

## L 8 SB 4713/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
8

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 SB 1431/14  
Datum  
10.09.2015

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 4713/15  
Datum  
16.06.2017

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10.09.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; mindestens 50 statt 40) seit 13.11.2013 zusteht.

Der 1955 geborene Kläger, türkische Staatsangehöriger (zur Aufenthaltsberechtigung vgl. Blatt 1, 58 der Beklagtenakte), ist als Kommissionierer/Lagerarbeiter vollschichtig sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Bei ihm stellte das Landratsamt K. (LRA) mit Bescheid vom 25.10.2015 (Blatt 55/56 der Beklagtenakte) ab dem 02.10.2012 den GdB mit 30 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Angina pectoris, Bluthochdruck (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 10); Ohrgeräusche (Tinnitus) (GdB 10); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23.10.2012 vgl. Blatt 52/53 der Beklagtenakte).

Am 13.11.2013 beantragte der Kläger beim LRA die höhere (Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 70/73 der Beklagtenakte). Zu seinem Antrag verwies er auf eine koronare 3-Gefäßerkrankung (Herzkrankheit), Implantation eines 2. Stents, Angina pectoris, Bluthochdruck sowie eine Prostatavergrößerung und legte ärztliche Unterlagen (Blatt 59/69 der Beklagtenakte) vor.

Das LRA zog vom Städtischen Klinikum K.- Med. Klinik IV/Kardiologie - Befundunterlagen bei (dazu vgl. Blatt 75/80 der Beklagtenakte). In seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 05.12.2013 (Blatt 81/82 der Beklagtenakte) schätzte Dr. G. den GdB weiterhin auf 30 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Angina pectoris, Bluthochdruck (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 10); Ohrgeräusche (Tinnitus) (GdB 10)), woraufhin das LRA die höhere (Neu-)Feststellung des GdB mit Bescheid vom 12.12.2013 (Blatt 83/84 der Beklagtenakte) ablehnte.

Mit seinem Widerspruch vom 23.12.2013 (Blatt 85 der Beklagtenakte) machte der Kläger u.a. geltend, dass er nach dem Einsetzen des 2. Stents vom 29.10.2013 bis 22.12.2013 arbeitsunfähig gewesen sei. In dieser Zeit habe er seinen privaten Alltag wegen starker Schmerzen und Nebenwirkungen nicht meistern können, da sein ganzer Bewegungsapparat eingeschränkt gewesen sei. Er habe Leistungsbeeinträchtigungen bei Belastung, körperlicher Arbeit und auch bei forschem Gehen. Er arbeite im Lager eines Papiergroßhandels als Kommissionierer. Er müsse täglich etwa 30 bis 35 kg schwere Kartons bewegen (heben und umsetzen) und habe aufgrund seiner aktuellen Situation Bedenken wie er seine Arbeit verrichten solle (Bluthochdruck, diastolischer Wert manchmal größer 100 mmHg trotz Behandlung, Schwindelanfälle, Magenschmerzen, Schleimhautentzündung, Übelkeit, verschwommene Sicht und Rückenschmerzen). Problematisch sei bereits das Heben und Bewegen leichterer Gegenstände. Durch die Prostatavergrößerung/Harnröhrenverengung habe er starke Entleerungsstörungen der Blase. Die geplante Operation sei durch das Einsetzen des Stents um 1 Jahr verschoben. Es bestehe häufiger Harndrang - unter Umständen im Abstand weniger Minuten -, weshalb er nachts den Schlaf (5 bis 6 mal) unterbrechen müsse. Es bestehe eine Restharnbildung, für ein unterbrochenes Wasserlassen seien mehrere Versuche nötig, um die Blase zu entleeren. Es bestehe auch ein abgeschwächter Harnstrahl. Die Probleme beim Wasserlassen begannen, obwohl der Drang zum Entleeren bestehe. Unter Umständen sei zum Entleeren der Harnblase auch ein starker Einsatz der Bauchmuskulatur nötig. Hieraus folge, dass der nächtliche Erholungsschlaf dadurch stark gestört werde.

Der Versorgungsarzt Dr. B. schlug in seiner Stellungnahme vom 20.01.2014 (Blatt 88/89 der Beklagtenakte) vor, den GdB auf 40

festzustellen (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, Angina pectoris, Bluthochdruck (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 10); Ohrgeräusche (Tinnitus) (GdB 10); Entleerungsstörung der Harnblase (GdB 20)). Daraufhin stellte das LRA mit Abhilfebescheid vom 30.01.2014 (Blatt 91/92 der Beklagtenakte) den GdB ab 13.11.2013 mit 40 fest.

Hiergegen erhob der Kläger am 17.02.2014 Widerspruch (Blatt 95 der Beklagtenakte), den er unter Vorlage von ärztlichen Unterlagen (Blatt 101/107 der Beklagtenakte) und dem Hinweis darauf, dass er und seine behandelnden Ärzte der Auffassung seien, dass ein GdB von 50 gegeben sei (Blatt 108/109 der Beklagtenakte) begründete.

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 10.04.2014 (Blatt 112 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 17.04.2014, Blatt 113/115 der Beklagtenakte).

Der Kläger hat hiergegen am 25.04.2014 beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben. Er und seine behandelnden Ärzte seien der Auffassung, dass ein GdB von 50 gegeben sei (Schreiben vom 20.06.2014, Blatt 16/17 der SG-Akte).

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 23, 24/36, 37, 38/39, 40/41, 44 der SG-Akte Bezug genommen.

Die Nervenärztin Dr. M. hat in ihrem Schreiben vom 04.07.2014 dem SG mitgeteilt, den Kläger vom 28.04.2014 bis zum 03.07.2014 insgesamt viermal gesehen zu haben. Sie teile die ihr überlassene Auffassung des Versorgungsarztes, die Diagnose der Panikstörung gehe nicht in den GdB mit ein.

Die Internistin Dr. W.-T. hat dem SG am 04.07.2014 geschrieben, nach erneuter PTCA und Stent 10/13 sei der Kläger noch nicht ganz beschwerdefrei. Er berichte über kardiale Beschwerden bei mittlerer Belastung. Wegen der chronisch intermittierenden Angststörung sei die Dauereinnahme von Psychopharmaka erforderlich. Auch bestünden rezidivierende Lumbago der LWS bei Spondylose. Der GdB solle mindestens 60 betragen.

Der Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie Dr. E. hat in seiner Stellungnahme vom 09.07.2014 mitgeteilt, der Kläger sei seit 13.11.2013 nicht in seiner Behandlung gewesen.

