S 1 SB 1127/18

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 1 SB 1127/18
Datum	05.08.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 2855/20
Datum	09.12.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5.Â August 2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der KlÃ¤ger begehrt â zum vierten Mal â die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 40.

Er ist 1969 geboren, hat nach der Hauptschule eine Ausbildung als Koch abgeschlossen und ist â wegen Bandscheibenproblemen â zum Industriekaufmann umgeschult worden. Er arbeitet in Vollzeit als Lagerist in einem Autohaus und ist vorwiegend fÃ¼r den Verkauf von Autoteilen und ZubehÃ¶r zustÃ¤ndig. Die TÃ¤tigkeit ist durch bevorzugt sitzende Arbeit am Schreibtisch und mit dem Computer geprÃ¤gt. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Seine Ehefrau ist halbtags berufstÃ¤tig. Er lebt in einem Eigenheim mit Garten, das er selbst versorgt. Hobbys sind FuÃballspielen, Ski- und Radfahren (vgl. Anamnese N).

Am 29. Dezember 2011 beantragte er bei dem Landratsamt R (LRA) erstmals die Feststellung des GdB. Zur Akte gelangte neben Befundberichten der Entlassungsbericht der Rklinik S Ã¼ber die in der Zeit vom 14. Juni bis 5. Juli 2011 durchgefÃ¼hrte stationÃ¤re Rehabilitation. Danach sei bei sequestriertem Bandscheibenvorfall L5/S1 links am 30. Mai 2011 eine Exzision der Bandscheibe perkutan endoskopisch erfolgt. Als Rehabilitationsziele wurden die Stabilisierung der WirbelsÃ¤ule, der Aufbau rumpfstabilisierender Muskulatur sowie eine Gang- und Haltungsschulung benannt. Bei der Abschlussuntersuchung habe der KlÃ¤ger noch Ã¼ber Missempfindungen im Bereich von D4 und D5 des linken FuÃes geklagt. Er sei Ã¼berwiegend schmerzfrei gewesen, eine Zunahme der Beweglichkeit der WirbelsÃ¤ule und eine Verbesserung der Koordination sowie des Gangbildes hÃ¤tten erreicht werden kÃ¶nnen. Das Zeichen nach Ott wurde mit 30:32 cm, das Zeichen nach Schober mit 10:13 cm und der Finger-Boden-Abstand (FBA) mit 30 cm angegeben.

A sah versorgungsÃ¤rztlich fÃ¼r den operierten Bandscheibenschaden einen GdB von 20, den das LRA mit Bescheid vom 14. MÃ¤rz 2012 ab dem 29. Dezember 2011 feststellte.

Am 18. Juli 2012 beantragte der KlÃ¤ger erstmals die Neufeststellung des GdB und legte den Befundbericht der Kkliniken R Ã¼ber die ambulante Behandlung am 10. April 2012 vor. Darin wurde eine Schmerzchronifizierung Stadium II nach dem Mainzer Stadienmodell beschrieben. Das Gangbild sei unauffÃ¤llig ohne Druckschmerz gewesen. Durch die Wurzelblockade S1 links sei es zu einer deutlichen Schmerzlinderung gekommen, die SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen hÃ¤tten abgenommen.

F sah versorgungsÃ¤rztlich einen weiteren Teil-GdB von 20 fÃ¼r das chronische Schmerzsyndrom und einen Gesamt-GdB von 30, den das LRA mit Bescheid vom 19. September 2012 seit dem 18. Juli 2012 feststellte.

Am 10. Oktober 2013 wurde wiederum die Neufeststellung des GdB und die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens â□□aGâ□□ (auÃergewÃ¶hnliche Gehbehinderung) beantragt. Vorgelegt wurde der Bericht des Uklinikums T Ã¼ber die ambulante Vorstellung am 25. Juni 2013 in der Schmerzambulanz. Danach habe ein guter Allgemein- und ErnÃ¤hrungszustand bestanden, die Kraft in beiden Beinen sei seitengleich, es bestehe kein Anhalt fÃ¼r eine Muskelatrophie des linken Beines. Es handele sich bei der geschilderten Symptomatik um ein chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Bandscheibenprolaps und operativer Versorgung im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS).

A sah zusÃ¤tzlich einen Teil-GdB von 10 fÃ¼r ein Bronchialasthma, hielt aber an der EinschÃ¤tzung des Gesamt-GdB mit 30 zunÃ¤chst fest. Nach Vorlage des Gutachtens der Gutachterkommission fÃ¼r Fragen Ã¤rztlicher Haftpflicht vom 1. August 2013, wonach kein medizinischer Behandlungsfehler habe festgestellt werden kÃ¶nnen, wurden keine neuen Gesichtspunkte gesehen, sodass das LRA den Neufeststellungsantrag und die Feststellung des Merkzeichens â□□aGâ□□ mit

Bescheid vom 17. Februar 2014 ablehnte.

