S 13 SB 5100/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Für ein Schlafapnoe-Syndrom ist ein Einzel-GdB von 50 wegen nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung anzunehmen, wenn bei einem Bauchlagen-Schläfer eine Maskenbeatmung ohne Leckagen objektiv nicht durchführbar ist.
Normenkette	SGB 9 § 2 SGB 9 § 69

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 SB 5100/15
Datum	28.06.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 SB 3405/18
Datum	20.03.2020

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung des KlÃ¤gers wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.06.2018 sowie der Bescheid vom 07.05.2015 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheides vom 07.08.2015 abgeÃ¤ndert und die Beklagte verurteilt, beim KlÃ¤ger einen GdB von 60 ab dem 07.05.2019 festzustellen.
Im Ãbrigen wird die Berufung zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt die HÃ¤lfte der auÃergerichtlichen Kosten des KlÃ¤gers im Berufungsverfahren.
Im Ãbrigen sind auÃergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die HÃ¶he des Grades der Behinderung (GdB).

Der im Jahr 1958 geborene KlÃ¤ger beantragte erstmals am 06.09.2009 die Zuerkennung eines GdB. Zuletzt betrug der GdB 30 aufgrund des Bescheides vom 16.09.2009. Hierbei wurde eine seelische StÃ¶rung und Depression mit einem GdB von 30, eine SchwerhÃ¶rigkeit mit OhrgerÃ¤u-schen (Tinnitus) mit 10 sowie eine Herzleistungsminderung, Bluthochdruck und arterielle Ver-schlusskrankheit mit 10 berÃ¼cksichtigt (Bl. 36 der Verwaltungsakte).

Am 31.03.2015 beantragte der KlÃ¤ger die ErhÃ¶hung des GdB und teilte mit, dass er an einem Schlafapnoe-Syndrom leide und mit Maske nicht lÃ¤nger als 2 bis 2,5 Stunden schlafen kÃ¶nne (Bl. 79 â□□ 80 der Verwaltungsakte). Das Landratsamt R.-M.-Kreis (LRA) zog einen Befundbericht des Facharztes fÃ¼r Innere Medizin/Pneumologie/Schlafmedizin Dr. H. vom 23.03.2015 bei (Bl. 81 der Verwaltungsakte) und lehnte nach Einholung einer versorgungsmedizinischen Stellungnah-me bei Dr. F. (Bl. 83 â□□ 84 der Verwaltungsakte) die HÃ¶herbewertung des GdB mit Bescheid vom 07.05.2015 ab (Bl. 85 â□□ 86 der Verwaltungsakte).

Der KlÃ¤ger erhob hiergegen am 18.05.2015 Widerspruch und teilte zur BegrÃ¼ndung mit, dass er die Voraussetzungen der Schwerbehinderung nach Â§ 2 Abs. 2 SGB IX erfÃ¼lle. Das Schlafapnoe-Syndrom sei nicht angemessen bewertet. Eine Behandlung und nÃ¤chtliche Beatmung werde durch die nÃ¤chtlichen Atemaussetzer und die grundsÃ¤tzliche BauchschlÃ¤ferlage erheblich er-schwert. Es sei ein GdB von 50 zuzuerkennen. Die Osteoporose sei ebenfalls nicht ausreichend bewertet und rechtfertige angesichts der nachweislich auftretenden vermehrten Knochenbruch-neigung einen hÃ¶heren GdB. Die beidseitigen HÃ¶rbeschwerden und OhrgerÃ¤usche fÃ¼hrten zu einer deutlichen BefindlichkeitseinschrÃ¤nkung und zu einer Verschlechterung des GehÃ¶rs. Der hierfÃ¼r zuerkannte GdB sei ebenfalls deutlich zu gering. Der KlÃ¤ger legte Befundberichte der behandelnden Ã□rzte vor (Bl. 93 â□□ 102 der Verwaltungsakte). Dr. S. bewertete in einer versor-gungsmedizinischen Stellungnahme vom 07.07.2015 nach Beiziehung eines weiteren Befundbe-richts des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. K. (Bl. 104 der Verwaltungsakte) den GdB mit 30 (See-lische StÃ¶rung, Depression GdB 30, SchwerhÃ¶rigkeit, OhrgerÃ¤usche GdB 10, Herzleistungsmin-derung, Bluthochdruck GdB 10, arterielle Verschlusskrankheit GdB 10, Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule, Kalksalzminderung des Knochens (Osteoporose) GdB 10, Nierenfunktionsein-schrÃ¤nkung GdB 10, Schlafapnoe-Syndrom GdB 10, Bl. 110 â□□ 108 der Verwaltungsakte).

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 07.08.2015 zurÃ¼ck (Bl. 110 â□□ 112 der Verwaltungsakte) und verwies darauf, dass das Schlafapnoe-Syndrom zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen sei, jedoch nur mit einem GdB von 10 und somit keine wesentliche Zunahme des AusmaÃ□es der GesamtbeeintrÃ¤chtigung vorliege. Ein GdB von 50 kÃ¶nne nicht festgestellt wer-den.

Der KlÃ¤ger hat am 11.09.2015 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und hat zur Kla-gebegrÃ¼ndung angefÃ¼hrt, dass das Schlafapnoe-Syndrom nicht

angemessen bewertet sei. Die Schlafapnoe lasse sich durch eine Maske nicht beheben. Er sei BauchschlÃ¤fer, hierdurch verrut-sche die Maske stÃ¤ndig und sei nicht brauchbar. HierfÃ¼r sei allein ein GdB von 50 gerechtfertigt.