Dr. S., Urologe, hat dem SG am 13.07.2014 geschrieben, beim Kläger bestehe eine intermittierend auftretende Urgeblase mit schlechtem Harnstrahl und tröpfchenweisem Urinverlust, deren Ursache nur teilweise einer Sphinktersklerose unter Ausbildung einer Querbarre zugeordnet werden könne. Überlagert werde die Problematik durch eine obere sensomotorische Läsion. Unter Behandlung mit Tamsulosin sei eine Besserung eingetreten, sodass die Operationsindikation zurückgestellt worden sei. Wegen der assoziierten orthopädischen Problematik als Mitverursachung sei hier vielleicht doch ein höherer GdB als 10, jedoch nicht höher als 20 anzunehmen.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. hat mitgeteilt (Schreiben vom 30.07.2014) beim Kläger bestehe der Verdacht auf leichten essentiellen Tremor, der Verdacht auf eine Störung der emotionalen Kontrolle, die Gewöhnung an den Gebrauch von Alprazolam und eine Angststörung.

Dr. D., Facharzt für HNO-Heilkunde, hat mit am 17.09.2014 beim SG eingegangenen Schreiben ausgeführt, der Kläger sei seit 31.07.2012 nicht mehr in seiner Behandlung gewesen. Er kenne den Verlauf des Tinnitus beim Kläger daher nicht.

Mit Schreiben vom 05.02.2015 (Blatt 53/54 der SG-Akte) gab der Kläger an, Dr. E. habe er am 03.02.2014 aufgesucht, dieser nehme einen GdB von 20 bis 30 für die Wirbelsäule an.

Auf Aufforderung durch das SG hin hat Dr. E. den Befundbericht vom 12.02.2015 (Blatt 63 der SG-Akte) vorgelegt, worin ein Impingementsyndrom der linken Schulter und ein degeneratives LWS-Syndrom beschrieben sind.

Der Kläger hat (Schreiben vom 20.03.2015, Blatt 65/67 der SG-Akte) das Attest des Dr. D. vom 04.03.2015 vorgelegt (Diagnosen: gesichert Tinnitus aurium chronica links, Hörminderung links, dringender Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom). Dr. D. hat daraufhin auf Anforderung durch das SG am 15.04.2015 ein aktuelles Tonaudiogramm (dazu vgl. Blatt 69 der SG-Akte) vorgelegt.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 18.05.2015 (Blatt 71/73 der SG-Akte) ergänzend vorgetragen, er sei am Auge operiert worden. Es sei eine künstliche Linse implantiert worden, eine weitere OP stehe kurz bevor, und den Bericht vom 09.04.2015 der Fachärzte für Augenheilkunde Dres. B. et al. vorgelegt.

Mit Urteil vom 10.09.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von wenigstens 50. Trotz mehrfacher Stents sei die Herzerkrankung bei guter Herzfunktion mit einem GdB von 30 weiterhin angemessen bewertet. Auf orthopädischem Fachgebiet seien die degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, mit einem GdB von 10 zu bewerten. Das gleiche gelte für die Beschwerden bezüglich der linken Schulter. Der Tinnitus sei mit einem GdB von 10 sachgerecht bewertet; psychische Begleiterscheinungen seien nicht geltend gemacht worden. Auch die Hörminderung bedinge keinen höheren GdB. Laut Tonaudiogramm vom 05.03.2015 betrage der prozentuale Hörverlust 5 % rechts- und 26 % linksseitig. Dies ergebe keinen GdB. Die Entleerungsstörung der Blase - eine objektivierbare Erkrankung der Prostata oder einer Harnröhrenstriktur habe ausgeschlossen werden können - sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Hinsichtlich der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet sei die Panikstörung auf die Herzerkrankung zurückzuführen und gehe in die dortige Bewertung mit ein. Ein eigenständiger GdB ergebe sich deswegen nicht. Der Gesamt-GdB sei seit dem 13.11.2013 mit 40 zu bewerten.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 16.10.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11.11.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Das SG habe den Sachverhalt nicht abschließend aufgeklärt und außerdem bei ihm bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt. Dr. W.-T. gebe an, dass der Schweregrad der koronaren Herzkrankheit mittel- bis

schwer sei. Bisher sei die Frage der Schwere nicht objektivierbar beantwortet worden. Erforderlich sei eine Ergometeruntersuchung. Auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf psychiatrischem Fachgebiet gehe Dr. W.-T. davon aus, dass bei ihm ein GdB von 60 gerechtfertigt sei. Soweit das SG einwende Dr. W.-T. habe "fachfremd" geurteilt und sich auf die Einschätzung von Dr. M., einer Nervenärztin, berufe, sei herauszustellen, dass diese gerade nicht Fachärztin für Psychiatrie sei. Unabhängig davon leide er auch nach Ansicht von Dr. M. unter einer Panikstörung. Warum diese Panikstörung nicht in den Gesamtgrad der Behinderung einfließe, bleibe ihr Geheimnis. Dr. W.-T. gehe davon, dass er unter häufigen, sehr starken Angst- und Unruhegefühlen leide. Dr. S. berichte in seiner sachverständigen Zeugenauskunft dass ein Libidoverlust sowie eine Abgeschlagenheit bestehe. Nach Auskunft des Dr. E. seien alle drei Wirbelsäulenabschnitte betroffen, insoweit sei schon ein GdB von 30 festzusetzen, wenn nur in zwei Abschnitten mittelgradige Beeinträchtigungen vorlägen. Eine höhere Bewertung sei angezeigt, weil dort die Ursache für die neurogene Blase zu suchen sei, sodass zumindest ein Einzel-GdB von 20 festzustellen sei. Es sei nämlich nicht nachvollziehbar dass das SG davon ausgehe, die Beeinträchtigungen seien als geringgradig zu bewerten. Richtig sei vielmehr, dass er durch seine Wirbelsäulen- und Schulterprobleme ganz wesentlich in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sei. Auch sei im Schriftsatz vom 05.02.2015 darauf hingewiesen worden, dass er unter psychischen Beeinträchtigungen des Tinnitus leide, was das SG nicht berücksichtigt habe. Auch aus der Zeugenauskunft des Dr. D. ergebe sich, dass bei ihm ein dringender Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom bestehe. Auch hier sei das SG verpflichtet gewesen, den Sachverhalt dahingehend aufzuklären, ob ein solches Syndrom tatsächlich bestehe. Seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen an den Augen berücksichtige das SG auch nicht. Inzwischen sei die Sechs-Monatsfrist längst abgelaufen, weshalb ein aktueller Befundbericht einzuholen sei. Die in großem Umfang bestehende Arbeitsunfähigkeit sei bei der Einschätzung des GdB zu berücksichtigen (Schreiben vom 13.01.2017, Blatt 75 der Senatsakte). Der Kläger hat vorgelegt: - den ambulanten Arztbrief des Städt. Klinikums K. vom 06.06.2016 (Blatt 43/44 der Senatsakte), - den Herzkatheter-Befund vom 07.06.2016 (Blatt 45 der Senatsakte), - den Bescheid der BGHW vom 11.08.2016 zu seinem Unfall vom 12.10.2015 (Blatt 52 der Senatsakte) - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (dazu vgl. Blatt 76/81, 94, 99 der Senatsakte) vom 06.09.2016 (Dr. D.; ohne Diagnose), 08.11.2016 und 14.11.2016 (Dres. K. et al.; Diagnose: M 75.4 G L (Impingementsyndrom)), 12.12.2016, 21.12.2016 und 02.01.2017 (Dres. K. et al.; Diagnose: S82.9 G R (Malleolusfraktur Sprunggelenkfraktur Sprunggelenkluxationsfraktur)), 24.03.2017 (Dres. B./W.-T.; Diagnosen: F41.3 G (Ängstliche Depression, andere gemischte Angststörungen)) sowie vom 12.05.2017 und 11.05.2017 (Dres. B./W.-T.; Diagnosen: I10.91 G (Essentielle (primäre) Hypertonie), F43.0 G (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)).

