S 6 SB 1233/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 SB 1233/19
Datum	21.01.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 464/21
Datum	18.11.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21.Â Januar 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Die KlÃ¤gerin begehrt die hÃ¶here Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 40.

Sie ist 1957 geboren und hat nach dem Hauptschulabschluss zunÃ¤chst in einer KrankenhauskÃ¼che gearbeitet. Nach einer TÃ¤tigkeit als VerkÃ¤uferin war sie als LKW-Fahrerin tÃ¤tig und zuletzt seit 2011 als Busfahrerin beschÃ¤ftigt. Seit September 2020 bezieht sie Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie ist verheiratet, hat drei erwachsene Kinder und bewohnt mit ihrem Ehemann eine Eigentumswohnung im zweiten Stockwerk ohne Aufzug (vgl. Anamnese K2-Klinik; R).

Am 27. Januar 2011 beantragte sie beim Landratsamt K (LRA) erstmals die

Feststellung des GdB und legte den Entlassungsbericht des HKlinikums Ã¼ber den stationÃ¤ren Aufenthalt vom 18. bis 25. Juni 2008 vor. Danach habe eine cavernÃ¶se Oberlappen-Tuberkulose (TBC) rechts bestanden. Es sei eine Thorakotomie mit atypischer Oberlappenresektion rechts durchgefÃ¼hrt worden. Die Computertomographie (CT) des Thorax zeigte am 27. August 2009 keine TBC-typischen VerÃ¤nderungen mehr. Bei der Kontrolluntersuchung am 1. MÃ¤rz 2010 (S) wurde ein TBC-Rezidiv verneint, die Lungenfunktion habe unverÃ¤ndert eine leichtgradige obstruktive VentilationsstÃ¶rung gezeigt. Am 7. September 2010 lag die SauerstoffsÃ¤ttigung bei 96%, der FEV1-Wert bei 65 %, subjektiv bestehe kaum eine BeeintrÃ¤chtigung.

K1 sah versorgungsÃ¤rztlich fÃ¼r den Teilverlust der rechten Lunge, die Lungentuberkulose und die chronische Bronchitis einen GdB von 30, den das LRA mit Bescheid vom 9. MÃ¤rz 2011 ab dem 27. Januar 2011 feststellte.

Am 23. Oktober 2017 beantragte die KlÃ¤gerin die Neufeststellung des GdB und legte Befundberichte vor. Der M beschrieb nach ambulanter Untersuchung am 14.Â September 2015 eine klinisch deutlich verspannte HalswirbelsÃ¤ule (HWS) bis zur mittleren BrustwirbelsÃ¤ule (BWS) bei freier Beweglichkeit und ohne radikulÃ¤re AusfÃ¤lle. Die R gab an, dass vor circa vier Wochen ein Infekt mit antibiotischer Therapie behandelt worden sei. Die RÃ¶ntgen-Thorax-Aufnahme zeige im Vergleich zu 2011 einen weitgehend stabilen Befund mit ausgeprÃ¤gter Schwiele links basal sowie ausgeprÃ¤gtem Emphysem linksseitig. Der Husten bestehe nach bronchialem Infekt vor vier Wochen, klinisch bestehe kein Hinweis fÃ¼r eine Reaktivierung der TBC.

Das LRA erhob den Befundschein des Z, der eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung im Stadium II mit mittelgradig eingeschrÃ¤nkten pulmonalen Funktionsparameters beschrieb. Bei der letzten Untersuchung habe der FEV1-Wert mit 52 % vom Soll eine mittelgradige EinschrÃ¤nkung gezeigt. Die KlÃ¤gerin berichte Ã¼ber Belastungsatemnot, teilweise auch thorakale Enge und EinschrÃ¤nkungen beim Treppengehen. Therapeutisch sei die Anwendung einer regelmÃ¤Ãigen inhalativen Kombinationstherapie sowie einer zusÃ¤tzlich anzuwendenden inhalativen Bedarfstherapie indiziert. Vorgelegt wurde der Bericht der Radiologie S1 Ã¼ber die CT des Thorax vom 5. Februar 2016, wonach sich kein Anhalt fÃ¼r eine TBC und kein tumorverdÃ¤chtiger Befund zeigten.

Der M gab in seinem Befundschein an, dass die KlÃ¤gerin bei der Vorstellung im November 2017 Ã¼ber stÃ¤ndige Schmerzen vom Nacken bis zur linken Schulter geklagt habe. An der linken Schulter habe eine mÃ¶gliche Vorhebung von 170Â° und eine Seithebung von 180Â° mit schmerzhaftem Bogen bestanden. Radiologisch habe sich eine erhebliche Schultereckgelenk-Arthrose gezeigt.

Nachdem E versorgungsÃ¤rztlich zusÃ¤tzlich einen Teil-GdB von 20 fÃ¼r degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule sah, stellte das LRA mit Bescheid vom 20. Februar 2018 einen GdB von 40 seit dem 23. Oktober 2017 fest.

Am 11. September 2018 wurde wiederum unter Vorlage von Befundberichten die

Neufeststellung des GdB beantragt. Nach dem Bericht des R1 nach ambulanter Untersuchung vom 27. August 2015 zeigte die Kernspintomographie (MRT) der HWS keinen Bandscheibenvorfall bei freien Spinal- und WurzelkanÃ¤len. Motorik, Koordination und SensibilitÃ¤t seien regelrecht, die Muskeleigenreflexe symmetrisch beinbetont mittellebhaft bis lebhaft, pathologische Reflexe wurden verneint. Der U beschrieb nach MRT der Schulter vom 7. Dezember 2017 eine floride Tendinose der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksdegeneration und subacromialem Impingement. Der S2 gab aufgrund ambulanter Untersuchung vom 11. Dezember 2017 einen Druckschmerz Ã¼ber dem AC-Gelenk sowie eine SchmerzverstÃ¤rkung bei Griff auf die Gegenseite an.
Weiter wurde vorgelegt der Entlassungsbericht der K2-Klinik Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 15. August bis 5. September 2018. Es liege ein guter Rehabilitationserfolg bzw. Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele vor sowie ein adÃ¤quates Risikobewusstsein mit Motivation zur Fortsetzung der sekundÃ¤rprÃ¤ventiven VerhaltensÃ¤nderung. Die Lungenfunktion habe zum Ã¼berwiegenden Teil verbessert werden kÃ¶nnen, Exazerbationen seien keine aufgetreten. Die Entlassung sei arbeitsfÃ¤hig fÃ¼r die bisherige TÃ¤tigkeit als Busfahrerin erfolgt.

