Rehabilitationsmaßnahme im Frühjahr 2013 nicht nennenswert angepasst und trotz nicht optimaler Blutdruckeinstellung keine maßgebliche Modifikation des Therapieregimes durchgeführt worden ist. Dies hat sich anhand des Medikamentenverordnungsplans, welchen der Hausarzt Dr. R. dem Sachverständigen übersandte, gezeigt, wonach bis aktuell Bisoprolol (1-0-0), Amlodipin, 10 mg (0-0-1), Clonidin, 75 µg (1-0-1) und Torasemid, 5 mg (1-0-0) verschrieben wird. Lediglich Ramipril nimmt der Kläger nicht mehr, stattdessen Clonidin zusätzlich abends ein. Prof. Dr. H. zeigte sich auch kein Hinweis auf einen primären Hyperaldosteronismus als mögliche Ursache einer sekundären arteriellen Hypertonie. Er stellte einen normwertigen Aldosteron/Renin-Quotienten fest. Für ein Phäochromozytom, also einen weitgehend hormonell aktiven Tumor des Nebennierenmarks oder der sympathischen Paraganglien, lagen bei anamnestisch fehlenden Anzeichen für krisenhafte Blutdruckanstiege und normwertige Katecholaminmetaboliten im Plasma ebenfalls keine Anzeichen vor. Duplexsonographisch konnte eine relevante Stenose der Nierenarterien als Ursache einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie ausgeschlossen werden. Neben der Erkrankung des Herzmuskels liegen damit keine weiteren Organbeteiligungen vor, weshalb der GdB am unteren Ende des eröffneten GdB-Rahmens zwischen 20 und 40 selbst unter Berücksichtigung des vom Kläger gegenüber Prof. Dr. H. beschriebenen Druckgefühls im Hals- und Nackenbereich, wohingegen Kopfschmerzen in diesem Zusammenhang nicht aufgetreten sind, ausreichend ist. Die bislang unkomplizierten Krampfadern, derentwegen Prof. Dr. H. von einer leichten Varikosis ausgegangen ist, bedingen nach den VG, Teil B, Nr. 9.2.3 einen GdB von 0, stützen folglich ebenfalls keinen höheren Teil-GdB als 20 für das Funktionssystem "Herz-Kreislauf". Der Bewertung von Prof. Dr. H., welcher einen solchen von 30 angenommen hat, fehlt die hinreichende Grundlage, zumal er zusätzlich das ausgeprägte Risikoprofil hinsichtlich der Entwicklung kardiovaskulärer Folgeleiden und -komplifikationen berücksichtigt hat. Nur mögliche Folgeerscheinungen einer Herz- oder Kreislauferkrankung sind bei der Feststellung des GdB demgegenüber außer Acht zu lassen. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind ausschließlich ein tatsächlich abweichender Zustand der körperlichen Funktion von dem für das Lebensalter typischen und die dadurch bedingte konkrete Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft relevant.

Das Funktionssystem "Atmung" bedingt ebenfalls einen Teil-GdB von 20.