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichtes Karlsruhe vom 10.09.2015 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung bzw. Abänderung der Bescheide des Landratsamts Karlsruhe vom 12.12.2013 und vom 30.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.04.2014 zu verurteilen, bei ihm einen GdB von mindestens 50 seit 13.11.2013 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Im kardiologischen Bericht des Städt. Klinikums K. vom 31.10.2013 sei eine koronare Drei-Gefäßerkrankung mit gutem Langzeitergebnis nach Stent-Implantation berichtet und eine systolisch gute linksventrikuläre Funktion angegeben. Psychiatrisch sei zwar zuzubilligen, dass es sich bei Frau Dr. M. um eine Nervenärztin handele. Gleichwohl finde sich in den Aktenunterlagen auch das nervenärztliche Attest des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Physikalische Therapie Dr. S. vom 30.07.2014, bei dem der Kläger allerdings seit 10.09.2013 nicht mehr in Behandlung sei. Nach den Kriterien des LSG finde damit keine engmaschige Psychotherapie statt, die eine höhere GdB-Feststellung rechtfertige. Soweit ein Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom bestehe, werde darauf hingewiesen, dass Verdachtsdiagnosen nicht zu berücksichtigen seien.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte. Der Augenarzt Dr. S. hat mit Schreiben vom 25.04.2016 (Blatt 25 der Senatsakte) eine Sehverschlechterung angegeben und die Diagnose eines Zustandes nach Cataract beidseits und Pseudophakie beidseits mitgeteilt.

Der Leiter des Schlaflabors, Arzt für Innere Medizin und Schlafmedizin Dr. Univ. Ancona P. hat ausgeführt (Schreiben vom 25.04.2016, Blatt 26/32 der Senatsakte), es sei eine leichte rückenlagenbetonte Schlafapnoe mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit festgestellt und eine CPAP-Therapie eingeleitet worden.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Weber hat mitgeteilt (Schreiben vom 26.04.2016, Blatt 33 der Senatsakte), er habe die Praxis am 01.04.2015 von Dr. M. übernommen und den Kläger erstmals am 23.07.2015, zuletzt am 21.04.2016, insgesamt viermal, gesehen. Der Kläger sei seit 2014 in Behandlung, anfangs "viel Aufregung, schnell nervös. Ängste", zuletzt habe er angegeben, dass es ihm seelisch gut gehe. Der psychopathologische Befund sei am 21.04.2016 unauffällig gewesen. Er stelle die Diagnose einer Panikstörung, zur Zeit kompensiert.

Der Facharzt für Chirurgie, Sportarzt Dr. B. hat in seiner Antwort vom 10.05.2016 (Blatt 39/41 der Senatsakte) angegeben, der Kläger habe nach kompletter Unterschenkelfraktur rechts und erfolgter Verriegelungsnagelung in seiner berufsgenossenschaftlichen Behandlung gestanden und klage noch über Belastungsstörungen und Anschwellen des Unterschenkels. Mit einer vollständigen Wiederherstellung sei zu rechnen.

Der HNO-Facharzt Dr. D. hat (Schreiben ohne Datum, Blatt 56 der Senatsakte) an geklagten Beschwerden einen Tinnitus und eine OSAS (obstruktives Schlafapnoesyndrom) angegeben.

Der Senat hat von der BGHW die dort geführten medizinischen Unterlagen beigezogen (zu den Unterlagen vgl. Blatt 57/69 der Senatsakte).

Der Beklagte hat die versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Götz vom 16.10.2016 (Blatt 54/55 der Senatsakte) und Dr. R. vom 29.12.2016 (Blatt 73/74 der Senatsakte) vorgelegt. Letzterer hat ausgeführt, bei der am 06.06.2016 durchgeführten erneuten Herzkatheteruntersuchung sei eine normale Kammerfunktion festgestellt worden. Dr. B. gehe von Arbeitsfähigkeit ab dem 02.04.2016 aus und bestätige anhand des Unterschenkelbruchs eine vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung mit einem GdB von 20. Unter Hinweis auf die Mitteilung von Dr. B. vom 10.05.2016 könne hierfür ein höherer Teil-GdB als 10 nicht abgeleitet werden. Unter Hinweis auf die Auskunft des Urologen Dr. Schroeter könne anhand des mitgeteilten Befundes, der weder eine Harnstauung noch eine auffällige Blase oder Restharn nach Miktion ergeben habe, ein Teil-GdB von 20 nicht begründet werden. So werde die Vergrößerung der Prostata als geringgradig

angegeben, ebenso wie die Harninkontinenz und die neurogene Blase. Die Gebrauchseinschränkung des rechten Beines (Zustand nach Unterschenkelfraktur) bedinge für sich keinen höheren Teil-GdB als 10.

Der Senat hat des Weiteren den Facharzt für Chirurgie T. als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt. Dieser hat mit Schreiben vom 23.01.2017 (Blatt 84/89 der Senatsakte) über Beschwerden des Klägers nach distaler Unterschenkelfraktur rechts berichtet. Es bestehe bei regelrechter und vollständiger Konsolidierung weitgehend Beschwerdefreiheit mit geringer Einschränkung der OSG-Beweglichkeit und diskret ausgeprägter Schwellneigung des Unterschenkels. Neu hinzugekommen sei ein Impingementsyndrom der linken Schulter. Dr. D. hat auf erneute schriftliche Befragung durch den Senat einen Tinnitus aurium, eine OSAS und Schwindel mitgeteilt (Schreiben ohne Datum, Blatt 90/92 der Senatsakte).