Das SG hat die den KlÃ¤ger behandelnden Ãrzte als sachverstÃ¤ndige Zeugen schriftlich vernom-men.

Der OrthopÃ¤de Dr. Se. hat mit Schreiben vom 19.10.2015 mitgeteilt, dass ein LendenwirbelsÃ¤u-lensyndrom und eine Osteopenie der LendenwirbelsÃ¤ule vorliege. Diese seien als mittelgradig einzustufen (Bl. 40 â 41 der SG-Akte).

Der Hals-Nasen-Ohren-Facharzt Dr. K. hat mit Schreiben vom 22.10.2015 mitgeteilt, dass er eine InnenohrschwerhÃ¶rigkeit beidseits und einen Tinnitus aurium diagnostiziert habe. Die SchwerhÃ¶rigkeit beidseits sei gering bis mittelgradig. Der Auffassung des VersorgungsÃ¤rztlichen Dienstes stimme er zu (Bl. 42 â 44 der SG-Akte).

Der Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Kardiologie und Sportmedizin Dr. Kn. hat mit Schreiben vom 26.10.2015 angegeben, dass der KlÃ¤ger an einer leichtgradigen arteriellen Hypertonie mit einge-schrÃ¤nkter diastolischer FunktionsstÃ¶rung leide. Des Weiteren liege eine geringgradige minimale Insuffizienz der Aorten und Mitralklappe vor. Die duplex-sonographisch nachzuweisende Mak-roangiopathie der hirnversorgenden GefÃ¤Ãe sei ebenfalls geringgradig. Der beim Versorgungs-Ã¤rztlichen Dienst festgesetzte GdB von 10 sei zutreffend (Bl. 45 â 50 der SG-Akte).

Der Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Suchtmedizin und Notfallmedizin Dr. Ru. hat mit Schreiben vom 04.11.2015 ausgefÃ¼hrt, dass er Reizhusten, ein hochgradiges hy-perreaktives Bronchialsyndrom, periodische Beinbewegungen im Schlafen (PLM â Periodic Limb Movement) sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert habe. Die Ver-wendung der APAP-Therapie gelinge bei bevorzugter Bauchlage und dabei auftretenden Mas-kenleckagen nicht. Die Schlafapnoe sei mittelgradig einzustufen. Der GdB hierfÃ¼r betrage bei nicht durchfÃ¼hrbarer Therapie 50 (vgl. Bl. 51 â 58 der SG-Akte).

Der KlÃ¤ger hat mit Schreiben vom 15.12.2015 vorgetragen, dass er verschiedene Atemmasken ausprobiert habe. Diese hÃ¤tten jedoch alle nicht funktioniert, da sie in Bauchlage undicht wurden (vgl. Bl. 67 â 71 der SG-Akte).

Der Beklagte hat eine versorgungsmedizinische Stellungnahme von Dr. B.-K. vom 30.01.2016 vorgelegt, wonach es diverse Hilfsmittel fÃ¼r die Verhinderung der nÃ¤chtlichen Bauchlage gebe und aus dem Bericht des Schlaflabors im Rot Kreuz-Krankenhaus vom 23.03.215 ein ausschlieÃ-liches Schlafen in Bauchlage nicht nachgewiesen sei. Das Schlafapnoe-Syndrom sei mit einem GdB von 20 zu bewerten (vgl. Bl. 73 â 75 der SG-Akte).

Das SG hat Dr. Sch. mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Amts wegen beauftragt. In seinem am 04.04.2016 erstellten

Gutachten hat Dr. Sch. eine rezidivierende depressive StÃ¶rung gegenwÃ¤rtig mittelgradige Episode diagnostiziert und diese mit einem GdB von 30 bewertet (vgl. Bl. 81 â 91 der SG-Akte).

Das SG hat am 26.04.2017 einen ErÃ¶rterungstermin durchgefÃ¼hrt (vgl. Bl. 115 â 116 der SG-Akte).

Der Beklagte hat mit Schreiben vom 05.05.2017 ein Vergleichsangebot dahingehend abgegeben, dass der GdB 40 ab dem 31.04.2015 betrÃ¤gt und eine dauernde EinbuÃe der kÃ¶rperlichen Beweg-lichkeit ab dem 31.03.2015 anerkannt wird. Hierzu hat der Beklagte eine versorgungsmedizini-sche Stellungnahme von Dr. W. vom 28.04.2017 vorgelegt (vgl. Bl. 178 â 180 der SG-Akte).

Das SG hat Dr. Ru. ergÃ¤nzend als sachverstÃ¤ndigen Zeugen vernommen. Dieser hat am 08.05.2017 mitgeteilt, dass sich in der im April 2017 durchgefÃ¼hrten Polygraphie-Kontrolle ein Wechsel zwischen Links- und Bauchlage zeige. Aus der Polygraphie ergebe sich primÃ¤r kein Befund, der die TagesmÃ¼digkeit hinreichend erklÃ¤ren wÃ¼rde. Prinzipiell wÃ¤re ein Versuch einer Bauchlagenverhinderung mit einer individuell anzufertigenden Weste mÃ¶glich. Davor sei jedoch zweifelsfrei zu klÃ¤ren, ob eine CPAP/APAP-Therapie Ã¼berhaupt notwendig sei, da evtl. der Ta-gesmÃ¼digkeit eine ganz andere StÃ¶rung des Schlafes (beispielsweise PLMS) zugrunde liege (Bl. 182 â 183 der SG-Akte).