Nach den VG, Teil B, Nr. 8.7 hat ein Schlafapnoe-Syndrom, welches im Schlaflabor durch eine Untersuchung nachgewiesen worden ist, ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung einen GdB von 0 bis 10, mit einer solchen Notwendigkeit von 20 sowie, wenn sie nicht durchführbar ist, einen GdB von 50 zur Folge. Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Der Leiter des Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrums der Kliniken des Städtischen Klinikums Karlsruhe Dr. B. begann beim Kläger wegen des von ihm Mitte Juli 2013 und später von Dr. Sp. diagnostizierten Schlafapnoe- und Hypoventilations-Syndroms eine oronasale Überdrucktherapie mit einem APAP-Gerät, welche eine sofortige Verbesserung der Befunde zeigte. Der Kläger gab bei der Abschlussuntersuchung am 18. Juli 2013 an, mit der Maske gut zu Recht zu kommen und wünschte eine Fortsetzung der Behandlungsmaßnahme. Die nasale Überdruckbeatmung ist danach durchführbar gewesen. Dass der Kläger das verordnete APAP-Gerät derzeit nicht benutzt, wie er gegenüber Prof. Dr. H. kundtat, liegt folglich nicht daran, dass die Therapie nicht durchführbar war. Wegen dieses Umstandes ist indes noch nicht die Notwendigkeit dieser Therapie entfallen, zumal der Sachverständige überzeugend ausgeführt hat, dass das diagnostizierte Schlafapnoe-Syndrom ein verstärkender und aufrechterhaltender Faktor in Bezug auf die arterielle Hypertonie ist. Mithilfe des APAP-Gerätes könnte der Kläger die Auswirkungen des Schlafapnoe-Syndroms weiter vermindern und so positiv Einfluss auf die Herz-Kreislauferkrankung, insbesondere die Blutdruckeinstellung nehmen, wie der Sachverständige herausgestellt hat. Da dessen Ausführungen und dem Bericht von Dr. B. nicht entnommen werden kann, dass der Bluthochdruck eine Folgeerscheinung oder Komplikation im Zusammenhang mit dem Schlafapnoe-Syndrom ist sowie eine vermehrte Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten ob des Schlafapnoe-Syndroms vom Kläger gegenüber Prof. Dr. H. verneint wurden, ist deswegen kein höherer GdB als 20 gerechtfertigt, wie dieser ebenfalls nachvollziehbar angenommen hat.

Die bei der Antragstellung im Verwaltungsverfahren vom Kläger angeführte chronische Bronchitis ist bereits mangels gesicherter Diagnose nicht nachgewiesen. Ohnehin ist bei ihm insbesondere eine maßgebliche Einschränkung der Lungenfunktion nicht objektiviert. Bei chronischen Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms sowie bei Brustfellschwarten richtet sich der GdB nach der Einleitung zu den VG, Teil B, Nr. 8 vor allem nach der klinischen Symptomatik mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Außerdem sind insoweit die Einschränkung der Lungenfunktion und die Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen (z. B. Cor pulmonale) zu berücksichtigen. Von Dr. N. ist im Frühjahr 2013 zwar über der Lunge beidseits ein deutliches Atemnebengeräusch vernommen worden. Sonst ließ sich allerdings weder perkutorisch noch auskultatorisch ein pathologischer Befund erheben. Zudem gab der Kläger gegenüber Prof. Dr. H. an, über zwei Stockwerke Treppen gehen zu können. Darüber hinaus ist es ihm möglich, derzeit eine Vollzeittätigkeit als Lkw-Fahrer im Fernverkehr wahrzunehmen, die beinhaltet, dass er das Fahrzeug be- und entladen muss (vgl. im Internet unter "www.berufenet.arbeitsagentur.de", Suchbegriff "Berufskraftfahrer"). Beeinträchtigungen der Lungenfunktion hat der Kläger in diesem Zusammenhang nicht angeführt. Das Funktionssystem "Atmung" ist daher mit einem Teil-GdB von 20 ausreichend bewertet.

Die beim Kläger wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf die Funktionssysteme "Rumpf", "Arme" und "Beine" jeweils keinen Teil-GdB von 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an

der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Das Funktionssystem "Rumpf" erreicht keinen Teil-GdB von 10.

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.