K1 hielt versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen Bewertung fest. Trotz neuer Beschwerden und den Befunden einer Rehabilitationsklinik lÃ¤ge eine wesentliche GdB-relevante Ãnderung nicht vor.

Mit Bescheid vom 4. Oktober 2018 lehnte das LRA den Neufeststellungsantrag ab, da keine wesentliche Ãnderung in den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen eingetreten sei.

Im Widerspruchsverfahren legte die KlÃ¤gerin den Befundbericht des G Ã¼ber die MRT des HWS vom 18. Januar 2019 vor. Danach hÃ¤tten sich eine S-formige Skoliose mit Osteochondrosis C5/6, C6/7 mit breitbasigen Protusionen, vorgeschaltet Unkarthrose linksseitig C3/4 sowie Unkarthrosen C4/5, C5/6 mit foraminaler Enge gezeigt. Eine Myelopathie habe nicht bestanden.

M1 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass hinsichtlich der Lungenfunktion der Befund unter Behandlung maÃgeblich sei. Die VitalkapazitÃ¤t und die EinsekundenkapazitÃ¤t wichen um weniger als ein Drittel von den Referenzwerten ab. Es bestehe eine restriktive StÃ¶rung im Sinne einer leichtgradigen gemischten VentilationsstÃ¶rung. Die Gehstrecke liege bei 461 Metern in sechs Minuten, in der Fahrradergometrie werde die 75-Watt-Stufe erreicht. Der Abbruch sei wegen ErmÃ¼dung der Beine erfolgt, EinschrÃ¤nkungen von Seiten der Lunge oder des Herzens seien nicht beschrieben. Der Teil-GdB sei weiter mit 30 zu bemessen. Im Bereich der HWS bestÃ¼nden degenerative VerÃ¤nderung ohne wesentliche neurologische Ausfallerscheinungen. AuffÃ¤lligkeiten seien wÃ¤hrend der Rehabilitation keine dokumentiert worden. Der Teil-GdB sei weiter mit 20 einzuschÃ¤tzen.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S3 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2019 zurÃ¼ck. Zwar habe als

weitere FunktionsbeeintrÃ¤chtigung eine Funktionsbehinderung im linken Schultergelenk berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnen, diese fÃ¼hre aber zu keiner wesentlichen Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung und damit zu keinem hÃ¶heren GdB. BezÃ¼glich der Ã¼brigen bereits festgestellten FunktionsstÃ¶rungen zeigten die aktenkundigen Befundunterlagen, dass diese im Wesentlich unverÃ¤ndert vorlÃ¤gen und weiterhin zutreffend bewertet seien.

Am 26. Juni 2019 hat die KlÃ¤gerin Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben, welches zur weiteren SachaufklÃ¤rung sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte der behandelnden Ãrzte eingeholt hat.

Der Z hat beschrieben, dass sich die KlÃ¤gerin seit der letzten Vorstellung im Oktober 2017 nur noch einmal am 21. August 2019 in ambulanter Behandlung befunden habe. In der durchgefÃ¼hrten Untersuchung habe sich eine leichtgradige EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion gezeigt, die im Verlauf gegenÃ¼ber Oktober 2017 nicht wesentlich verschlechtert gewesen sei. Es erfolge eine dauerhafte Therapie mit einem Bronchialerweiterer sowie einem Cortison. Da sich die Lungenfunktion unter Therapie im Verlauf gebessert habe, sei eine asthmoide Komponente zu unterstellen. Eine wechselnde EinschrÃ¤nkung sowie die Notwendigkeit zur dauerhaften Inhalation seien gegeben. ErgÃ¤nzend hat er die Lungenfunktionsparameter vorgelegt.

Der M hat bekundet, dass die KlÃ¤gerin Ã¼ber Schmerzen der HWS geklagt habe, mit zunehmender Tendenz und Ausstrahlung in die linke Schulter. Bei der nÃ¤chsten Vorstellung und schon vorliegender Anfrage des SG seien zusÃ¤tzlich Schmerzen in der HÃ¼fte geklagt worden. Klinisch hÃ¤tten sich ein Beckengeradstand, ein leichtes Hohlkreuz und ein leichter RundrÃ¼cken gezeigt. Die Beweglichkeit der rechten HÃ¼fte habe fÃ¼r Streckung/Beugung bei 130-0-0Â° gelegen. Das Kniegelenk rechts habe ein leichtes Knirschen bei einer mÃ¶glichen Beugung/Streckung von 130-0-0Â° gezeigt. Das Sprunggelenk sei frei beweglich. FÃ¼r die HWS betrage der GdB 10 bis maximal 20, fÃ¼r die HÃ¼ften ebenfalls 10 bis 20. OrthopÃ¤disch ergÃ¤be sich ein GdB von 20 bis 30.

Der G1 hat eine chronische Bronchitis sowie Schmerzen der HÃ¼ftgelenke, der HWS, die in die Schulter ausstrahlten, in der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) und in den Knie- und HÃ¼ftgelenken beschrieben. Der GdB fÃ¼r die COPD sei mit 50 und fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule mit 30 einzuschÃ¤tzen.

Die Z1 hat angegeben, die KlÃ¤gerin von Februar 2015 bis MÃ¤rz 2019 behandelt zu haben. Es bestehe eine COPD mit mittelgradiger bis schwerer Obstruktion. BeeintrÃ¤chtigungen bestÃ¼nden bei forschem Gehen, Treppensteigen Ã¼ber zwei Stockwerke und in Verbindung mit NÃ¤sse, KÃ¤lte, Zugluft oder Ã¤uÃeren Allergenen. Der GdB sei auf 50 einzuschÃ¤tzen.