Der Beklagte hat mit Schreiben vom 31.05.2017 (Blatt 100/101 der Senatsakte) die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 29.05.2017 von Dr. R. vorgelegt. Dieser hat u.a. ausgeführt, dass im Rahmen der konsolidierten Fraktur des rechten Unterschenkels eine Besserung der Beschwerden eingetreten sei. Die Unterschenkelfraktur sei osteosynthetisch mittels Verriegelungsnagel versorgt. Hierbei sei es im weiteren Verlauf zur Entfernung der Verriegelungsschraube gekommen, wonach eine weitere rückläufige Beschwerdesymptomatik erzielt worden sei. Zurzeit liege eine regelrechte und vollständige Konsolidierung der Fraktur mit weitgehender Beschwerdefreiheit vor und noch geringer Einschränkung der OSG-Beweglichkeit. Die beschriebenen gewissen Blutumlaufstörungen, die zu Belastungsbeschwerden und zu einem Schwellzustand führten, seien mit einem Teil-GdB 10 ausreichend hoch berücksichtigt. Die mittels der MRT der linken Schulter vom 10.12.2016 festgestellte Reizung im Bereich der Muskelmanschette (Sehne) sei einer entsprechenden Behandlung zugänglich. Die übrigen Auskünfte ergäben keine abweichende Erkenntnis. Der zusätzliche Teil-GdB von 10 sei nicht erhöhend für den Gesamt-GdB.

Zuletzt hat der Kläger das Attest von Dr. W.-T. vom 18.05.2017 vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats sowie die beigezogenen Akte des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 30.01.2014, der den Bescheid vom 12.12.2013 vollständig ersetzt hat, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.04.2014 ist nicht rechtswidrig, der Kläger wird nicht in seinen Rechten verletzt. Er hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40

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

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen 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 ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst aus Teil-GdB die Einzel-GdB im Funktionssystem zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, auch solche, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft –

gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB - nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 - oder anderer Werte - fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 - [B 9 SB 2/13 R](#) - SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern der Gesamt-GdB ist durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen - bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen - zu bestimmen. Maßgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 - [L 8 SB 5215/13](#) - juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist - wie dargestellt - anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nämlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung der Teilhabebeeinträchtigungen betreffend das Leben in der Gesellschaft. Daher sind berufliche Beeinträchtigungen von Behinderungen und Krankheiten, wie sie sich z.B. in vorübergehender oder dauernder Arbeitsunfähigkeit bezogen auf einen konkreten Arbeitsplatz ausdrücken können, nicht Maßstab des GdB, was sich auch aus A Nr. 2 Buchst. b) VG ergibt.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die beim Kläger vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau und unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen, weshalb der Beklagte mit der Feststellung eines GdB von 40 seit 13.11.2013 der eingetretenen rechtlich wesentlichen Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ausreichend Rechnung getragen hat.

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

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem anhand der von Dr. E. dem SG mitgeteilten Befunde feststellen, dass allenfalls leichte funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Abschnitt, der Lendenwirbelsäule, bestehen. Dr. E. hat dem SG mit Befundbericht vom 12.02.2015 (Blatt 63 der SG-Akte) mitgeteilt, es bestehe ein degeneratives LWS-Syndrom. Er hat ausgeführt, dass Kreuzschmerzen beidseits bestehen, Bewegungsschmerz der LWS; Rumpfvorbeugen sei bis zum Finger-Boden-Abstand von 20 cm möglich. Auch bestehe ein Druckschmerz der unteren LWS, das Zeichen nach Lasègue sei negativ, es bestünden keine neurologischen Ausfälle. Aus dem Röntgenbild der LWS hat er eine minimale links konvexe Skoliose, Spondylarthrosen der unteren LWS, Osteochondrosen und Spondylosen thorakolumbal und keine Destruktionen entnommen. Hinsichtlich der HWS hat er Verspannungen der Nackenmuskulatur, einen Bewegungsschmerz und eine Rotation rechts/links von 70/0/70o angegeben und eine Inklination (Kin/Sternum-Abstand) von 2/18 cm, sowie an der oberen und unteren BWS einen Druckschmerz paravertebral beschrieben. Daraus lassen sich allenfalls hinsichtlich der LWS relevante funktionelle Einschränkungen der Wirbelsäulenfunktion ableiten. Diese sind nach B Nr. 18.9 VG mangels mit mittelgradiger funktioneller Auswirkungen wie Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome allenfalls mit einem GdB von 10 zu bewerten. Neurologische Ausfälle konnte Dr. E. nicht feststellen, auch nicht solche, die Auswirkungen auf die Blase haben. Soweit daher Dr. S. eine neurogene Blase annimmt, lässt sich dies orthopädisch nicht nachvollziehen. Ein höherer GdB als 10 war daher nicht anzunehmen.

Im Funktionssystem der Arme ist zuletzt ein Impingementsyndrom links beschrieben (vgl. z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 08.11.2016 und 14.11.2016, Dres. K., Blatt 77, 78 der Senatsakte; vgl. auch Aussage Dr. K. gegenüber dem Senat, Blatt 74/75 der Senatsakte, Bericht Dr. von R. vom 10.12.2016, Blatt 89 der Senatsakte). Dr. von R. hat angegeben, es bestehe keine Ruptur, die Sehne des Muskulus supraspinatus sei ansatznah verbreitert, die übrigen Sehnen regelrecht, die Muskulatur und die Weichteile unauffällig. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat feststellen, dass eine Versteifung eines oder beider Schultergelenke, eine Instabilität eines oder beider Schultergelenke, eine Schlüsselbeinpsuedarthrose, eine Verkürzung eines oder beider Arme, eine Oberarmpsuedarthrose oder ein Riss der langen Bizepssehne nicht vorliegt. Eine Bewegungseinschränkung eines oder beider Schultergelenks bei der Armhebung hat zwar der Kläger vorgetragen, doch konnte dies keiner der Ärzte eine wesentliche Bewegungsbeeinträchtigung bestätigen; vielmehr hat Dr. E. dem SG im Bericht vom 12.02.2015 (Blatt 63 der SG-Akte) eine Abduktion und Elevation von beidseits 160o mitgeteilt (Normalmaß: 150/170o). Damit konnte der Senat im Hinblick auf die rechtlichen Bewertungsvorgaben von B Nr. 18.13 VG keinen GdB von mindestens 10 annehmen.

Im Funktionssystem der Beine hat der Senat den Zustand nach operierter Unterschenkelfraktur, die im Rahmen eines Arbeitsunfalles am 12.10.2015 (dazu vgl. Blatt 58 ff. der Senatsakte) aufgetreten ist, zu berücksichtigen. Dr. K. hat in seinem Zwischenbericht vom 15.02.2016 (Blatt 63 der Senatsakte) angegeben, der Kläger laufe noch an Unterarmgehstützen, solle diese aber jetzt weglassen. Zu diesem Zeitpunkt war die Fraktur konsolidiert, die Wunde reizlos. Die Knochen waren in sehr guter Stellung zusammengewachsen. Es sei eine volle Belastung möglich gewesen. Im Zwischenbericht vom 29.04.2016 (Blatt 64 der Senatsakte) wurde ein kompletter Durchbau und ein regelrecht einliegendes Implantat beschrieben. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk war nahezu frei, die der Hüften und Knie war vollständig