Der Kläger leidet, den Entlassungsbericht von Dr. N. zugrunde gelegt, im Bereich der Rumpfwirbelsäule an einem chronischen Brustwirbelsäulensyndrom (ICD-10-GM-2016 M54.09), das wohl auf die von ihm erkannte Seitverbiegung zurückzuführen ist. Dr. H. B. diagnostizierte Anfang 2014 ein chronisches rezidivierendes Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom bei teilfixierter Kyphose. Bei der klinischen Untersuchung von Dr. N. bestand indes über der gesamten Wirbelsäule kein Klopfschmerz. Der Finger-Boden-Abstand betrug 15 cm. Das Zeichen nach Schober, also der Funktionstest für die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule, wurde mit 10/13 cm gemessen (Referenzwert: Zunahme um 5 cm; vgl. hierzu Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 27). Der Kläger äußerte bei der klinischen Untersuchung durch Prof. Dr. H. Mitte Dezember 2015 über der Wirbelsäule ebenfalls keinen Klopfschmerz. Der Finger-Boden-Abstand betrug 10 cm. Der Gang und der Stand waren sicher. Im Romberg-Versuch und Unterberg-Tretversuch zeigte sich keine Fallneigung. Es wurde eine Eudiadochokinese, also ein ungestörtes Wechselspiel zwischen Muskeln gegensätzlicher Wirkung bei schnellen, entgegengesetzten Bewegungen erkannt. Das Lasègue-Zeichen war beidseits negativ, schloss also einen Dehnungsschmerz im Bereich der Spinalnervenwurzeln der Rückenmarkssegmente L4 bis S2 und des Nervus ischiadicus aus. Dr. H. B. verneinte ebenfalls eine radikuläre Symptomatik. Hierdurch sind in keinem Wirbelsäulenabschnitt weder zumindest geringe funktionelle Auswirkungen noch neurologische Ausfallerscheinungen objektiviert, so dass für das Funktionssystem "Rumpf" noch kein Teil-GdB von 10 erreicht ist.

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

Danach haben die Funktionssysteme "Arme" (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13) und "Beine" (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14) jeweils keinen Teil-GdB im messbaren Bereich zur Folge. Dr. N. hat lediglich den Verdacht auf eine Omarthrose links geäußert, eine gesicherte Diagnose aber nicht gestellt. Dr. H. B. hat zwar ein muskuläres Hals- und Schulter-Arm-Syndrom und eine Periarthritis humeroscapularis calcarea beidseits beschrieben, indes keine Beeinträchtigungen mit Funktionsparametern objektiviert. Bei der klinischen Untersuchung durch Dr. N. Ende April 2013 konnte der Kläger noch beide Arme heben. Zudem waren ihm dort der Nacken- und der Schürzengriff möglich. Hinsichtlich des Zustandes nach einer Operation des kleinen Fingers der linken Hand wegen einer Tendovaginitis stenosans, also einer Sehnencheidenentzündung der Beugesehnen, im März 2013 haben sich bei dessen Untersuchung keine Funktionsstörungen gezeigt. Dr. N. diagnostizierte zwar eine beidseitige Coxarthrose und ihm fiel im Bereich beider Hüftgelenke eine stark eingeschränkte Innenrotation auf. Weiter stellte Dr. H. B. eine degenerative Innenmeniskopathie bei medialer Gonarthrose mit Grad I beidseits fest. Dadurch war die Gehstrecke indes nur mäßig eingeschränkt und er erkannte keine Gehbehinderung. Damit in Einklang steht, dass Prof. Dr. H. selbst Mitte Dezember 2015 noch eine freie Beweglichkeit sämtlicher Extremitäten feststellte. Behinderungsbedingte Funktionsstörungen im Bereich dieser beiden Funktionssysteme, welche jeweils einen Teil-GdB von 10 erreichten, liegen deshalb nicht vor.

Anhaltspunkte für weitere Ermittlungen von Amts wegen ([§ 103 SGG](#)) auf orthopädischem Fachgebiet, insbesondere Sachverständigenbeweis zu erheben, haben sich nicht ergeben. Anders als der Kläger meint, ist Prof. Dr. H. nicht von der Notwendigkeit einer solchen Expertise ausgegangen. Er hat demgegenüber lediglich wegen des von diesem gestellten Antrags nach [§ 109 SGG](#), bei Prof. Dr. M. ein Gutachten einzuholen, welchen er der ihm überlassenen Akte des LSG entnommen hat, hinsichtlich des Schweregrades der Wirbelsäulenbeschwerden und der Beeinträchtigungen im Rahmen des vorbekannten Schulter-Arm-Syndroms hierauf verwiesen.