Der Beklagte ist der Klage unter Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme der H1 entgegengetreten. Diese hat ausgefÃ¼hrt, dass die Bewertung der Z1 weder den Bewertungsvorgaben entspreche, noch mit den Befunden der Rehabilitationsklinik vereinbar sei. OrthopÃ¤disch sei der Teil-GdB von 20 fÃ¼r die

HWS nachvollziehbar, der vorgeschlagene GdB fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule von 30 hingegen nicht. Im September 2019 sei erstmals Ã¼ber Beschwerden an der rechten HÃ¼fte geklagt worden. Eine FunktionseinschrÃ¤nkung habe nicht objektiviert werden kÃ¶nnen. Im RÃ¶ntgenbild hÃ¤tten sich eine mittelgradige Coxarthrose links und eine initiale Coxarthrose rechts gezeigt. Eine bleibende FunktionsstÃ¶rung der HÃ¼fte, die als eigenstÃ¤ndige Behinderung anerkannt werden kÃ¶nne, lasse sich aus den Unterlagen nicht ableiten.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 21. Januar 2021 abgewiesen. FÃ¼r das Lungenleiden sei ein Teil-GdB von 30 gerechtfertigt. Der behandelnde Lungenarzt berichte von sporadischen Kontakten und von einer Besserung der Lungenfunktion. Am 21. August 2019 habe nur eine leichtgradige EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion bestanden. Die WirbelsÃ¤ulenbeschwerden seien mit 20 zu bewerten, eine HÃ¶herbewertung rechtfertige sich nicht. Die Schulterbeschwerden begrÃ¼ndeten einen Teil-GdB von 10, nachdem solche gegenÃ¼ber dem M wohl gar nicht angegeben worden seien.

Am 8. Februar 2021 hat die KlÃ¤gerin Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Die EinschÃ¤tzung des Lungenbefundes mit einem Teil-GdB von 30 erscheine auÃerordentlich restriktiv, die Berufung solle aber primÃ¤r auf die orthopÃ¤dische Befundlage gestÃ¼tzt werden. Betroffen seien die Schulter, der Zustand nach der erfolgten Schulteroperation sei alles andere als optimal, weiter die HWS mit ausstrahlenden SchmerzzustÃ¤nden, degenerativen VerÃ¤nderungen Ã¼ber mehrere Etagen hinweg und breitbasigen Protusionen. EingeschrÃ¤nkt seien alle drei Segmente der WirbelsÃ¤ule und daneben auch die HÃ¼ftgelenke sowie das rechte Kniegelenk, wobei exakte Angaben zur Beurteilung fehlten.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Januar 2021 sowie den Bescheid vom 4. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2019 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 20. Februar 2018 einen GdB von mindestens 60 seit dem 11. September 2018 festzustellen,
hilfsweise, den SachverstÃ¤ndigen R zu den versorgungsÃ¤rztlichen AusfÃ¼hrungen des W zu hÃ¶ren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das orthopÃ¤dische SachverstÃ¤ndigengutachten des R vom 30. Juni 2021 aufgrund ambulanter Untersuchung erhoben, der auf orthopÃ¤disch-unfallchirurgischen Gebiet einen GdB von 30 gesehen hat. Diesem gegenÃ¼ber hat die KlÃ¤gerin zu