frei, jedoch bestand eine leichte ödematöse Schwellung im Unterschenkelbereich. Insoweit konnte der Senat mit den versorgungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. R. vom 29.12.2016 und 29.05.2017 ab dem Unfalltag, dem 12.10.2015, allenfalls einen GdB von 10 annehmen. Dies entspricht auch der Auswertung der von Dr. K. gegenüber dem Senat getätigten Aussage (Blatt 39/41 der Senatsakte). Bei regelrechter und vollständiger Konsolidierung der Fraktur mit weitgehender Beschwerdefreiheit und nur noch geringer Einschränkung der OSG-Beweglichkeit (vgl. auch Aussage Dr. K. gegenüber dem Senat, Blatt 84 der Senatsakte) kann ein höherer GdB als 10 nicht abgeleitet werden. Auch Dr. B. hat in seiner Aussagen vom 10.05.2016 die vollständige Durchbauung der Fraktur sowie die volle Belastungsfähigkeit bei vollständiger Beweglichkeit im Knie- und Sprunggelenk dargestellt. Die bestehenden Blutumlaufstörungen, die zu Belastungsbeschwerden und zu einem Schwellzustand führen, sind mit einem Teil-GdB 10 ausreichend berücksichtigt. Mangels weiterer Teil-GdB in diesem Funktionssystem entspricht der Einzel-GdB dem Teil-GdB von 10.

Soweit die zuständige Berufsgenossenschaft dem Kläger im Rahmen einer Gesamtvergütung für die Zeit vom 02.05.2016 bis zum 28.02.2017 eine Unfallrente nach einer MdE von 20 gewährt hat (Blatt 68 der Senatsakte, Bescheid vom 11.08.2016), ist der Senat hieran nicht gebunden. Denn weder sieht § 69 SGB IX eine solche Bindung vor noch bestanden im damaligen Rentenzeitraum funktionelle Beeinträchtigungen, die einen GdB von 20 für die Beine rechtfertigten.

Im Funktionssystem des Herzens/des Kreislaufs ist der GdB mit 30 festzustellen. Hier besteht eine koronare Drei-Gefäß-Erkrankung mit zweifacher Stentversorgung sowie ein Bluthochdruck. Nach B Nr. 9 VG ist für die Bemessung des GdB bei Herz- und Kreislauferkrankungen weniger die Art der Krankheit als die Leistungseinbuße maßgeblich. Dies gilt nach B Nr. 9.1.2 VG auch nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen; auch hier ist der GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig. Bei der Beurteilung des GdB ist vom klinischen Bild und von den Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten ergänzen das klinische Bild. Nach B Nr. 9.1.1 VG bedingt eine Einschränkung der Herzleistung ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, wie z.B. ohne Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen, selbst bei gewohnter stärkerer Belastung, ohne Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung einen GdB von 0 bis 10. Eine Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei einer Ergometerbelastung mit 75 Watt über wenigstens zwei Minuten rechtfertigt einen GdB von 20 bis 40. Die Implantation eines Herzschrittmachers führt nach Nr. 9.1.6 Teil B VG zu einem GdB von 10.

Vorliegend ergibt sich aus dem Bericht des Städt. Klinikums K. vom 06.06.2016 (Blatt 43/44 der Senatsakte), dass sich echokardiographisch eine normale systolische LV-Funktion eingestellt hat. Beinödeme als Zeichen einer Überlastung des Herzens liegen nicht vor. Es hatte sich ein gutes Langzeitergebnis der PTCA des RIVA 2010 und der RCA 2013 gezeigt. Es wurde eine Myokardszintigraphie empfohlen, jedoch vom Kläger weder ein Termin zur Durchführung dieser Untersuchung mitgeteilt noch von ihm oder einem der behandelnden Ärzte ein Untersuchungsergebnis mitgeteilt. Auch im Herzkatheter-Befund vom 07.06.2016 (Blatt 45 der Senatsakte) hatte sich eine normale Funktion gezeigt. Soweit hier eine Angina pectoris CCS II im Rahmen einer hypertensiven Entgleisung beschrieben ist, kann nicht auf einen Dauerzustand einer Funktionsbehinderung geschlossen werden, weil die arterielle Hypertonie selbst behandelbar ist (s.u.).

Gegenüber dem SG hatte Dr. W.-T. eine verminderte körperliche Belastbarkeit dargestellt (Blatt 24 der SG-Akte), der Kläger hatte im Verfahren eine Beeinträchtigung bei forschem Gehen angegeben. Aus dem Bericht des Städt. Klinikums K. vom 03.02.2014 (Blatt 26/28 der SG-Akte) ergibt sich dagegen eine normale systolische LV-Funktion. Es ist beschrieben, dass der Kläger seit Stentimplantation im November 2013 (dazu vgl. den Bericht der Städt. Kliniken K. vom 30.10.2013, Blatt 29/31 der SG-Akte) keine Angina pectoris-Beschwerden mehr gehabt habe; die damals aufgetretenen Beschwerden mit Herzklopfen und Schweißausbrüchen wurden eher nervlich-vegetativ bedingt angesehen (Blatt 28 der SG-Akte). Bei der Untersuchung hatte sich auch keine (Belastungs-)Dyspnoe gezeigt (Blatt 28 der SG-Akte).

Vor diesem Hintergrund geht der Senat zugunsten des Klägers und im Hinblick auf die Angaben von Dr. W.-T. von einer verminderten körperlichen Belastbarkeit und einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (forschem Gehen) aus und nimmt einem Teil-GdB von 20 an. Die letzte bekannte Herzkatheteruntersuchung aus dem Jahr 2016 hat eine normale Kammerfunktion festgestellt. Eine weitere konservative Therapie wurde vorgeschlagen sowie eine zusätzliche szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels, deren Durchführung jedoch nicht nachgewiesen ist. Eine Minderdurchblutung des Herzens in Folge einer Verengung der Stents ist nicht nachgewiesen. Auch im Übrigen konnte der Senat eine durchblutungsbedingte Störung nicht feststellen; eine solche war auch von Dr. Winnerlein-Trump nicht mitgeteilt worden. Bei ansonsten fehlenden Sekundärschäden und guter Belastbarkeit, die sich im Rahmen der vollschichtigen körperlichen Arbeit des Klägers und fehlenden Dyspnoen zeigt, konnte der Senat in der Beurteilungsstufe der Leistungsbeeinträchtigungen bei mittelschwerer Belastung (GdB-Rahmen von 20 bis 40) den Teil-GdB nicht höher bewerten, als am unteren Rand ansetzen. Damit ist den vom Kläger beschriebenen Leistungsbeeinträchtigungen aber auch der guten Pumpfunktion des Herzens ausreichend und angemessen Rechnung getragen. Eine weitergehende Erhebung der Watt-Zahl im Belastungsergometer war insoweit nicht erforderlich, weil der Senat trotz tatsächlich ausgeübter vollschichtiger körperlicher Beschäftigung als Kommissionierer/Lagerarbeiter, fehlenden Belastungsdyspnoen und fehlenden sonstigen objektivierbaren Belastungsbeschwerden sowie eine seit 2013 nicht mehr aufgetretenen Angina pectoris von einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung ausgegangen ist und damit bereits den höheren GdB-Rahmen in Ansatz gebracht hatte. Hinweise auf eine noch weitergehende Leistungsbeeinträchtigung haben weder der Kläger noch die behandelnden Ärzte, auch nicht Dr. W.-T., mitgeteilt.