Der KlÃ¤ger hat mit Schreiben vom 17.05.2017 mitgeteilt, dass er das Vergleichsangebot des Be-klagten nicht annehmen kÃ¶nne (Bl. 185 der SG-Akte).

Mit Schreiben vom 10.08.2017 hat Dr. Ru. auf Anforderung des SG ein Bericht des Schlaflabors des M.hospitales vom 27.07.2017 eingereicht, wonach eine REM-schlafbezogene Schlafapnoe vorliege. An der Hypersomnie bestehe aus klinischer und auch testpathologischer Sicht kein Zweifel (Bl. 188 â 192 der SG-Akte).

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. Re. (Bl. 199 â 200 der SG-Akte) vom 06.12.2017 an seiner bisherigen Bewertung des GdB festgehalten.

Das SG hat mit Urteil vom 28.06.2018, Tenor berichtigt durch Beschluss vom 21.08.2018, den GdB unter AuffÃ¼hrung des Bescheids vom 07.05.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbeschei-des vom 07.08.2015 auf 40 festgesetzt und im Ãbrigen die Klage abgewiesen. Das SG hat hierbei die rezidivierende depressive StÃ¶rung mit einem GdB von 30 bewertet. Das Schlafapnoe-Syndrom bedinge ebenfalls einen GdB von 30. Die Zuerkennung eines GdB von 50 komme vor-liegend fÃ¼r das Schlafapnoe-Syndrom nicht in Betracht, da kein mittleres oder schwergradiges Schlafapnoe-Syndrom vorliege und eine NasenÃ¼berdruckbeatmung nicht objektiv und vollstÃ¤n-dig ausgeschlossen sei. Zu berÃ¼cksichtigen sei, dass eine nachgewiesene erhebliche TagesmÃ¼dig-keit vorliege. Diese schrÃ¤nke den KlÃ¤ger zwar ein, die Folgen seien jedenfalls nicht mit einer schweren psychischen StÃ¶rung vergleichbar, welche ebenfalls mit einem GdB von 50 bewertet werde. Auch sei die Maskenbeatmung nicht vollstÃ¤ndig

ausgeschlossen, sondern nur teilweise durchfÃ¼hrbar, da der KlÃ¤ger die Maske im Laufe der Nacht unbewusst abnehme. Es lieÃ□e sich nicht ausschlieÃ□en, dass dieses Verhalten durch eine Psychotherapie behandelbar wÃ¤re. Insgesamt sei der GdB aufgrund der erheblichen Ã□berschneidungen zwischen dem Schlafapnoe-Syndrom und der depressiven Erkrankung des KlÃ¤gers mit 40 angemessen bewertet.

Der KlÃ¤ger hat gegen das ihm am 28.08.2018 zugestellte Urteil am 21.09.2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) erhoben und hat zur BegrÃ¼ndung angefÃ¼hrt, dass das Schlafapnoe-Syndrom mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten sei, da objektiv eine UnmÃ¶glichkeit des Tragens der Maske bei ihm vorliege. Dies ergebe sich aus dem Bericht des M.hospitales Stuttgart vom 27.07.2017 (vgl. Bl. 20 â□□ 23 der Senatsakte).

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.06.2018 und den Bescheid der Beklagten vom 07.05.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.2015 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, fÃ¼r den KlÃ¤ger ab dem 02.12.2014 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der Beklagte hat zur Berufungserwiderung auf das Urteil des SG sowie die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme vom 28.04.2017 verwiesen (vgl. Bl. 24 â□□ 25 der Senatsakte).

Der Senat hat Dr. Ru. ergÃ¤nzend als sachverstÃ¤ndigen Zeugen befragt. Dr. Ru. hat in seiner sach-verstÃ¤ndigen Zeugenaussage vom 22.10.2018 mitgeteilt, dass formell bei einem lageunabhÃ¤ngi-gen AHI) 10/H die kontinuierliche Ã□berdruckbeatmung angeraten, aber nicht zwingend indi-ziert sei. An Alternativen kÃ¤me beispielsweise eine Unterkiefer-Protrusionsschiene in Betracht. Generell werde bei Ã¼bergewichtigen Patienten bei allen Formen der Schlafapnoe eine Gewichts-reduktion angeraten. Der KlÃ¤ger habe von 2015 bis 2017 bereits 10 Kilo bewusst Gewicht abge-nommen, ohne Einfluss auf die SchlafqualitÃ¤t und die erhÃ¶hte TagesmÃ¼digkeit. Der KlÃ¤ger sei vorwiegend BauchschlÃ¤fer. Besonders in Bauchlage komme es hÃ¤ufig zu Maskenleckagen, die den Nachtschlaf teilweise erheblich stÃ¶ren kÃ¶nnten. Eine Umkonditionierung bei BauchschlÃ¤fern sei im Gegensatz zur RÃ¼ckenlage assoziierten Schlafapnoe nicht sehr erfolgversprechend (vgl. Bl. 29 â□□ 30 der Senatsakte).

Die Berichterstatterin hat das Verfahren mit den Beteiligten in einem ErÃ¶rterungstermin am 15.02.2019 erÃ¶rtert (vgl. Bl. 36 â□□ 37 der Senatsakt).