sportlichen AktivitÃ¤ten/Hobbys angegeben, regelmÃ¤Ãig das Laufband zu benutzen. Das Gangbild sei nicht verlangsamt und normalschrittig ohne erkennbares Schonhinken gewesen. Das An- und Ausziehen habe sie alleine durchgefÃ¼hrt. Es habe sich ein ausgeprÃ¤gter Druck- und Klopfschmerz Ã¼ber der Dornfortsatzreihe der unteren HWS und am Ãbergang zur BWS gezeigt. Dabei seien keine ausstrahlenden Sensationen/Beschwerden angegeben worden. Die paravertebrale HWS-Muskulatur sei verhÃ¤rtet und verspannt. Im Bereich der DornfortsÃ¤tze der WirbelsÃ¤ule bestehe ein Klopfschmerz im Bereich des Ãbergangs von BWS zur LWS und stark ausgeprÃ¤gt im Bereich der LWS selbst. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) habe bei 12 cm gelegen. Im Bereich der oberen ExtremitÃ¤ten hÃ¤tten die Schultereckgelenke beidseits prominente und links schmerzhafte Strukturen gezeigt. Die Radialispulse seien beidseits palpierbar gewesen. Bei der BeweglichkeitsprÃ¼fung der Schultergelenke seien explizit mehrfach und assistiv-unterstÃ¼tzend die BewegungsausmaÃe gemessen worden, um Ãber- oder Untertreibungen zu vermeiden. Die notierten Messwerte bei fixiertem Schulterblatt stellten die aktiven, also selbst von der KlÃ¤gerin zu erreichenden BewegungsausmaÃe dar. Die Beweglichkeit der HÃ¼ftgelenke habe fÃ¼r Flexion/Extension rechts bei 100-0-0Â° und links bei 105-0-0Â° gelegen, die Zehenspitzen und Fersenhebung sowie die GroÃzehenhebung und -senkung seien im Stehen und Liegen beidseits krÃ¤ftig und frei. Der Einbeinstand sei beidseits sicher vorfÃ¼hrbar. Die Beweglichkeit des Kniegelenks habe fÃ¼r Flexion/Extension rechts bei 0-0-135Â° und links bei 0-0-140Â° gelegen. Bei der orientierenden neurologischen Untersuchung hÃ¤tten sich keine zentralen motorischen StÃ¶rungen nachweisen lassen. Im Bereich der WirbelsÃ¤ule liege seit Jahren ein rezidivierendes WirbelsÃ¤ulenschmerzsyndrom vor, was Gegenstand Ã¤rztlicher Behandlungen sei. Vor allem im Bereich der HWS sei bei einer Skoliose und Osteochondrosen und einer aktuell eingeschrÃ¤nkten Beweglichkeit ein hÃ¤ufiges Schmerzsyndrom als glaubhaft und wahrscheinlich anzunehmen. Im Bereich der BWS bestehe eine Kyphose und Skoliose, ebenso im Bereich der LWS. Die FunktionsstÃ¶rungen der WirbelsÃ¤ule seien nicht sehr stark ausgeprÃ¤gt, was sich an den typischen Funktionswerten der WirbelsÃ¤ule ablesen lasse. Diese Werte seien nicht sehr stark eingeschrÃ¤nkt, sodass die Funktion nur als leicht bis allenfalls mittelgradig eingeschrÃ¤nkt anzusehen sei. Vielmehr gehe er von einem latenten Schmerzsyndrom aus. Der GdB fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule sei nicht einfach einzuschÃ¤tzen, er schwanke zwischen 20 und 30. In der Gesamtschau des WirbelsÃ¤ulenbefundes gehe er von einem mit 20 vielleicht untergrenzwertig, aber doch korrekt eingeschÃ¤tztem WirbelsÃ¤ulenbefund aus. Im linken Schultergelenk seien die lokalen VerhÃ¤ltnisse reizlos und unauffÃ¤llig, es bestehe aber ein Druckschmerz Ã¼ber dem Schultereckgelenk und eine Schmerzhaftigkeit und SchwÃ¤che der Rotatorenmanschette. Die Armhebung habe zwischen 90 und 100Â° gelegen, die Vorneigung sei ebenfalls eingeschrÃ¤nkt gewesen. Die DrehfÃ¤higkeit sei nicht eingeschrÃ¤nkt gewesen, bei Zustand nach Operation und im Vergleich zur Gegenseite sei ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Die HÃ¼ftgelenke zeigten klinisch wie radiologisch eine beidseitige Arthrose Grad I-II, jedoch habe die BeugefÃ¤higkeit rechts 100Â° und links 105Â° betragen, sodass ein Teil-GdB von 10 anzunehmen sei. Die Ã¼brigen GesundheitsstÃ¶rungen auf orthopÃ¤dischem Gebiet bedingten keinen relevanten GdB.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten unter Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des W entgegengetreten. Der Teil-GdB fÃ¼r die Funktionsminderung des linken Schultergelenkes sei zu hoch gegriffen. Es werde ausdrÃ¼cklich angegeben, dass die Beweglichkeit des Schultergelenks bei fixiertem Schulterblatt Ã¼berprÃ¼ft worden sei. Nach den Vorgaben mÃ¼sse die BewegungseinschrÃ¤nkung aber einschlieÃlich SchultergÃ¼rtel und somit bei freigegebenem Schulterblatt geprÃ¼ft werden. Bei freigegebenem Schulterblatt seien daher noch bessere BewegungsmaÃe zu erwarten. FÃ¼r die Abduktion des linken Schultergelenks werde mit fixiertem Schulterblatt eine BewegungseinschrÃ¤nkung von 90Â° angegeben, fÃ¼r die Armvorneigung aber noch von 100Â°. Der Armvorhebung komme funktionell gesehen im Alltag im Vergleich zur Seithebung die wesentliche grÃ¶Ãere Bedeutung zu. Der angegebene Teil-GdB von 10 fÃ¼r die Funktionsminderung der HÃ¼ftgelenke sei bei angegebener Beweglichkeit fÃ¼r Strecken/Beugen rechts 0-0-100Â° und links 0-0-105Â° ebenfalls zu weitreichend. Im Ãbrigen ergÃ¤be sich selbst bei theoretischer Annahme einer Teil-GdB von 20 statt 10 fÃ¼r die linke Schulter sowie eines Teil-GdB von 10 fÃ¼r beide HÃ¼ftgelenke integrativ im Ergebnis dennoch kein hÃ¶herer Gesamt-GdB als 40 wie bisher.

Der Sach- und Streitstand ist mit den Beteiligten in nichtÃ¶ffentlicher Sitzung am 21. Oktober 2021 erÃ¶rtert worden (vgl. Protokoll vom gleichen Tag).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 SGG) eingelegte Berufung, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§ 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (Â§Â§Â 143,Â 144Â SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 21. Januar 2021, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Neufeststellung des GdB unter Aufhebung des Bescheides vom 4. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 6. September 2019 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 20. Februar 2018 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. September 2009 â€Â BÂ 6Â KAÂ 34/08 â€, juris, Rz. 26; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, Â§ 54 Rz. 34).

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der

Bescheid vom 4.Â Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2019 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Sie kann auch nach Ãberzeugung des Senats die Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40 nicht beanspruchen. Das SachverstÃ¤ndigengutachten des R fÃ¼hrt zu keiner anderen Beurteilung, nachdem dieser keine tragenden Befunde erhoben hat und seine GdB-EinschÃ¤tzung den Bewertungsvorgaben nicht entspricht.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist Â§ 48 Abs. 1 SatzÂ 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ X). Danach ist, soweit inÂ den tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mitÂ Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Ãnderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufzuheben. GemÃ¤Ã Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGBÂ X soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Ãnderung der VerhÃ¤ltnisse aufgehoben werden, soweit die Ãnderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr.Â 1 SGBÂ X). Dabei liegt eine wesentliche Ãnderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen nicht mehr so erlassen werden dÃ¼rfte, wie er ergangen war. DieÂ Ãnderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt desÂ Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsÃ¤chlichen Ãnderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung fÃ¼hrt. Von einer wesentlichen Ãnderung im Gesundheitszustand ist auszugehen, wenn diese einen um wenigsten 10 verÃ¤nderten Gesamt-GdB rechtfertigt (vgl. BSG, Urteil vom 11.Â November 2004 â Â BÂ 9Â SBÂ 1/03 R â, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Ãnderung ist der Verwaltungsakt â teilweise â Â aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl.Â BSG, Urteil vom 22.Â Oktober 1986 â 9a RVs 55/85 â, juris, Rz. 11 m. w. N.). DieÂ Feststellung einer wesentlichen Ãnderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des â teilweise â aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der ÃberprÃ¼fung voraus (vgl.Â BSG, Urteil vom 2.Â Dezember 2010 â B 9 V 2/10 R â, SozR 4-3100 Â§ 35 Nr. 5, Rz. 38 m. w. N.).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt, nachdem sich der Senat nicht davon Ã¼berzeugend konnte, dass in den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen, die dem maÃgebenden Vergleichsbescheid vom 20. Februar 2018 zu Grunde lagen und mit dem der Beklagte den GdB auf 40 erhÃ¶ht hat, eine wesentliche Ãnderung eingetreten ist, die eine Neufeststellung des GdB rechtfertigt. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Der Anspruch richtet sich nach Â§ 152 Abs. 1 und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der aktuellen, seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung durch Art. 1 und 26 Abs. 1 des Gesetzes zur StÃ¤rkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz â BTHG) vom 23. Dezember 2016 (BGBl I S. 3234). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zustÃ¤ndigen BehÃ¶rden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest (Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Auf Antrag kann festgestellt