Eine Hypertonie (Bluthochdruck) führt nach B Nr. 9.3 VG in leichter Form zu einem GdB von 0 bis 10. Eine leichte Form ist anzunehmen, wenn keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen aufgetreten sind. Bei einer mittelschweren Form und Organbeteiligung (fundus hypertonus I-II, Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) leichten bis mittleren Grades, diastolischem Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung ist ein GdB von 20 bis 40 gerechtfertigt. Vorliegend konnte der Senat zwar eine arterielle Hypertonie feststellen, die ärztlich objektiviert zunächst nur 2014 (Bericht des Städt. Klinikums K. vom 03.02.2014, Blatt 26 ff. der SG-Akte) und 2016 (Bericht des Städt. Klinikums K. vom 06.06.2016, Blatt 43/44 der Senatsakte; Herzkatheteruntersuchung vom 07.06.2016, Blatt 45 der Senatsakte) zu einer hypertensiven Entgleisung geführt hatte. Erst am 12.05.2017 hatte Dr. W.-T. dann wieder eine arterielle Hypertonie, zur Arbeitsunfähigkeit führend, dargelegt. Zuletzt hatte Dr. W.-T. im Attest vom 18.05.2017 darauf hingewiesen, dass der Blutdruck trotz medikamentöser Behandlung mehrmals täglich hohe Spitzen bis zu 220 mmHg systolisch aufweise. Organbeteiligungen konnte der Senat nicht feststellen. Insoweit kann der vom Kläger angegebene Bluthochdruck mit mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung zwar als mittelschwere Form den GdB-Rahmen von 20 bis 40 eröffnen, der GdB war aber mangels weiterer nachgewiesener Organbeteiligungen (z.B. fundus hypertonicus I-II, Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) am unteren Rand des Bewertungsrahmens mit 20 zu bewerten.

Damit ist im Funktionssystem des Herzens/des Kreislaufs der Einzel-GdB für den mit Antragstellung am 13.11.2013 beginnenden Beurteilungszeitraum zu bilden aus zwei Teil-GdB von 20 und unter Berücksichtigung der gegenseitigen Auswirkungen und Überschneidungen auf insgesamt 30 anzunehmen.

Im Funktionssystem der Atmung ist beim Kläger das Schlafapnoe-Syndrom zu berücksichtigen. Dr. P. konnte hier eine Objektivierung im Schlaflabor darlegen und hat gegenüber dem Senat die Erforderlichkeit der Maskenbeatmung (nCPAP) mitgeteilt. Nach B Nr. 8.7 VG ist das Schlafapnoe-Syndrom mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung ab Erstfeststellung im Juni 2015 ab diesem Zeitpunkt mit einem GdB von 20 zu bewerten. Soweit Dr. P. in seinem Bericht vom 09.09.2015 (Blatt 31 der Senatsakte) ausgeführt hat, der Kläger nutze das CPAP-Gerät tageweise gut, dann komme es wieder zu einem kompletten Fehlen, spricht dies an sich gegen die Erforderlichkeit einer nasalen Überdruckbeatmung, weshalb der GdB dann nicht festgestellt werden könnte. Im Bericht vom 06.12.2015 (Blatt 32 der Senatsakte) hat Dr. P. dann aber mitgeteilt, dass der Kläger das Gerät regelmäßig nutze und sich tagsüber besser fühle, nachts ruhiger schlafe; die Nykturie sei bis auf ein- maximal zweimal zurückgegangen. Vor diesem Hintergrund ist der GdB von 20 vorliegend gerechtfertigt. Im Hinblick auf das bestätigte Schlafapnoe-Syndrom und die hierzu bestehenden Vorgaben der VG waren weder das SG noch der Senat zu weiterer Beweiserhebung von Amts wegen verpflichtet.

Im Funktionssystem der Harnorgane ist der GdB allenfalls mit 20 anzunehmen. Das hier bestehende Leiden mit Entleerungsstörungen der Blase in Folge von harnröhrenkomprimierenden Seitenlappen der Prostata sowie einer Querbarre haben zunächst die Indikation einer transurethralen Elektresektion der Prostata verursacht. Nach der vorrangigen Operation des Herzens (dazu s.o.) war jedoch diese Behandlung zurückgestellt worden, später auch gar nicht mehr als erforderlich angesehen worden. Nach B Nr. 12.2.2 VG sind bei Entleerungsstörungen der Blase (auch durch Harnröhrenverengung) Begleiterscheinungen (z.B. Hautschäden, Harnwegsentzündungen) ggf. zusätzlich zu bewerten. Entleerungsstörungen der Blase leichten Grades (z.B. geringe Restharnbildung, längeres Nachträufeln) bedingen einen GdB von 10, Entleerungsstörungen der Blase stärkeren Grades (z.B. Notwendigkeit manueller Entleerung, Anwendung eines Blasenschrittmachers, erhebliche Restharnbildung, schmerzhaftes Harnlassen) bedingen einen GdB von 20 bis 40 und Entleerungsstörungen der Blase mit Notwendigkeit regelmäßigen Katheterisierens, eines Dauerkatheters, eines suprapubischen Blasenfistelkatheters oder Notwendigkeit eines Urinals, ohne wesentliche Begleiterscheinungen bedingen einen GdB von 50.

Dr. S. hat hierzu dem SG einen Libidoverlust, eine Abgeschlagenheit, sonst Besserung der Miktionsverhältnisse hinsichtlich des Harndrangs als auch der Nykturie beschrieben (Blatt 38 ff. der SG-Akte). In der Sonografie konnte er keinen Anhalt für Harnstauungen ein Konkrement oder Raumforderungen feststellen, ebenso eine unauffällige Blase und nach Miktion keinen wesentlichen Restharn. Einen häufigen Harndrang konnte Dr. Schroeter nicht mehr beschreiben; der Kläger hat andernorts auch eine Nykturie von nur ein- bis zweimal angegeben (Bericht Dr. P. vom 06.12.2015, Blatt 32 der Senatsakte). Die Harninkontinenz konnte in einem deutlichen Ausmaß nicht festgestellt werden, ebenso wenig nachvollziehbare Dauerbeschwerden beim Wasserlassen. Dr. Schroeter hat den GdB wie folgt bewertet (Blatt 38 RS der SG-Akte): Prostatahyperplasie/Sphinktersklerose GdB 10 Harninkontinenz GdB 10 Neurogene Blase GdB 10