Der Senat hat Dr. Se. sowie Dr. Sch. ergÃ¤nzend als sachverstÃ¤ndige Zeugen vernommen. Dr. Se. hat in seiner Stellungnahme vom 25.02.2019 mitgeteilt, dass

er den KlÃ¤ger zuletzt am 24.05.2018 behandelt habe und eine leichte bis mÃ¤Ãige Degeneration der LendenwirbelsÃ¤ule mit BewegungseinschrÃ¤nkung vorliege. Es ergebe sich keine wesentliche Ãnderung. Der GdB betra-ge 10 (vgl. Bl. 45 der Senatsakte).

Dr. Sch. hat mit Schreiben vom 28.02.2019 ausgefÃ¼hrt, dass der KlÃ¤ger ihn zuletzt am 14.02.2019 konsultiert habe und er eine akute Belastungsreaktion sowie rezidivierende depressi-ve Episoden bei aktuell mittelschwerer depressiver Episode sowie eine Cephalgie, eine Plaque-Bildung der extrakraniellen hirnversorgenden GefÃ¤Ãe eine beginnende Polyneuropathie der Bei-ne sowie ein Schlafapnoesyndrom diagnostiziert habe. Ein GdB von 30 entspreche nicht annÃ¤-hernd der EinschrÃ¤nkung, die durch die rezidivierende depressive StÃ¶rung mit den zunehmenden Problemen verursacht werde (vgl. Bl. 46 â 50 der Senatsakte).

Der Senat hat einen Entlassungsbericht Ã¼ber eine akutstationÃ¤re Behandlung des KlÃ¤gers in der Fachklinik fÃ¼r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie St. vom 22.04.2019 bis zum 01.06.2019 (Bl. 57 â 65 der Senatsakte) sowie einen Bericht Ã¼ber eine Polysomnographie im Schlaflabor des MVZ K./AllgÃ¤u vom 07.05.2019 von Dr. H. (Bl. 66 â 69 der Senatsakte) beige-zogen.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. W. vom 09.07.2019 an seiner bisherigen Bewertung des Sachverhaltes festgehalten.

Dr. Sch. hat auf Anforderung des Senats mit Schreiben vom 22.10.2019 den weiteren Behand-lungsverlauf nach der Entlassung aus der Klinik St. mitgeteilt (Bl. 86 â 96 der Senatsakte).

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. W. vom 13.11.2019 mitgeteilt, dass sich an der bisherigen Bewertung des Sachverhaltes keine Ãnderung ergebe.

Der Beklagte hat mit Schreiben vom 02.03.2020 (Bl. 105 der Senatsakte), der KlÃ¤ger mit Schrei-ben vom 03.03.2020 (Bl. 107 der Senatsakte) EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung ohne mÃ¼nd-liche Verhandlung nach Â§ 124 Abs. 2 SGG erteilt.

BezÃ¼glich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und erneutem AnhÃ¶rens des Sachverhalts hat auf die Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge sowie die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die gemÃ¤Ã Â§Â§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, nach Â§ 151 SGG form- und fristgerechte sowie auch im Ãbrigen zulÃ¤ssige Berufung des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat im Ein-verstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung nach Â§Â§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG entscheidet, ist

teilweise begrÃ¼ndet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Verpflichtung des Beklagten, Ã¼ber den im Urteil des SG zuerkannten GdB von 40 seit dem 02.12.2014 hinaus den GdB des KlÃ¤gers mit mindestens 50 seit dem 02.12.2014 festzustellen. Dieses Ziel verfolgt der KlÃ¤ger zulÃ¤ssigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des Â§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG.

Der KlÃ¤ger hat Ã¼ber das Urteil des SG hinaus Anspruch auf Feststellung eines GdB von 60 fÃ¼r die Zeit ab dem 07.05.2019. Insoweit ist die Berufung erfolgreich. Sofern er dagegen nach sei-nem Klageantrag die Zuerkennung eines GdB von mehr als 60 sowie die Feststellung eines GdB von mehr als 40 fÃ¼r den Zeitraum ab dem 02.12.2014 bis zum 06.05.2019 begehrt, bleibt die Berufung ohne Erfolg.

ErmÃ¤chtigungsgrundlage fÃ¼r die vom KlÃ¤ger begehrte Neufeststellung des GdB ist Â§ 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit Â§ 2 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fas-sungen in Verbindung mit Â§ 69 SGB IX in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise in Verbindung mit Â§ 152 Abs. 1 und 3 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeit-raum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese â da Ãbergangsregelungen fehlen â nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozial-rechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegrÃ¼ndenden Ereignisse oder UmstÃ¤nde jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014, B 9 SB 2/13 R, juris; BSG, Urteil vom 04.09.2013, B 10 EG 6/12 R, juris; verglei-che StÃ¶lting/Greiser in SGb 2015, 135-1 Jetzt43).

Nach Â§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung fÃ¼r die Zukunft auf-zuheben, wenn in den tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen, die bei seinem Erlass vorge-legen haben, eine wesentliche Ãnderung eingetreten ist. Von einer solchen ist bei einer Ãnderung im Gesundheitszustand auszugehen, wenn aus dieser die ErhÃ¶hung oder Herabsetzung des Ge-samt-GdB um wenigstens 10 folgt, wÃ¤hrend das Hinzutreten weiterer FunktionsstÃ¶rungen mit einem Einzel-GdB von 10 regelmÃ¤Ãig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt.

Nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung sind Menschen behindert, wenn ihre kÃ¶rperliche Funktion, geistige FÃ¤higkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahr-scheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeintrÃ¤chtigt ist. Nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die kÃ¶rperliche, seelische, geistige oder SinnesbeeintrÃ¤chtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Ge-sellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate hindern kÃ¶nnen, wobei eine BeeintrÃ¤chtigung in

diesem Sinne vorliegt, wenn der KÃ¶rper- und Gesundheitszustand von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassun-gen stellen die fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zustÃ¤ndigen BehÃ¶r-den auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 gel-tenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt ergÃ¤nzend, dass der GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung festgestellt wird. Als GdB werden dabei nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen, nach Â§ 69 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Ge-sellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach Â§ 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung wird das Bundesministe-rium fÃ¼r Arbeit und Soziales ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundes-rates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die medizinische Bewertung des GdB und die medizini-schen Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach Â§ 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach Â§ 153 Abs. 2 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt diese ErmÃ¤chtigung fÃ¼r die allgemeine â also nicht nur fÃ¼r die medizinische â Bewertung des GdB und die Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen sowie auch fÃ¼r die Kriterien fÃ¼r die Bewertung der Hilflosigkeit. Zwar ist von dieser ErmÃ¤chti-gung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt Â§ 159 Abs. 7 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise Â§ 241 Abs. 5 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass â soweit eine solche Verordnung nicht erlassen ist â die MaÃstÃ¤be des Â§ 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des Â§ 30 Abs. 17 BVG in der bis zum 30.06.2011 geltenden Fassung beziehungsweise Â§ 30 Abs. 16 BVG in der ab dem 01.07.2011 geltenden Fassung erlas-senen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist fÃ¼r die konkrete Bewertung von FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der "Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehinderten-gesetz" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tze" (VG) zu Â§ 2 Verord-nung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, Â§ 30 Abs. 1 und Â§ 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 (BGBl. I S. 2412), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 (BGBl. I S. 249), 14.07.2010 (BGBl. I S. 928), 17.12.2010 (BGBl. I S. 2124), 28.10.2011 (BGBl. I S. 2153) und 11.10.2012 (BGBl. I S. 2122) sowie das Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234) geÃ¤ndert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die GrundsÃ¤tze fÃ¼r die Feststellung des Grades der SchÃ¤digungsfolgen (GdS) im Sinne des Â§ 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese

sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch fÃ¼r die Feststellung des GdB maÃgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte SachverstÃ¤ndigengutachten dar. Dabei beruht das fÃ¼r die Auswir-kungen von GesundheitsstÃ¶rungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante MaÃ nicht al-lein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverstandes anderer Wis-senszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris).

Liegen mehrere BeeintrÃ¤chtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach Â§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise nach Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der BeeintrÃ¤chtigungen in ihrer Gesamt-heit unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorÃ¼bergehenden GesundheitsstÃ¶-rungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) ZustÃ¤nden nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX und die sich daraus ableitenden, fÃ¼r eine TeilhabebeeintrÃ¤chtigung bedeutsamen Um-stÃ¤nde festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktions-systemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter BerÃ¼cksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen BeeintrÃ¤chtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei kÃ¶nnen die Auswirkungen der einzelnen BeeintrÃ¤chtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich Ã¼berschneiden, sich verstÃ¤rken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris). Nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der Beein-trÃ¤chtigung mit dem hÃ¶chsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen zu prÃ¼fen, ob und inwieweit hierdurch das AusmaÃ der Behinde-rung grÃ¶Ãer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhÃ¶hen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit fÃ¼hren nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. d, von AusnahmefÃ¤llen abgesehen, zusÃ¤tzli-che leichte GesundheitsstÃ¶rungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte GesundheitsstÃ¶rungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des AusmaÃes der Behinderung zu schlieÃen. AuÃerdem sind nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. b bei der GesamtwÃ¼rdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, fÃ¼r die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsÃ¤tzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorÃ¼bergehenden GesundheitsstÃ¶rungen unter Heranziehung Ã¤rztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, B 9 SB 3/12 R, juris).

Unter BerÃ¼cksichtigung der dargelegten GrundsÃ¤tze hat der KlÃ¤ger ab dem 07.05.2019 Anspruch auf Feststellung eines GdB von 60. Ein GdB von mehr als 60 kann der Senat jedoch ebenso we-nig feststellten, wie einen GdB von 50 oder mehr im Zeitraum vom 02.12.2014 bis zum 06.05.2019.

Das Schlafapnoesyndrom im Funktionssystem Atmung ist mit einem GdB von 50 ab dem 07.05.2019 zu bewerten.

Die "Versorgungsmedizinischen GrundsÃ¤tze" bestimmen in B 8.7 zur Bewertung eines Schlafap-noe-Syndroms (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor): Ohne Notwendigkeit einer kon-tinuierlichen nasalen Ãberdruckbeatmung betrÃ¤gt der GdB 0 bis 10; mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Ãberdruckbeatmung betrÃ¤gt der GdB 20 und bei nicht durchfÃ¼hrbarer nasaler Ãberdruckbeatmung betrÃ¤gt der GdB 50. Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z. B. HerzrhythmusstÃ¶rungen, Hypertonie, Cor pulmonale) sind zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen.