werden, dass ein GdB bereits zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt vorgelegen hat (Â§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Menschen mit Behinderungen sind nach Â§ 2 Abs. 1 SGB IX 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 Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃ¤nger als sechs Monate hindern kÃ¶nnen (Satz 1). Eine BeeintrÃ¤chtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der KÃ¶rper- und Gesundheitszustand von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewÃ¶hnlichen Aufenthalt oder ihre BeschÃ¤ftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des Â§ 156 SGB IX rechtmÃ¤Ãig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX). Das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die Bewertung des GdB maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind (Â§ 153 Abs. 2 SGB IX). Nachdem noch keine Verordnung nach Â§ 153 Abs. 2 SGB IX erlassen ist, gelten die MaÃstÃ¤be des Â§ 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des Â§ 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, des Â§ 30 Abs. 1 und des Â§ 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung â VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl I S. 2412), entsprechend (Â§ 241 Abs. 5 SGB IX). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der GrundsÃ¤tze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage â Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ (VG) zu Â§ 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden â Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im Sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrechtâ (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand fÃ¼r die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 â B 9 V 25/98 R â, SozR 3-3100 Â§ 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine fÃ¼r den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermÃ¶glicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle GesundheitsstÃ¶rungen, unabhÃ¤ngig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein MaÃ fÃ¼r die kÃ¶rperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer FunktionsbeeintrÃ¤chtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenÃ¼ber dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und Ã¤lteren Menschen zu beachten. Physiologische VerÃ¤nderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berÃ¼cksichtigen. Als solche VerÃ¤nderungen sind die kÃ¶rperlichen und psychischen LeistungseinschrÃ¤nkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also fÃ¼r das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. DemgegenÃ¼ber sind pathologische VerÃ¤nderungen, also GesundheitsstÃ¶rungen, die nicht regelmÃ¤Ãig und nicht nur im Alter beobachtet werden kÃ¶nnen, bei der

Beurteilung des GdB auch dann zu berÃ¼cksichtigen, wenn sie erstmalig im hÃ¶heren Alter auftreten oder als â□□Alterskrankheitenâ□□ (etwa â□□Altersdiabetesâ□□ oder â□□Altersstarâ□□) bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die EinschrÃ¤nkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annÃ¤hernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere BeeintrÃ¤chtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach Â§ 152 Abs. 3 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der BeeintrÃ¤chtigungen in ihrer Gesamtheit unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen sind zwar zunÃ¤chst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen dÃ¼rfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind fÃ¼r die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der FunktionsbeeintrÃ¤chtigung auszugehen, die den hÃ¶chsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen zu prÃ¼fen, ob und inwieweit hierdurch das AusmaÃ□ der Behinderung grÃ¶Ã□er wird, ob also wegen der weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufÃ¼gen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen zueinander kÃ¶nnen unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen kÃ¶nnen voneinander unabhÃ¤ngig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des tÃ¤glichen Lebens betreffen. Eine FunktionsbeeintrÃ¤chtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen paarige GliedmaÃ□en oder Organe betreffen. FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen kÃ¶nnen sich Ã¼berschneiden. Eine hinzutretende GesundheitsstÃ¶rung muss die Auswirkung einer FunktionsbeeintrÃ¤chtigung aber nicht zwingend verstÃ¤rken. Von AusnahmefÃ¤llen abgesehen, fÃ¼hren leichte GesundheitsstÃ¶rungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des AusmaÃ□es der GesamtbeeintrÃ¤chtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte GesundheitsstÃ¶rungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des AusmaÃ□es der Behinderung zu schlieÃ□en.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von SachverstÃ¤ndigengutachten, in freier richterlicher BeweiswÃ¼rdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 â□□ B 9 SB 1/03 R â□□, juris, Rz.Â 17 m. w. N.). Dabei ist zu berÃ¼cksichtigen, dass die auf der ersten PrÃ¼fungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorÃ¼bergehenden GesundheitsstÃ¶rungen und die sich daraus abzuleitenden TeilhabebeeintrÃ¤chtigungen ausschlieÃ□lich auf der Grundlage Ã¤rztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind Ã¼ber die medizinisch zu beurteilenden VerhÃ¤ltnisse hinaus weitere UmstÃ¤nde auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu

berÃ¼cksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 â□□ B 9 SB 35/10 B â□□, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden GesundheitsstÃ¶rungen, die daraus folgenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der BegrÃ¼ndung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (vgl. BSGE 82, 176 [177 f.]). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugÃ¤nglich. Er erscheint nicht im VerfÃ¼gungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer HÃ¶he als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen GrundsÃ¤tze sowie unter Beachtung der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Ã□berzeugung des Senats fest, dass der GdB mit 40 nicht zu Lasten der KlÃ¤gerin rechtswidrig zu niedrig festgestellt ist.

Die vorwiegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen liegen bei der KlÃ¤gerin im Funktionssystem â□□Atmungâ□□, welches mit einem Teil-GdB von 30 nicht zu niedrig bewertet ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 8.8 ist bei einer ansteckungsfÃ¤higen Lungentuberkulose ein GdB von 100 anzunehmen, bei einer nicht ansteckungsfÃ¤higen ohne EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion ein GdB von 0. Ansonsten ist der GdB je nach EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.3 liegt eine dauernde EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion geringen Grades vor bei einer das gewÃ¶hnliche MaÃ□ Ã¼bersteigenden Atemnot mit mittelschwerer Belastung, statischen und dynamischen Messwerte der LungenfunktionsprÃ¼fung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normalbereich, die mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten ist.