Mit diesen von Dr. Schroeter mitgeteilten Befunden hat der Versorgungsarzt Dr. G. (Blatt 51 der SG-Akte) eine Verbesserung der Harnentleerungsstörung unter medikamentöser Therapie mit Tamsulosin feststellen können. Das entspricht auch der Einschätzung von Dr. S. Insoweit ist die Beurteilung der bestehenden funktionellen Beeinträchtigung – auch unter Berücksichtigung des Libidoverlustes – mit einem GdB von 20 am oberen Rand des "Ermessensspielraumes" jedenfalls nicht zu niedrig angenommen. Der Senat schließt sich der Beurteilung durch Dr. S. an, weist aber darauf hin, dass die sog. neurogene Blase nicht mit den Befunden der Wirbelsäule erklärt werden kann; Befunde, die den Schluss von Wirbelsäulenschäden auf eine Blasenentleerungsstörung nahelegen, konnte weder Dr. S. selbst noch der Orthopäde Dr. E. liefern. Nachdem es aber tatsächlich zumindest zeitweise zu (Tröpfchen-)Inkontinenz und Entleerungsstörungen der Blase gekommen ist, hält der Senat den GdB von 20 für angemessen aber auch für nicht zu niedrig.

Im Funktionssystem der Augen ist ein GdB von allenfalls 10 anzunehmen. Der Augenarzt Dr. S. hat eine Sehverschlechterung beidseits bei grauem Star (Cataract) mitgeteilt. Daraufhin war ein beidseitiger Linsenersatz durchgeführt worden (Pseudophakie), nach der eine Sehverschlechterung weder vom Kläger noch von Dr. Schimkat mitgeteilt wurde. Mit der beidseitigen Operation ist auch die vom Kläger beklagte verschwommene Sicht behoben. Nach B Nr. 4.2 VG ist bei beidseitigem Linsenverlust der GdB aus dem sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebenden GdB (bis zu 60) um 10 zu erhöhen. Vorliegend konnte nach der Operation keine Sehminderung mehr dargestellt werden, sodass der GdB mit 10 anzunehmen ist.

Im Funktionssystem der Ohren ist der Tinnitus aurium, den Dr. D. beschrieben hat, zu berücksichtigen. Der Senat konnte hierzu einen höheren GdB als 10 nicht feststellen. Nach B Nr. 5.3. VG werden Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen mit einem GdB von 0 bis 10 und bei mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einem GdB von 20 bewertet. Vorliegend konnte der Senat keine nennenswerten psychischen Begleiterscheinungen feststellen. Solche hat Dr. D. nicht mitgeteilt. Soweit der Kläger mit seiner pauschalen Behauptung, im Alltag beeinträchtigt zu sein, überhaupt psychische Begleiterscheinung angibt, lassen sich diese nicht objektivieren. Denn eine fachärztliche Behandlung dieser psychischen Beschwerden findet nicht statt; vielmehr hat der Kläger an anderer Stelle diese Beeinträchtigungen im Alltag z.B. auch seinen urologischen Beschwerden (nächtliches Wasserlassen), Dr. P. dem Schlafapnoe-Syndrom, zugeschrieben. Daher war der Tinnitus zugunsten des Klägers mit einem GdB von 10 zu bewerten, was – entgegen dem Berufungsvorbringen – auch das SG getan hat (vgl. z.B. Seite 8 des Urteils unter c.).

Die Hörstörung rechtfertigt mit dem Audiogramm vom 05.03.2015 bei prozentualen Hörverlusten rechts von 5 % und links von 26 % nach B Nr. 5.2.4 VG keinen GdB; das im Berufungsverfahren vorgelegte Tonaudiogramm vom 08.09.2016 (Blatt 92 der Senatsakte) hat im Verhältnis zum Tonaudiogramm vom 05.03.2016 sogar bessere Werte ergeben, sodass auch hieraus kein GdB abgeleitet werden kann.

Im Funktionssystem der Ohren ist daher der Einzel-GdB wegen des Tinnitus mit 10 anzunehmen.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche hat der Senat die Panikattacken des Klägers und dessen Depressivität berücksichtigt. Der GdB beträgt insoweit allenfalls 10. Nach B Nr. 3.7 VG ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumen mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z. B.

schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Vorliegend hat der Kläger Panikattacken und eine Depressivität geltend gemacht. Diese hat die Internistin und Kardiologin Dr. W.-T. gegenüber dem SG angegeben und den Kläger zuletzt kurzzeitig arbeitsunfähig geschrieben (Erstbescheinigung vom 24.03.2017, Blatt 94 der Senatsakte; Diagnosen: Ängstliche Depression, andere gemischte Angststörungen); diese Arbeitsunfähigkeit dauere voraussichtlich bis zum 31.03.2017. In der später vorgelegten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 11.05.2017 (Blatt 99 der Senatsakte) hat sie erneut eine Erstbescheinigung ausgestellt, nun zur Diagnose einer essentiellen (primären) Hypertonie, eine Depressivität hat sie nicht angegeben. Dafür hat sie in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 12.05.2017 (Blatt 99 der Senatsakte) neben der Hypertonie nun auch die Diagnose einer Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen als arbeitsunfähigkeitsbegründende Diagnose vermerkt und Arbeitsunfähigkeit bis 19.05.2017 angegeben. Demgegenüber hat der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W. zwar eine Behandlung des Klägers angegeben, jedoch gerade keine regelmäßige (im Zeitraum vom 23.07.2015 bis zum 21.04.2016 war der Kläger viermal in Behandlung). Auch hat er keine relevanten Beeinträchtigungen mitteilen können. So hat war der psychopathologische Befund bei Gabe von Citalopram 20 mg (1-0-0-0) unauffällig (Blatt 33 der Senatsakte). Das entspricht auch den Angaben des Klägers, wonach es ihm zuletzt seelisch gut gehe (vgl. Angaben von Dr. W., Blatt 33 der Senatsakte).

Dieser Sachlage entsprechen auch die Angaben von Dr. M., der Praxisvorgängerin von Dr. W., gegenüber dem SG. Dass der Kläger deren Aussagen für unverwertbar hält, steht vorliegend nicht entgegen. Denn Dr. M. ist Nervenärztin, die als fachnähere Behandlerin, wie Dr. W., kompetenter in der Lage ist, die psychiatrisch bedeutsamen Diagnosen zu stellen; insoweit ist dem SG zuzustimmen, als es den Angaben der Nervenärztin gegenüber den Angaben der insoweit fachfremd behandelnden Kardiologin Dr. W.-T. ein größeres Gewicht beimisst. Soweit der Kläger meint, Dr. M. sei als Nervenärztin ebenfalls fachfremd tätig, so wird deren Aussage und Einschätzung durch die Angaben ihres Praxisnachfolgers, des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W., bestätigt. Im Übrigen handelt es sich bei dem Begriff des "Nervenarztes" um einen allgemeinen Begriff für einen Psychiater oder Neurologen, in Deutschland für einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. So wird z.B. auf der auch dem Kläger bzw. dessen Bevollmächtigten zugänglichen Internetplattform "Psychiatrienetz" der Nervenarzt als Facharzt, der im Rahmen seiner Weiterbildung unter anderem auch Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken gesammelt hat müssen und nun in eigener Praxis niedergelassen ist, mit der Bezeichnung Arzt für Psychiatrie, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Nervenheilkunde oder Nervenarzt beschrieben. Daher kann der Senat Dr. M. im Verhältnis zur Kardiologin Dr. Winnerlein-Trump die höher Kompetenz zur Beurteilung psychischer Leiden, auch wenn diese im Zusammenhang mit einer Herzerkrankung stehen, nicht absprechen.