Hiervon ausgehend ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme in erster und zweiter Instanz gesichert, dass bei dem KlÃ¤ger ein Schlafapnoe-Syndrom mit Indikation zur nasalen Ãberdruck-beatmung vorliegt. Der Senat schlieÃt dies aus dem Bericht von Dr. H. vom 07.05.2019 Ã¼ber die Polysomnographie vom 06.05.2019 bis zum 07.05.2019, welcher eine mittelgradige obstruktive Schlafapnoe mit Hypersomnie diagnostiziert. Der AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index) betrug 17/h, so dass die Einleitung einer nasalen Ãberdruckbeatmungstherapie indiziert ist (vgl. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/SchlafstÃ¶rungen Kapitel "Schlafbezogene AtemstÃ¶rungen bei Erwach-senen", AWMF-Register-Nr. 063/001, Stand August 2017, Ziff. 5.15.1, Seite 13ff).

Eine nasale Ãberdruckbeatmungstherapie (CPAP bzw. APAP â Therapie) kann jedoch infolge der MaskenunvertrÃ¤glichkeit des KlÃ¤gers nicht durchgefÃ¼hrt werden. Der Senat stellt dies anhand des Berichtes von Dr. H. vom 07.05.2019 sowie den sachverstÃ¤ndigen Zeugenaussagen von Dr. Ru. vom 04.11.2015, 08.05.2017, 10.08.2017. sowie vom 22.10.2018 fest. Da der KlÃ¤ger Ã¼ber-wiegend in Bauchlage schlÃ¤ft, ist eine Maskenbeatmung ohne Leckagen nicht durchfÃ¼hrbar. Der KlÃ¤ger hat â wie sich aus dem Bericht des Schlaflabors im M.hospital Stuttgart vom 27.07.2017 von Dr. G. und Dr. Ha. ergibt â bis zuletzt mehrere auch kleinere Masken ausprobiert. Diese konnten jedoch nicht mit zufriedenstellendem Ergebnis in Bauchlage angepasst werden. Eine Lagerungshilfe zur Verhinderung der Bauchlage, welche von Dr. Ru. in seiner Stellungnahme vom 08.05.2017 diskutiert wird, existiert nach Aussage von Dr. G. und Dr. Ha. aufgrund der vÃ¶llig anderen anatomischen VerhÃ¤ltnisse am RÃ¼cken und der Atemphysiologie nicht. Zudem zeige die Erfahrung, so Dr. G. und Dr. Ha., beim Versuch, die RÃ¼ckenlage bei ausgeprÃ¤gten ha-bituellen RÃ¼ckenschlÃ¤fern zu verhindern, dass diese Menschen auch mit einer Lagetherapieweste sich immer wieder auf den RÃ¼cken drehten und ein solcher Therapieversuch dann nicht effizient sei.

Bei der Frage, ob eine nasale Ãberdruckbeatmung nicht durchfÃ¼hrbar ist

(hiervon hÃ¤ngt die Fra-ge des Vorliegens der Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 50 ab), ist die Thera-pievertrÃ¤glichkeit entscheidend (Ulrich Wendler, Martin Schillings, Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tze, Kommentar, Sozialmedizinischer Verlag des VdK Deutschland, 5. Aufl. S. 182). Bei der Beurteilung der TherapievertrÃ¤glichkeit kommt es allerdings nicht darauf an, ob der Be-troffene aus seiner Sicht meint, die Maske nicht tragen zu kÃ¶nnen, oder gar glaubt, dass eine CPAP-Behandlung keinen Sinn mache (Bayer. Landessozialgericht, Urteil vom 12.10.2010 â□□ L 15 SB 64/09 â□□ a. a. O.). Entscheidend ist vielmehr die objektive Therapierbarkeit. Psychische AbnormitÃ¤ten wie Zwangs- oder Angstneurosen kÃ¶nnen gegebenenfalls eine BerÃ¼cksichtigung finden. Hier ist aber zu fordern, dass sich der Betroffene wegen der behaupteten psychischen Probleme beim Tragen der Atemmaske in psychiatrische Behandlung begeben hat (Ulrich Wend-ler, Martin Schillings a. a. O. mit Hinweis auf Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.07.2004 â□□ L 6 SB 93/02; siehe auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28. Oktober 2014 â□□ L 3 SB 61/12 â□□, juris). Von einer NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der nasalen Ã□berdruck-beatmung kann erst ausgegangen werden, wenn anatomische Besonderheiten einer nasalen Ã□ber-druckbeatmung entgegenstehen oder wenn durch das Scheitern entsprechender Therapieversuche der Nachweis der NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der nasalen Ã□berdruckbeatmung erbracht ist. Dazu ge-hÃ¶rt, dass der Betroffene verschiedene Masken ausgetestet und ein GewÃ¶hnungstraining erfolglos durchlaufen hat. Es reicht nicht, wenn die Beatmungsmaske wegen subjektiver Beschwerden nicht mehr benutzt wird (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 17. Juli 2012 â□□ L 15 SB 213/11 â□□, juris).