Nach diesen MaÃ□stÃ¤ben hat bei der KlÃ¤gerin eine TBC bestanden, wie der Senat dem Entlassungsbericht der HKlinik entnimmt, den er im Wege des Urkundsbeweises verwertet (Â§Â 118 SGG i.Â V.Â m. Â§Â§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]). Indessen haben die nachfolgenden Kontrolluntersuchung kein aktives Krankheitsgeschehen mehr gezeigt und ein Rezidiv ist sowohl klinisch (vgl. die Befundberichte der R und Z) wie auch radiologisch (vgl. Befundbericht der Radiologie S1) ausgeschlossen worden.

Die Lungenfunktion konnte im Verlauf der stationÃ¤ren Rehabilitation gesteigert werden, wie der Senat dem urkundsbeweislich zu verwertenden Entlassungsbericht entnimmt. Der Z hat korrespondierend hierzu in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft eine unter Therapie gebesserte Lungenfunktion und eine nur leichtgradige EinschrÃ¤nkung mit einem FEV1-Wert von 75 % beschrieben. Dementsprechend hat sich die KlÃ¤gerin bei diesem nach 2017 auch erst 2019

wieder vorgestellt, so dass noch nicht einmal eine fachÃ¤rztliche Behandlung erforderlich war. Soweit die Z1 einen schlechteren Lungenbefund angenommen hat, beziehen sich diese AusfÃ¼hrungen auf einen Zeitraum vor dem Untersuchungsbefund des Z und stehen im Widerspruch dazu, dass dieser gerade keine Befundverschlechterung objektivieren konnte. H1 hat daher versorgungsÃ¤rztlich fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend dargelegt, dass deren erhobene Befunde die Schlussfolgerungen und dementsprechend den Bewertungsvorschlag hinsichtlich des GdB nicht tragen. Daneben hat M1 versorgungsÃ¤rztlich, ebenfalls Ã¼berzeugend, herausgearbeitet, dass die VitalkapazitÃ¤t und die EinsekundenkapazitÃ¤t nicht um weniger als ein Drittel von den Referenzwerten abweichen. Es zeigte sich nur eine leichtgradige gemischte VentilationsstÃ¶rung und in der Fahrradergometrie wurde die 75-Watt-Stufe erreicht, ohne dass EinschrÃ¤nkungen von Seiten der Lungen oder des Herzens beschrieben worden sind. Vielmehr erfolgte der Abbruch wegen einer ErmÃ¼dung der Beine. Ein hÃ¶herer Teil-GdB als 30 ist daher weiterhin nicht begrÃ¼ndet.

Im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□, zu dem auch die WirbelsÃ¤ule zu rechnen ist, kommt, entgegen der EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen R, kein Teil-GdB von 20 in Betracht.
Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB fÃ¼r angeborene und erworbene SchÃ¤den an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die Ã¼blicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberÃ¼cksichtigt. AuÃ□ergewÃ¶hnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusÃ¤tzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkungen der Gelenke kÃ¶nnen schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei HaltungsschÃ¤den und/oder degenerativen VerÃ¤nderungen an GliedmaÃ□engelenken und an der WirbelsÃ¤ule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskulÃ¤re Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berÃ¼cksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte VerÃ¤nderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer GliedmaÃ□e oder an der WirbelsÃ¤ule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgefÃ¼hrt wurde, fÃ¼r sich allein nicht die Annahme eines GdB begrÃ¼nden. Bei den entzÃ¼ndlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen EinbuÃ□e die AktivitÃ¤t mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berÃ¼cksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den (einschlieÃ□lich BandscheibenschÃ¤den, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten â□□Postdiskotomiesyndromâ□□) primÃ¤r aus dem AusmaÃ□ der BewegungseinschrÃ¤nkung, der WirbelsÃ¤ulenverformung und -instabilitÃ¤t sowie aus der Anzahl der betroffenen WirbelsÃ¤ulenabschnitte. Der Begriff InstabilitÃ¤t beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden WeichteilverÃ¤nderungen

und Schmerzen. So genannte â□□WirbelsÃ¤ulensyndromeâ□□ (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) kÃ¶nnen bei InstabilitÃ¤t und bei Einengungen des Spinalkanals oder der ZwischenwirbellÃ¶cher auftreten. FÃ¼r die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekrÃ¤ftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde Ã¼ber einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall kÃ¶nnen die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprÃ¤gt sein.

WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den ohne BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t geringen Grades, seltene und kurz-dauernd auftretende leichte WirbelsÃ¤ulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t mittleren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Ã¼ber Tage andauernde WirbelsÃ¤ulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt vor (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t schweren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprÃ¤gte WirbelsÃ¤ulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung groÃ□er Teile der WirbelsÃ¤ule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei WirbelsÃ¤ulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70Â° nach Cobb]) erÃ¶ffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. SchlieÃ□lich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und StehunfÃ¤higkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende FunktionsstÃ¶rungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen â□□ oder auch die intermittierenden StÃ¶rungen bei der Spinalkanalstenose â□□ sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa AtemfunktionsstÃ¶rungen) sind zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen. Bei auÃ□ergewÃ¶hnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB Ã¼ber 30 in Betracht kommen.

Nach diesen MaÃ□stÃ¤ben ergeben sich auch aus dem SachverstÃ¤ndigengutachten des R keine wenigstens mittelgradigen FunktionseinschrÃ¤nkungen in wenigstens einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt.