Im Widerspruchsverfahren wurde der Bericht des Uklinikums T Ã¼ber die ambulante Vorstellung vom 28. November 2013 vorgelegt. Danach habe der KlÃ¤ger berichtet, durch den unerwarteten Tod seines Vaters vor 14 Tagen Ã□ngste vor der Dunkelheit und dem Alleinsein entwickelt zu haben. Er hÃ¶re immer wieder seine Mutter, die abends um 22:30 Uhr vor seiner TÃ¼r gerufen habe. Am Tag nach dem Tod des Vaters habe ihn eine Bekannte besucht und ihm von Suizidabsichten erzÃ¤hlt, was ihn zusÃ¤tzlich belastet habe. FrÃ¼her habe er nie psychische Probleme gehabt. Seit 2011 leide er unter chronischen Schmerzen im linken Bein. Es seien Ã□ngste, Anspannung und Intrusionen aufgetreten, die sich diagnostisch noch im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion bei vorbestehendem Schmerzsyndrom einordnen lieÃ□en. Eine Beratung hinsichtlich ambulanter TherapiemÃ¶glichkeiten sei erfolgt. Weiter gelangte der Bericht des S1 zur Akte, wonach es zu einem Spontanabgang eines Nieren- und Uretersteins gekommen sei. Seitdem sei der KlÃ¤ger schmerzfrei, urologisch bestehe kein Handlungsbedarf.

A fÃ¼hrte aus, dass alle Behinderungen erfasst und angemessen bewertet worden seien. Eine hÃ¶here Einstufung sei nicht zu begrÃ¼nden, fÃ¼r arterielle Verschlusskrankheiten und HÃ¼ftbeschwerden sei kein GdB anzunehmen. GestÃ¼tzt hierauf wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â□□ Landesversorgungsamt â□□ den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 2014 zurÃ¼ck.

Am 1. September 2015 beantragte er zum dritten Mal die Neufeststellung des GdB und verwies darauf, nunmehr im Asthma bronchiale Programm aufgenommen zu sein. Neben bereits aktenkundigen Unterlagen legte er den Befundbericht des Z Ã¼ber die Kontrolluntersuchung am 21. Oktober 2014 vor. Danach habe keine relevante Obstruktion oder Restriktion vorgelegen. Es bestÃ¼nden eine breite Sensibilisierung auf Pollen und auÃ□erhalb der Pollenflugzeit eine immer noch unterschwellige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t. In der aktuellen Situation werde bei Bedarf Salbutamol als Monotherapie vorgeschlagen.

Das LRA holte Befundscheine des S1 (rezidivierende Harnsteinbildung mit immer wieder auftretenden Koliken, eine Dauerprophylaxe mÃ¼sse in Betracht gezogen werden) und des Z (Asthma bronchiale vom Mischtyp) ein. A bewertete das Bronchialasthma weiterhin mit einem Teil-GdB von 10, berÃ¼cksichtigte zusÃ¤tzlich das Nierensteinleiden mit einem Teil-GdB von 20 und schÃ¤tzte den Gesamt-GdB auf 40 ein.

Mit Bescheid vom 26. November 2015 stellte das LRA einen GdB von 40 seit dem 1. September 2015 fest. Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â□□ Landesversorgungsamt â□□ nach versorgungsÃ¤rztlicher Stellungnahme des G (keine neuen Gesichtspunkte) mit Widerspruchsbescheid vom 30. September 2016 zurÃ¼ck.

Der vierte Antrag auf Neufeststellung wurde am 28. Februar 2017 gestellt und das Zertifikat Ã¼ber die Teilnahme an der strukturierten Asthma-Schulung vorgelegt, weiter der Bericht Ã¼ber die Kernspintomographie (MRT) des lumbalen