Der Senat konnte aber auch unter Berücksichtigung der Angaben und Atteste von Dr. W.-T. bei dem vollschichtig tätigen und in seiner Familie lebenden Kläger eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen. So spricht gegen eine länger bestehende und tieferegreifende Gesundheitsstörung neben dem Umstand, dass sich der Kläger nicht in regelmäßiger, sondern lediglich in sporadischer fachärztlicher Behandlung befindet, auch dass Dr. W.-T. lediglich kurzzeitige (eine Woche anhaltende) Phasen krankhafter psychischer Reaktionen dargestellt hat, und der Kläger außer einer geringdosierten Einnahme von Citalopram gegen Panikattacken keine weitergehende oder höher dosierte Medikation erfährt, ansonsten aber seiner vollschichtigen Arbeit nachgeht. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat den GdB-Rahmen von 30 bis 40 nach B Nr. 3.7 VG nicht als eröffnet ansehen. Vielmehr musste der Senat bei kompensierter Panikstörung mit den Versorgungsärzten Dr. S. (Blatt 51 der SG-Akte) und Dr. Götz (Blatt 54 der Senatsakte) allenfalls einen GdB von 10 annehmen. Erfasst sind dabei auch die vorübergehenden und eher selten auftretenden Panikattacken in Folge der Herzerkrankung bzw. vegetativen Auswirkungen auf das Herz.

Der von Dr. S. gegenüber dem SG angegebene Verdacht auf einen leichten essentiellen Tremor haben andere Ärzte nicht bestätigt, weshalb sich kein höherer GdB in diesem Funktionssystem ergibt. Auch die Gewöhnung an den Gebrauch von Alprazolam 1 mg/d, das früher zur kurzzeitigen Behandlung von Angst- und Panikstörungen eingesetzt wurde, bedingt keinen höheren GdB, denn selbst wenn man diesen gewohnheitsmäßigen Gebrauch unter B Nr. 3.8 VG als schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen verstehen wollte, sind weder körperliche oder psychische Schädigung noch zumindest leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten vorhanden, weshalb ein GdB nicht anzunehmen ist. Ebenso wenig erhöht der nicht objektivierbare Schwindel den Einzel-GdB.

Die Entfernung der Gallenblase (vgl. Blatt 25 der SG-Akte) ist ohne funktionelle Folgen geblieben, sie bedingt keinen GdB. Gleiches gilt für die vom Kläger angegebenen Magenschmerzen, die Schleimhautentzündung und die Übelkeit; diese lassen sich anhand der vorliegenden Arztbefunde auch nicht objektivieren. Eine Beweiserhebung von Amts wegen zu diesen auch vom Kläger nicht als chronisch und daher nur vorübergehend geschilderten, gut behandelbaren Störungen musste der Senat daher nicht einleiten.

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

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

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 0 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Arme (Schulter), - 10 ab 12.10.2015 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Herzens/des Kreislaufs, - 20 ab Juni 2015 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung (Schlafapnoe-Syndrom), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Harnsysteme (Blase/Prostata), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Augen, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Ohren und -

10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche (Panikattacken/Depressivität).

Nachdem beim Kläger vorliegend von nur einem zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 30 und einem, ab Juni 2015 von zwei GdB von 20 auszugehen ist und kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirken, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) i.H.v. mehr als 40 nicht feststellen. Insoweit hat sich die funktionelle Beschwerdesituation durch die nächtliche Beatmung des Klägers nicht nur hinsichtlich der Situation der Atmung verbessert, vielmehr konnten Dr. P. und Dr. S. in Folge der Atembehandlung und der Behandlung der urologischen Beschwerden durch Medikamente auch eine fast vollständig gebesserte urologische Situation beschreiben, die die angenommenen GdB-Werte eher als großzügig erscheinen lassen, sodass sich eine vollständige Erhöhung des Gesamt-GdB durch die Einzel-GdB von 20 nicht ergibt. Auch wenn man annehmen wollte, dass in der Zeit vom 02.05.2016 bis zum 28.02.2017 (Zeitraum der Gesamtvergütung nach einer MdE um 20 v.H.) ein weiterer (dritter) Einzel-GdB von 20 für die Folgen des Arbeitsunfalles in Ansatz gebracht werden würde, erhöhte dieser den Gesamt-GdB auch nicht zeitweise. Denn mangels funktionell entsprechend ausgeprägter Beeinträchtigungen sieht der Senat den Kläger auch in dieser Zeit, in der er mit Unterarmgehstützen mobil war, im Vergleich mit den in den VG gelisteten Fällen eines GdB von 50 als nicht vergleichbar schwer funktionell beeinträchtigt.

Insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG die Schwerbehinderteneigenschaft, mithin einen GdB von 50, vorsehen andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger nicht entsprechend schwer funktionell in seiner Teilhabe im Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass - worauf in der mündlichen Verhandlung seitens des Klägers hingewiesen worden war - Arbeit einen wesentlichen Teil der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausmacht und der Kläger zuletzt immer wieder arbeitsunfähig geschrieben war. Jedoch lässt sich aus der Unfähigkeit, seinen letzten Arbeitsplatz zeitweise oder auch dauernd auszuüben, nicht ableiten, dass damit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wesentlich mehr eingeschränkt wäre, als wenn der Kläger nicht in Arbeit stünde. So wird das Risiko seinen letzten Arbeitsplatz (vorübergehend oder dauernd) nicht mehr ausüben zu können, gerade nicht mittels einer Behinderung bzw. Schwerbehinderung abgegolten. Im Übrigen ist bei der pauschalierten bzw. abstrakten Bewertung der Teilhabebeeinträchtigungen die gesamte Breite aller Teilhabemöglichkeiten bereits berücksichtigt, wozu gerade auch die Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben als Teil des Lebens in der Gesellschaft gehört, sodass Arbeitsunfähigkeit bzw. die Unfähigkeit den letzten Arbeitsplatz auszufüllen, den GdB nicht weiter erhöhen kann.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BWB  
Saved  
2017-06-28