Das Funktionssystem "innere Sekretion und Stoffwechsel" erreicht keinen höheren Teil-GdB als 10.

Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 bedingt die von Dr. N., Dr. B. und Prof. Dr. H. diagnostizierte Adipositas mit Grad III, von Dr. N. als Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit einem BMI von 40 kg/m² und mehr (ICD-10-GM-2016 E66.02) und von Dr. B. als übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation mit einem BMI von 40 kg/m² und mehr (ICD-10-GM-2016 E66.22) verschlüsselt, allein keinen GdB. Nur Folge- und Begleitschäden, insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat, können die Annahme eines GdB begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen der vorliegenden Adipositas permagna. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. H. müsse davon ausgegangen werden, dass die muskuloskelettalen Beschwerden, welche dieser angeführt habe, durch das starke Übergewicht begünstigt und aufrechterhalten werden. Sie treten jedoch unter Berücksichtigung der Angaben, welche der Kläger gegenüber den Ärzten machte, weder dauerhaft noch in einem größeren Ausmaß auf, so dass, unterstellt sie liegen tatsächlich vor und sind auf die Adipositas zurückzuführen, kein höherer GdB als 10 gerechtfertigt ist.

Mit den sonstigen in den medizinischen Unterlagen erwähnten Gesundheitsstörungen, insbesondere des fortgesetzten Nikotinabusus, der Steatosis hepatis, also der Fettleber, für die sonographisch und laborchemisch keine Anzeichen für eine nicht-alkoholische Steatohepatitis vorgelegen haben, der Carotidplaques ohne Stenosierung als Anzeichen für eine hypertensive Vaskulopathie sowie der Leukozytose, in Bezug darauf das Differentialblutbild einen unauffälligen Befund zeigte, sind vorliegend keine Gesundheitsstörungen nachgewiesen, derentwegen einem Funktionssystem zuzuordnende weitere Einschränkungen vorlägen, welche überhaupt erst geeignet wären, den Gesamt-GdB zu erhöhen.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen (VG, Teil A, Nr. 3 d ee), begründen die beiden Teil-GdB von 20 für die Funktionssysteme "Herz-Kreislauf" und "Atmung" ab 20. Februar 2014 einen Gesamt-GdB von 30.