Spinalkanals vom 21. Dezember 2016. Danach habe sich eine krÃ¤ftige Prolapskomponente LWK 5/S1 mit Kompression gezeigt. Der B beschrieb nach ambulanter Untersuchung vom 17. Januar 2017 einen Bandscheibenvorfall LWK5/S1 ohne manifeste Paresen.
Das LRA zog den Abschlussbericht der R Therapie- und Analysezentrum GmbH Ã¼ber die ganztÃ¤gige ambulante Rehabilitation vom 24. April bis 19. Mai 2017 bei, aus dem sich ein vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen ergab. Der orientierende neurologische Befund bei der Abschlussuntersuchung habe dem bei der Aufnahmeuntersuchung entsprochen. Die WirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit sei im Vergleich zur Aufnahmeuntersuchung verbessert und nicht wesentlich eingeschrÃ¤nkt (Zeichen nach Ott 30:34 cm, Zeichen nach Schober 10:16 cm, Finger-Boden-Abstand [FBA] 10 cm) gewesen. Beim Fersengang sei rechts ein Ziehen in der Wade angegeben worden, alle Gangarten, also der Zehenspitzen- und Fersengang sowie der Einbeinstand seien beidseits sicher durchfÃ¼hrbar.

F hielt versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen EinschÃ¤tzung fest, sodass das LRA den Neufeststellungsantrag mit Bescheid vom 19. September 2017 ablehnte.

Im Widerspruchsverfahren legte der KlÃ¤ger das Protokoll des Landgerichts TÃ¼bingen (Az.: 8Â OÂ 7/14) Ã¼ber die mÃ¼ndliche Verhandlung im Verfahren gegen die Kkliniken R wegen der Behandlung in den Jahren 2011 und 2012 vor. Daraus ergab sich ein Widerrufsvergleich auf Zahlung von 500,00 â¬ an den KlÃ¤ger bei einem auf 10.000 â¬ festgesetzten Streitwert. Weiter wurde ein Blutdruckmessprotokoll vorgelegt.

N1 bewertete versorgungsÃ¤rztlich den operierten Bandscheibenschaden und die Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule nunmehr mit einem Teil-GdB von 30 und zusÃ¤tzlich einen Bluthochdruck mit einem Teil-GdB von 20, der Gesamt-GdB betrage weiter 40. Nachdem der KlÃ¤ger weitere, bereits aktenkundige, Befundberichte vorlegte, wies Z1 versorgungsÃ¤rztlich darauf hin, dass hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkungen sowie hÃ¤ufig rezidivierende andauernde und ausgeprÃ¤gte WirbelsÃ¤ulensyndrome bereits anerkannt seien.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 16. April 2018 zurÃ¼ck. GegenÃ¼ber den VerhÃ¤ltnissen, die dem Bescheid vom 26. November 2015 zu Grunde lagen, sei keine wesentliche Ã nderung eingetreten.

Am 9. Mai 2018 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben und den Bericht des Neurozentrums R Ã¼ber die Behandlung am 1. Februar 2018 (Z. n. Wurzelkompression S1 rechts) vorgelegt.

Zur weiteren SachaufklÃ¤rung hat das SG sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte der behandelnden Ã rzte erhoben.

Der S1 hat urologische GesundheitsstÃ¶rungen verneint und keinen GdB gesehen.

S3, Schmerzambulanz der UniversitÃ¤t T, hat ein chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom beschrieben. Die NervenschÃ¤digung der S1-Wurzel sei durch einen Bandscheibenvorfall 2011 entstanden. Die bisherige Behandlung habe zu einer Linderung Ã¼ber zwei bis drei Monate gefÃ¼hrt, wobei die Schmerzreduktion bei circa 20 % liege. Durch die Schmerzen sei eine psychische Erkrankung entstanden, wobei von einer leichten Depression auszugehen sei, die bei der Bewertung berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼sse. ErgÃ¤nzend sind Behandlungsberichte vorgelegt worden.

Der L hat bekundet, dass bezÃ¼glich des Schmerzzustandes ein wechselhaftes Schmerzbild bestehe. Eine Schmerzfreiheit sei nie komplett erreicht worden. Das Asthma bronchiale und der Bluthochdruck seien stabil. BezÃ¼glich des Nierensteinleidens komme es immer wieder zu schmerzhaften SteinabgÃ¤ngen. Eine mittlerweile depressive Grundstimmung infolge der chronischen Schmerzen zeichne sich ab. In einem GdB von 40 werde keine ausreichende WÃ¼rdigung des Gesundheitszustandes gesehen.

Weiterhin hat der KlÃ¤ger neben dem bereits aktenkundigen Protokoll Ã¼ber die mÃ¼ndliche Verhandlung bei dem Landgericht TÃ¼bingen das in diesem Verfahren erstattete neurochirurgische Fachgutachtung des U1 vom 3. November 2014 vorgelegt. Danach sei weder in der Indikationsstellung noch bei der Methodenwahl oder der DurchfÃ¼hrung der endoskopischen Operation am 30. Mai 2011 zur Entfernung eines sequestrierten Bandscheibenvorfalls in HÃ¶he L5/S1, noch bei der Indikationsstellung und technischen DurchfÃ¼hrung der Sympathicus-Blockade am 8. Mai 2012 ein Ã¤rztlicher Fehler festzustellen.