Im Bereich der HWS hat der SachverstÃ¤ndige einen Kinn-Jugulum-Abstand von 2/17 cm befundet, eine Beweglichkeit fÃ¼r Flexion/Extension von 50-0-60Â° (Norm: 50 bis 70Â°-0-40 bis 50Â°), fÃ¼r die Seitneigung rechts/links von 35-0-30Â° (Norm: 30 bis 40Â°-0-30 bis 40Â°) und fÃ¼r die Rotation rechts/links von 70-0-75Â° (Norm: 60 bis 80Â°-0-60 bis 80Â°). Somit liegen maximal endgradige FunktionseinschrÃ¤nkung in zwei Bewegungsrichtungen vor, fÃ¼r die Rotation zeigt

sich eine Normalbeweglichkeit. Bei beschriebenen Druck- und Klopfschmerzen sind ausstrahlende Sensationen/Beschwerden verneint worden, sodass die von M beschriebene Tendenz zur Schmerzausstrahlung nicht bestÃ¤tigt worden ist. Im Ãbrigen hat dieser in seinen Befundberichten jeweils nur Verspannungen der HWS bei freier Beweglichkeit beschrieben und radikulÃ¤re AusfÃ¤lle verneint. Ebenso hat der Neurologe Dr. Roick einen unauffÃ¤lligen Befund an der HWS erhoben, einen Bandscheibenvorfall verneint sowie auf freie Wurzel- und SpinalkanÃ¤le verwiesen. Damit einhergehend hat M1 die MRT vom 18. Januar 2019 versorgungsÃ¤rztlich Ã¼berzeugend dahingehend ausgewertet, dass sich nur degenerative VerÃ¤nderungen ohne neurologische Ausfallerscheinungen gezeigt haben, wobei dabei zu berÃ¼cksichtigen ist, dass das radiologische Bild allein jedoch fÃ¼r die EinschÃ¤tzung des GdB nicht relevant ist (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.1).

Die Beweglichkeit der WirbelsÃ¤ule (BWS/LWS) ist fÃ¼r die Seitneigung mit 30-0-30Â° (Norm: 30 bis 40Â°-0-30 bis 40Â°) und fÃ¼r die Rotation mit 35-0-35Â° (Norm: 30 bis 50Â°-0-30 bis 50Â°) befundet worden, der Finger-Boden-Abstand lag bei 13 cm. Das Zeichen nach Ott ist mit 30:32,5 cm (Norm: 30:32 cm) bestimmt worden, sodass sich auch hier nur endgradige BewegungseinschrÃ¤nkungen zeigten. Lediglich das Zeichen nach Schober war mit 10:11,5 cm (Norm: 10:15cm) deutlicher eingeschrÃ¤nkt, rechtfertigt in der Gesamtschau der Befunde aber die Annahme mittelgradiger EinschrÃ¤nkungen ebenfalls nicht. Soweit der SachverstÃ¤ndige auf die radiologischen Befunde verweist, rechtfertigt sich hieraus keine andere Beurteilung, da diese nur zur Plausibilisierung von FunktionseinschrÃ¤nkungen heranzuziehen sind, aus dem radiologischen Befund selbst aber nicht auf die HÃ¶he des GdB zu schlieÃen ist (vgl. oben). Die Funktionsbefunde ergeben, wie R selbst einrÃ¤umt, im Wesentlichen nur leichtgradige EinschrÃ¤nkungen. Eine HÃ¶herbewertung ist auch nicht aufgrund der beklagten Schmerzen gerechtfertigt, die der SachverstÃ¤ndige ohnehin nur als latent, also nicht aktuell beschrieben hat. Abgesehen davon, dass die Ã¼blichen Schmerzen von der GdB-Bewertung bereits umfasst sind (vgl. VG, Teil A, Nr. 2i), hat der SachverstÃ¤ndige ein auÃergewÃ¶hnliches Schmerzsyndrom â wie aber erforderlich â nicht gesichert, vielmehr hÃ¤lt er es nur aufgrund der Grunderkrankungen einer Skoliose und der Osteochondrosen fÃ¼r wahrscheinlich. Im Vollbeweis gesichert hat er es nicht, im Ãbrigen hat deswegen bislang keine Behandlung in Anspruch genommen werden mÃ¼ssen. Im Ãbrigen fehlt es hierfÃ¼r auch an einem organischen Korrelat. Ein Teil-GdB von 20 ergibt sich somit nicht.

Im Funktionssystem âArmeâ ist ebenfalls kein Teil-GdB von 20 gegeben. Diesem Funktionssystem sind die geklagten Schulterprobleme zuzurechnen, wie sich schon aus der systematischen Stellung in den VG ergibt. Danach werden Schulterbeschwerden unter VG, Teil B, Nr. 18.13 und damit bei den âoberen GliedmaÃenâ bewertet (so auch Senatsurteile vom 18. Juli 2019 â L 6 SB 785/19 â, juris, Rz. 48 und vom 6. September 2018 ââÂ LÂ 6Â SBÂ 4262/17Â â, juris, Rz. 46) und nicht im Funktionssystem âRumpfâ, wie es R letztlich einordnet, wenn er die WirbelsÃ¤ulen- und Schulterbeschwerden zu einem âGesamt-GdBâ auf orthopÃ¤dischem Gebiet zusammenfasst.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 fÃ¼hrt eine BewegungseinschrÃ¤nkung des Schultergelenks (einschlieÃlich SchultergÃ¼rtel) mit einer nur bis 120Â° mÃ¶glichen Armhebung mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit zu einem GdB von 10, eine nur bis 90Â° mÃ¶gliche Armhebung mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit zu einem GdB von 20.
Nach den Feststellungen des SachverstÃ¤ndigen R lag die Beweglichkeit fÃ¼r die Hebung arm seitwÃ¤rts/kÃ¶rperwÃ¤rts rechts bei 120-0-25Â° und links bei 90-0-30Â°, die Beweglichkeit fÃ¼r die Armhebung rÃ¼ckwÃ¤rts/vorwÃ¤rts bei rechts 35-0-125Â° und links bei 30-0-100Â°. Bei anliegenden Oberarm lag die auswÃ¤rts-/einwÃ¤rts Drehung bei rechts 90-0-80Â° und links bei 90-0-70Â°sowie fÃ¼r die Bewegung kopfwÃ¤rts/fuÃwÃ¤rts bei 60-0-60Â° rechts und 50-0-50Â° links. Somit ergibt sich ein Normalbefund auf der rechten Seite und eine BewegungseinschrÃ¤nkung auf der linken Seite, die mit einem GdB von nicht mehr als 10 zu bewerten ist. Die Armhebung war der KlÃ¤gerin noch Ã¼ber 90Â° mÃ¶glich und die DrehfÃ¤higkeit nicht eingeschrÃ¤nkt. Der Umstand allein, dass an der linken Schulter eine Arthroskopie durchgefÃ¼hrt worden ist, rechtfertigt eine ErhÃ¶hung des GdB nicht, abgesehen davon, dass die lokalen VerhÃ¤ltnisse als reizlos und unauffÃ¤llig befundet worden sind.