Vorliegend wird die NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der Maskentherapie durch die Schlafposition und damit nicht nur durch subjektiver Beschwerden verursacht. Dem KlÃ¤ger wurde nach der Poly-somnographie vom 07.05.2019 als sogenannte Second-Line-Therapie eine intraorale Protrusions-schiene verordnet. Deren Behandlungserfolg ist allerdings nicht gesichert, wie der Senat dem Bericht von Dr. H. vom 07.05.2019 entnimmt. Nach den VG B 8.7 ist Voraussetzung fÃ¼r die Bewertung eines GdB von 50 allein die NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der nasalen Ã□berdruckbeatmung. Dies steht im Fall des KlÃ¤gers zur Ã□berzeugung des Senats fest, so dass die Schlafapnoe mit ei-nem GdB von 50 zu bewerten ist. Diese Bewertung kann indes erst ab dem 07.05.2019 getroffen werden, da erst die Polysomnographie vom 06.05.2019 auf den 07.05.2019 den endgÃ¼ltigen Nachweis einer maskenpflichtigen Schlafapnoe mit Maskenintoleranz erbracht hat. Im Bericht des Schlaflabors des M.hospitales Stuttgart vom 27.7.2017 wurde dagegen nur ein leichtgradiges Schlafapnoesyndrom diagnostiziert und die UrsÃ¤chlichkeit der Schlafapnoe fÃ¼r die ausgeprÃ¤gte TagesmÃ¼digkeit bezweifelt. Im Gegensatz hierzu hatte Dr. H. im Bericht des Schlaflabors vom 18.12.2014 bei einem AHI von 20,4/h die Einleitung einer APAP-Therapie fÃ¼r notwendig erach-tet. Angesichts dieser diskrepanten Befunde, auf die auch Dr. Ru. in seinen Stellungnahmen vom 08.05.2017 und vom 10.08.2017 hinweist, kann der Senat die Diagnose einer maskenpflichtigen Schlafapnoe erst ab dem 07.05.2019 als gesichert feststellen und den GdB ab diesem Zeitpunkt mit 50 bewerten. FÃ¼r den Zeitraum davor kann ein hÃ¶herer GdB als 20 entsprechend den VG 8.7 bzw. wie vom SG angenommen von 30 nicht zuerkannt werden.

Die daneben im Funktionssystem Atmung bestehende hochgradige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t ist nach den VG 8.5 mit einem GdB von 10 zutreffend bewertet, wie auch Dr. Ru. in seiner Aus-kunft gegenÃ¼ber dem SG vom 04.11.2015 bestÃ¤tigt. Eine dauernde EinschrÃ¤nkung der Lungen-funktion ist den Befundberichten nicht zu entnehmen.

Die rezidivierende depressive StÃ¶rung im Funktionssystem des Gehirns einschlieÃlich der Psyche (B 3.7 VG) ist mit einem GdB von 30 zu bewerten.

Nach den VG B 3.7 ist bei Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rungen oder Folgen psychischer Trau-men mit leichteren psychovegetativen oder psychischen StÃ¶rungen der GdB mit 0 bis 20, bei stÃ¤rker behindernden StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und Gestaltungs-fÃ¤higkeit (z.B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶run-gen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren StÃ¶rungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungs-schwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Das SG und der Beklagte haben die hier vorliegenden GesundheitsstÃ¶rungen mit einem GdB von 30 bewertet. Dem schlieÃt sich der Senat unter BerÃ¼cksichtigung des Gutachtens von Dr. Sch. vom 04.04.2016 sowie des Entlassungsberichts der Klinik St. vom 13.06.2019 Ã¼ber den stationÃ¤-ren Aufenthalt vom 22.04.2019 bis zum 01.06.2019 an. Der KlÃ¤ger leidet nach dem Gutachten von Dr. Sch. an einer rezidivierenden, zum Zeitpunkt der Begutachtung mittelgradigen depressi-ven StÃ¶rung. Er zeigte sich nach dem psychiatrischen Befund von Dr. Sch. in seiner affektiven SchwingungsfÃ¤higkeit leicht eingeengt mit deutlichen zwanghaften ZÃ¼gen und streckenweise anklingenden hypochondrischen ZÃ¼gen. Im Kontaktverhalten, in Mimik, Gestik und KÃ¶rperhal-tung lag eine mittelgradige depressive Verstimmung ohne akute Psychose oder hÃ¶hergradiges hirnorganisches Psychosyndrom vor. Die mnestischen und intellektuellen Funktionen waren aus-reichend. Der Senat kann in Ãbereinstimmung mit Dr. Sch. eine leicht- bis mittelgradige Symp-tomatik nach den VG B 3.7 feststellen, welche mit einem GdB von 30 entsprechend einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit zu bewerten ist. Ein GdB von mehr als 30 kommt jedoch nach den von Dr. Sch. erhobenen Be-funden und der noch bestehenden Alltagsgestaltung nicht in Betracht. Der KlÃ¤ger war im Zeit-punkt der Begutachtung noch berufstÃ¤tig und konnte auch noch den Alltag ohne hÃ¶hergradige EinschrÃ¤nkungen bewÃ¤ltigen. Ein schwergradiger sozialer RÃ¼ckzug mit entsprechender Antriebs-losigkeit lag nicht vor. Der KlÃ¤ger hat soziale Kontakte vor allem in seiner Familie und verfÃ¼gt auch noch Ã¼ber Interessen wie SpaziergÃ¤nge mit dem Hund oder Fernsehen sowie Radio hÃ¶ren. Die Behandlung bei Dr. Sch. war auch nach den Angaben bei Dr. Sch. zunÃ¤chst eher niederfre-quent mit halbjÃ¤hrlichen Terminen. Eine Intensivierung erfolgte nach einer Eskalation am Ar-beitsplatz Anfang des Jahres 2019, welche nach der sachverstÃ¤ndigen Zeugenaussage von Dr. Sch. vom 28.02.2019 zur stationÃ¤ren Behandlung im St.-Haus gefÃ¼hrt hat. Der Senat kann jedoch auch unter BerÃ¼cksichtigung des Entlassungsberichts vom 13.06.2019 einen GdB von mehr