Der nach [§ 109 SGG](#) auf Erstattung eines orthopädischen Gutachtens durch Prof. Dr. M. gestellte Hilfsantrag des Klägers war abzulehnen, da dieses Antragsrecht verbraucht ist. Es ist bereits dadurch ausgeübt worden, dass im Rahmen dieser Norm ein fachinternistisches Gutachten bei Prof. Dr. H. eingeholt worden ist. Es steht grundsätzlich nur einmal in beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung (Urteil des Senats vom 24. Oktober 2013 - [L 6 SB 5267/11](#) -, juris, Rz. 34 m. w. N.). Der Wortlaut des [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), wonach ein Arzt gutachtlich gehört werden muss, ließe zwar die Einholung mehrerer Gutachten zu, da es sich bei "ein" um einen unbestimmten Artikel und nicht ein Zahlwort handelt. Es entspricht jedoch bereits dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG, Urteil vom 15. April 1991 - [5 RJ 32/90](#) -, juris, Rz. 16; Kolmetz, SGB 2004, S. 83 (86)). Zudem begrenzt die Regelungssystematik diese weite Auslegung. [§ 109 SGG](#) als Regelung zu dem Beweismittel des Sachverständigen ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 402](#) ff. Zivilprozessordnung - ZPO) steht eng im Zusammenhang mit [§ 103](#), [§ 106 SGG](#), worin bestimmt ist, dass das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen zu erforschen hat (sog. "Amtsermittlungs- oder Untersuchungsgrundsatz"; vgl. BSG, Beschluss vom 17. März 2010 - [B 3 P 33/09 B](#) -, juris, Rz. 12). Diese Vorschriften gelten gemäß [§ 153 Abs. 1 SGG](#) für das Verfahren vor dem Landessozialgericht entsprechend. Darüber hinausgehend räumt [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) Versicherten, Menschen mit Behinderung, Versorgungsberechtigten und Hinterbliebenen die eng umgrenzte Möglichkeit ein, ihrerseits eine bestimmte sachverständige Person, die eine Ärztin oder ein Arzt sein muss, als Beweismittel zu benennen. Mit einem Beweismittel bewiesen werden soll jedoch eine bestimmte Behauptung, was als Beweisthema bezeichnet wird. Eine wiederholte Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich daher, auch nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urteile vom 26. Januar 1970 - [7/2 RU 64/69](#) -, SozR Nr. 37 zu [§ 109 SGG](#); vom 6. Mai 1958 - [10 RV 813/56](#) - SozR Nr. 18 zu [§ 109 SGG](#) und vom 29. November 1957 - [2 RU 241/56](#) -, SozR Nr. 14 zu [§ 109 SGG](#)), nur bei Vorliegen besonderer Umstände. Solche sind zwar in der Literatur anerkannt, wenn für einzelne Gesundheitsstörungen mehrere Facharztgruppen zuständig sind und ein Spezialist auf einem Fachgebiet gehört werden soll, dem die zuerst gehörte sachverständige Person nicht angehört (Urteil des Senats vom 24. Oktober 2013, [a. a. O.](#)). Dies kann bei eng verwandten Fachgebieten wiederum Einschränkungen unterliegen (vgl. Roller, in Lüdtko, Kommentar zum SGG, 4. Aufl. 2012, § 109 Rz. 10). Mittels des vorrangig gehörten Sachverständigen Prof. Dr. H., Direktor der Medizinischen Klinik I, Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie, des Städtischen Klinikums Karlsruhe sowie unter Bezugnahme auf die Ausführungen im Schriftsatz des klägerischen Bevollmächtigten vom 2. Juni 2015, mit dem in Bezug auf dessen Fachgebiete dargetan worden ist, weshalb die behinderungsbedingten Funktionsstörungen wegen des Schlafapnoe-Syndroms, der Herzerkrankung und des Bluthochdruckes bislang unzureichend bewertet worden seien, hat der Kläger versucht, mit diesem Beweismittel den Nachweis zu führen, dass bei ihm Funktionseinschränkungen auf dem Fachgebiet der Inneren Medizin, einschließlich des Teilgebietes Pneumologie, vorliegen, die einen Gesamt-GdB von mindestens 40 stützen. Allein wegen dieses Beweisthemas wäre ausnahmsweise, bei Vorliegen besonderer Umstände, die im Falle des Klägers nicht gegeben sind, eine wiederholte Antragstellung gerechtfertigt gewesen. Nicht entscheidend ist also, dass der von ihm benannte Arzt Prof. Dr. H. und der weiter ausgewählte Prof. Dr. M. auf verschiedenen medizinischen Fachgebieten tätig sind (vgl. Urteil des Senats vom 24. Oktober 2013, [a. a. O.](#)). Ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz liegt nicht vor. Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die von gelockerten, auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen bis hin zu strengen Verhältnismäßigkeitsforderungen reichen können (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 12. Oktober 2010 - [1 BvL 14/09](#) -, [BVerfGE 127, 263](#) (280) m. w. N.). Differenzierungen bedürfen stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Differenzierungsziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind. Dabei gilt ein stufenloser, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab, dessen Inhalt und Grenzen sich nicht abstrakt, sondern nur nach den jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereichen bestimmen lassen (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 21. Juni 2011 - [1 BvR 2035/07](#) -, [NVwZ 2011, S. 1316](#) (1317) m. w. N.). Die dargestellte Regelungssystematik des Beweisrechts ist die sachliche Rechtfertigung der Ungleichbehandlung der Gruppe von Personen, die wie der Kläger Funktionsbeeinträchtigungen auf mehreren Fachgebieten haben, gegenüber Menschen, bei denen sich die Funktionsstörungen nur in einer medizinischen Fachdisziplin auswirken.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-04