Nachdem die von R mit fixiertem Schulterblatt erhobenen Messwerte eine GdB-EinschÃ¤tzung von 20 bereits nicht tragen, kommt es auf die Darlegungen des W nicht entscheidungserheblich an. Zwar dÃ¼rfte dieser zu Recht darauf hinweisen, dass die Beweglichkeit des SchultergÃ¼rtels nach den Bewertungsvorgaben der VG zu beurteilen ist und daher keine Messung bei fixiertem Schulterblatt zu erfolgen hat. Indessen hat W schlÃ¼ssig dargelegt, dass bei nicht fixiertem Schulterblatt noch bessere Messwerte der Beweglichkeit zu erwarten sind, woraus sich keine andere Beurteilung rechtfertigt. Lediglich ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass fÃ¼r eine solch bessere Beweglichkeit spricht, dass M die Armvorhebung links mit 170Â° und die Seithebung mit 180Â° befundet hat.

Letztlich ergeben sich im Funktionssystem âBeineâ keine GdB-relevanten GesundheitsstÃ¶rungen, wie sie auch von R letztlich nicht gesehen worden sind. Die HÃ¼ftgelenke sind mit einer Beweglichkeit rechts von 100-0-0Â° und links 105-0-0Â° nicht wenigstens geringgradig eingeschrÃ¤nkt (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14 [Streckung/Beugung 0-10-90Â° mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit]) und im Bereich der Kniegelenke zeigte sich ebenfalls mit einer Beweglichkeit von rechts 0-0-135Â° und links 0-0-140Â° keine wenigstens geringgradige BewegungseinschrÃ¤nkung (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14 [Streckung/Beugung bis 0-0-90Â°]). FÃ¼r eine GdB-relevante EinschrÃ¤nkung haben sich im Ãbrigen schon aus der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft des M keine tragfÃ¤higen Anhaltspunkte ergeben, nachdem dieser die Beweglichkeit der HÃ¼ftgelenke (beidseits) mit 130-0-0Â° und die der Kniegelenke (beidseits) mit 0-0-130Â° befundet hat. AusgeprÃ¤gte KnorpelschÃ¤den mit anhaltenden Reizerscheinungen sind ebenfalls nicht objektiviert, vielmehr hat R radiologisch nur eine Gonarthrose Grad I beschrieben.

Ein hÃ¶herer Gesamt-GdB als 40, wie ihn der Beklagte bereits festgestellt hat,

kommt daher angesichts der anzunehmenden Teil-GdB nicht in Betracht. Soweit R einen GdB auf orthopÃ¤dischem Gebiet bildet, wird dies den Bewertungsvorgaben der VG, die eine Bewertung nach Funktionssystemen fordern (vgl. VG, Teil A, Nr. 2e), schon nicht gerecht, abgesehen davon, dass die von ihm erhobenen Befunde die angenommenen Teil-GdB nicht rechtfertigen. FÃ¼r die GdB-EinschÃ¤tzung des G1 fehlt es schon an der Mitteilung irgendwelcher Funktionsbefunde, auf die sich diese stÃ¼tzen kÃ¶nnte. Darauf, dass der Bezug zu den VG gÃ¤nzlich fehlt, kommt es damit nicht entscheidungserheblich an.

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen haben dem Senat die fÃ¼r die richterliche Ãberzeugungsbildung notwendigen Grundlagen vermittelt. Insbesondere bestand keine Veranlassung zur weiteren Ermittlungen hinsichtlich der LungenfunktionseinschrÃ¤nkung, nachdem der behandelnde Z eine Verbesserung des Lungenbefundes, aber gerade keine Verschlechterung beschrieben hat und auch im Ãbrigen keinerlei Befunde gegeben sind, die auf eine solche hindeuten wÃ¼rden. Weitere Ermittlungen dahingehend ohne greifbare Anhaltspunkte stellen sich als Ausforschung des Sachverhaltes dar, die nicht geboten ist (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Oktober 2018 â B 9 V 20/18 B â, juris, Rz. 19).

Den Antrag, R gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zu den AusfÃ¼hrungen des W zu hÃ¶ren, hat der Senat abgelehnt. Die versorgungsÃ¤rztlichen Darlegungen beziehen sich in erster Linie auf die EinschÃ¤tzung des GdB und damit auf rechtliche, nicht aber medizinische Fragen, die durch den SachverstÃ¤ndigen zu beantworten wÃ¤ren. Dass die Beweglichkeit des Schultergelenks mit fixiertem Schulterblatt gemessen worden ist, hat R in seinem SachverstÃ¤ndigengutachten ausdrÃ¼cklich beschrieben, sodass dies durch das Gutachten selbst belegt ist bzw. bereits beantwortet ist, so dass eine erneute Befragung im Ergebnis auf eine wiederholte Beweiserhebung abzielt, auf die kein Anspruch besteht. Es ist nicht erkennbar, welchen Ã¼ber die Wiederholung der bereits vorliegenden ÃuÃerungen hinausreichenden Mehrwert die erneute Befragung haben soll (Senatsurteil vom 6. April 2017 â L 6 VJ 1281/15 â, juris, Rz. 73). Dass W, wohl zutreffend, darauf hinweist, dass dies den Bewertungsvorgaben der VG nicht entspricht, Ã¤ndert an der medizinischen Befunderhebung nichts. Abgesehen davon kommt es hierauf nicht entscheidungserheblich an, da W selbst ausfÃ¼hrt, dass sich unter Zugrundelegung der erhobenen Werte die â rechtliche â Bewertung des SachverstÃ¤ndigen R nicht rechtfertigt. Soweit er darÃ¼ber spekuliert, dass sich mit nicht fixiertem Schulterblatt noch bessere Messwerte ergeben dÃ¼rften, ist dies nicht entscheidungsrelevant.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des Â§Â 160Â Abs.Â 2Â SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 08.06.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024