als 30 fÃ¼r die rezidivierende depressive StÃ¶rung nicht befÃ¼rworten. Als AuslÃ¶ser fÃ¼r die depressive StÃ¶rung wurde ein seit lÃ¤ngerem bestehender Arbeitsplatzkonflikt mit UmstrukturierungsmaÃ-nahmen und fehlender WertschÃ¤tzung der Kompetenz und des hohen beruflichen Einsatzes des KlÃ¤gers genannt. Die stationÃ¤re Behandlung fÃ¼hrte diesbezÃ¼glich zu einer psychischen Stabilisie-rung und Besserung der KonfliktfÃ¤higkeit mit Teilremission der depressiven Symptomatik. Diese ist daher nach dem AusprÃ¤gungsgrad noch BehandlungsmaÃnahmen zugÃ¤nglich. Zudem verfÃ¼gt der KlÃ¤ger noch Ã¼ber Ressourcen durch die familiÃ¤re UnterstÃ¼tzung. Dr. Sch. hat zwar in seiner weiteren sachverstÃ¤ndigen Zeugenaussage vom 22.10.2019 einen GdB von 50 vorgeschlagen und diesbezÃ¼glich auf die immer wieder auftretenden mittelschweren bis schweren depressiven Epi-soden verwiesen. Der Senat vermag dem indes angesichts des bisherigen AusprÃ¤gungsgrads und der hiermit verbundenen TeilhabeeinschrÃ¤nkungen nicht zu folgen. Der GdB fÃ¼r die rezidivie-rende depressive StÃ¶rung ist somit mit 30 angemessen bewertet.

Die bei dem KlÃ¤ger weiterhin bestehende arterielle Hypertonie ist nach Aussage des behandeln-den Kardiologen Dr. Kn. vom 26.10.2015 geringgradig. Auch die minimalen Insuffizienzen der Aorten- und Mitralklappe sowie die Makroangiopathie der hirnversorgenden GefÃ¤Ãe sind ledig-lich leichtgradig. Die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Herz-Kreislauf bedingen daher insgesamt einen Einzel-GdB von 10 (VG B 9.3).

Die Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule (VG B 18.9) ist ebenfalls mit einem GdB von 10 zu bewerten. Die Osteochondrose der LWS und die hiermit einhergehenden FunktionseinschrÃ¤n-kungen werden vom behandelnden OrthopÃ¤den Dr. Se. in seinen sachverstÃ¤ndigen Zeugenaussa-gen vom 19.10.2015 und vom 25.02.2019 als leichtgradig bis mÃ¤Ãig beurteilt. Die Osteopenie hat bislang noch nicht zu WirbelkÃ¶rperbrÃ¼chen oder manifesten FunktionseinschrÃ¤nkungen ge-fÃ¼hrt. Allein eine ausschlieÃlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineral-gehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB (VG B 18.1).

Die im Funktionssystem Ohren bestehende gering- bis mittelgradige SchwerhÃ¶rigkeit beidseits ist nach Aussage des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. K. mit einem GdB von 10 ebenfalls angemessen berÃ¼cksichtigt. Dasselbe gilt fÃ¼r den Tinnitus, welcher bislang nach Aussa-ge von Dr. K. noch nicht zu eigenstÃ¤ndigen psychovegetativen Begleiterscheinungen gefÃ¼hrt hat.

Weitere â bisher nicht berÃ¼cksichtigte â GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Ein-zel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollstÃ¤ndig aufgeklÃ¤rt. Der Senat hÃ¤lt weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht fÃ¼r erforderlich. Die vorliegenden Ã¤rztlichen Unterlagen haben mit dem im erstinstanzli-chen Verfahren eingeholten Gutachten dem Senat die fÃ¼r die richterliche Ãberzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (Â§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, Â§ 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis fÃ¼r die alleine vom Senat

vorzu-nehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Ãberschneidungen und Wech-selwirkungen. Insoweit ist fÃ¼r die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den all-gemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als MaÃstab der Vergleich zu den TeilhabebeeintrÃ¤chtigungen anderer Behinderungen anzustellen, fÃ¼r die im Tabellenteil ein Wert von 30, 40 oder 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 â B 9 SB 2/13 R â SozR 4-3250 Â§ 69 Nr. 18 = juris).

Nach Ãberzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funkti-onsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von 50 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Atmung (Schlafapnoe) sowie von 30 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Gehirn einschlieÃlich Psyche. Die depressive StÃ¶rung ist zwar in erster Linie nicht durch das Schlafapnoesyndrom sondern durch den Arbeitsplatzkonflikt verursacht. Jedoch wirkt sich auch die depressive StÃ¶rung auf das Schlafverhalten und die Hypersomnie aus, wie Dr. G. und Dr. Ha. im Schlaflaborbericht vom 27.07.2017 anfÃ¼hren. Der Senat hÃ¤lt daher eine ErhÃ¶hung des GdB von 50 auf insgesamt 60 unter Einbeziehung des GdB von 30 fÃ¼r die depressive Erkrankung fÃ¼r gerechtfertigt. Die des Weiteren vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen bedingen allesamt lediglich einen GdB von 10 und wirken sich daher nicht erhÃ¶hend auf den Gesamt-GdB aus.

Die Entscheidung Ã¼ber die Kosten beruht auf Â§ 193 SGG und berÃ¼cksichtigt die Tatsache, dass ein GdB von mehr als 40 erst ab dem 07.05.2019 festgestellt werden kann. Hinsichtlich der Kos-tenentscheidung im SG-Verfahren verbleibt es bei der Entscheidung des SG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Erstellt am: 16.06.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024