Letztlich ist der Entlassungsbericht des Uklinikums T Ã¼ber den teilstationÃ¤ren Aufenthalt in der Abteilung fÃ¼r psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 17. September bis 2. November 2018 zur Akte gelangt. Danach sei der KlÃ¤ger offen und freundlich im Kontakt gewesen, wach, bewusstseinsklar und voll orientiert. Im GesprÃ¤ch habe sich kein Anhalt fÃ¼r Aufmerksamkeits- und GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen gezeigt. Anamnestisch sei eine Minderung von Konzentration und GedÃ¤chtnis geklagt worden, weiter ein GrÃ¼beln bezÃ¼glich der gesundheitlichen und beruflichen Zukunft. Aufgrund unklarer thorakaler Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm sei eine Labor- und EKG-Diagnostik zum Ausschluss eines akuten Myokardsyndroms erfolgt. Hierbei habe sich ein unauffÃ¤lliges EKG ergeben. Aufgrund der hypertonen Blutdruckwerte sei die antihypertensive Medikation erhÃ¶ht worden.

AnschlieÃend hat das SG zunÃ¤chst die sachverstÃ¤ndige Zeugenauskunft der W erhoben, die eine zweimalige ambulante psychiatrische Behandlung beschrieben hat. Es bestehe eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit kÃ¶rperlichen und psychischen Faktoren. Der KlÃ¤ger berichte Ã¼ber Schmerzen und ErschÃ¶pfung. Eine EnttÃ¤uschung sei im Kontakt spÃ¼rbar gewesen. Es hÃ¤tten sich Hinweise auf Ã¤ngstliche und depressive Anteile gezeigt.

Weiterhin hat das SG das neurologisch-psychiatrische SachverstÃ¤ndigengutachten des N aufgrund ambulanter Untersuchungen am 7. Juni und 19. Juli 2019 erhoben.

Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, mit seiner Wohn- und Lebenssituation sehr zufrieden zu sein, das Einfamilienhaus stehe am Waldrand auf einem schÃ¶nen GrundstÃ¼ck. An Hobbys seien FuÃ□ballspielen, Ski- und Radfahren erwÃ¤hnt worden. Nach einem Rezidivbandscheibenvorfall sei er operiert worden. Postoperativ sei zunÃ¤chst der Hauptschmerz weg gewesen, allerdings hÃ¤tten weiterhin brennende Schmerzen im Bereich der linken FuÃ□sohle bestanden. Diese imponierten zum Teil bis heute. Nach dem plÃ¶tzlichen und unerwarteten Tod seines Vaters seien neben depressiven Verstimmungen auch AngstzustÃ¤nde aufgetreten. Er habe Klage erhoben, da er einen gewissen Schutz vor Arbeitslosigkeit haben wolle und sich auch das Mehr an Urlaub als sehr hilfreich vorstelle. Manchmal denke er, vielleicht in Zukunft nicht mehr arbeiten zu kÃ¶nnen und eventuell sogar auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein. Deshalb sei es auch eine angenehme Vorstellung, nicht mehr so lange arbeiten zu mÃ¼ssen. Hauptproblem seien die neuropathischen Schmerzen im Bereich der linken FuÃ□sohle. Diese seien quÃ¤lend und belastend. Hinzu kÃ¤men die Nierensteine, das Asthmaleiden und die psychische Verunsicherung mit leichter depressiver Verstimmung. Der Schlaf sei durch Schmerzen und GefÃ¼hlsstÃ¶rungen im Bereich der linken FuÃ□sohle gemindert. Es bestehe ein Dauerschmerz tagsÃ¼ber, die Beschwerden seien nach Angaben des KlÃ¤gers in der Begutachtungssituation besonders ausgeprÃ¤gt gewesen. Er kÃ¶nne keine lÃ¤ngeren Strecken mehr zu FuÃ□ gehen, lÃ¤ngeres Stehen sei beschwerlich und Schwimmen gehen kÃ¶nne er nicht mehr, weil der Wasserdruck von auÃ□en schon zu einer Schmerzzunahme fÃ¼hre. TagsÃ¼ber seien die Schmerzen etwas besser, da er durch die Arbeit abgelenkt sei. Abends und in Ruhe nÃ¤hmen sie erheblich zu. Motorisch habe sich eine leichte schmerzreflektorische Parese der FuÃ□senkung rechts gezeigt, ansonsten keine umschriebenen Paresen und keine signifikante Umfangsdifferenz im Bereich der Unterschenkel. Das Gangbild sei schwerfÃ¤llig und schmerzgeplagt gewesen. Ein Aufsetzen des linken FuÃ□es im AuÃ□enbereich sei vermieden worden. Psychisch habe sich ein spÃ¼rbarer Leidensdruck mit Blick auf die hartnÃ¤ckigen und quÃ¤lenden neuropathischen Schmerzen radikulÃ¤rer Natur gezeigt, die insbesondere im Bereich der linken vorderen FuÃ□sohle schwerpunktmÃ¤Ã□ig lokalisiert seien. Affektiv mache der KlÃ¤ger unter Medikation einen ernsten, bedrÃ¼ckten sowie leicht- bis mittelgradig depressiv verstimmt wirkenden Eindruck. Anhaltspunkte fÃ¼r StÃ¶rungen des Denkens und der Wahrnehmung hÃ¤tten sich nicht gezeigt, auch keine Hinweise auf kognitive BeeintrÃ¤chtigungen. Eine hÃ¶hergradige Antriebsminderung sei nicht spÃ¼rbar gewesen, subjektiv erlebe sich der KlÃ¤ger aber erheblich antriebsgemindert. Zusammenfassend hat der SachverstÃ¤ndige eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren bei chronifiziertem neuropathischen Schmerz beschrieben. Daneben bestehe eine mittelgradige depressive Episode vorwiegend reaktiver Genese vor dem Hintergrund des neuropathischen Schmerzsyndroms. Die Schmerzsymptomatik sei als sehr ausgeprÃ¤gt anzusehen, sodass daraus ein GdB von 50 folge. Die psychische BeeintrÃ¤chtigung in Form einer mittelgradigen depressiven Verstimmung, die seit lÃ¤ngerem bestehe, sei in diesem Wert berÃ¼cksichtigt. ErgÃ¤nzend hat er den Befundbericht des F1 vom 12. Juli 2019 vorgelegt. Danach erschwere der Leistungsanspruch an sich selbst und die bisher erfahrene WertschÃ¤tzung fÃ¼r seinen intensiven Arbeitseinsatz am Arbeitsplatz dem KlÃ¤ger eine konsequente VerhaltensÃ¤nderung. Er mÃ¼sse in

diesem Bereich weiter lernen, die Verantwortung fÃ¼r das eigene Wohlergehen selbst zu Ã¼bernehmen und seine Grenzen klar nach auÃen zu kommunizieren.
Â
Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten unter Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des R1 entgegengetreten. Der beschriebene Harnleiterstein stelle keine Behinderung dar, der als weitere Diagnose benannte Bluthochdruck rechtfertige keinen GdB von mindestens 10. Die psychische StÃ¶rung mit chronischer Schmerzerkrankung habe nicht zu dauernden mindestens mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gefÃ¼hrt. Der KlÃ¤ger befinde sich im Arbeitsprozess, es bestehe ein normales Familienleben und darÃ¼ber hinaus gehe er Hobby wie FuÃballspielen, Ski- und Radfahren nach. Bei der Begutachtung habe er geÃ¤uÃert, dass er mit seiner Wohn- und Lebenssituation sehr zufrieden sei.

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 5. August 2020 hat das SG die Klage abgewiesen, da der GdB mit 40 zutreffend bewertet sei. Im Vordergrund stehe das chronische Schmerzsyndrom, das nach der Operation des Bandscheibenvorfalls aufgetreten sei. Aus diesem habe sich eine depressive Verstimmung entwickelt, die als leicht- bis mittelgradig zu bewerten sei. Auf den SachverstÃ¤ndigen N habe der KlÃ¤ger einen ernsten, bedrÃ¼ckten, gegenwÃ¤rtig leicht- bis mittelgradig depressiv verstimmt wirkenden Eindruck gemacht. FÃ¼r StÃ¶rungen des Denkens und der Wahrnehmung habe sich ebenso wenig ein Anhalt gefunden wie Hinweise auf kognitive BeeintrÃ¤chtigungen. Eine hÃ¶hergradige Antriebsminderung sei nicht spÃ¼rbar gewesen. Die depressive Verstimmung sei als leichtgradig anzusehen. Auch zusammen mit der chronischen SchmerzstÃ¶rung werde die Teilhabe nicht ein einem solchen MaÃ beeintrÃ¤chtigt, dass von einer schweren StÃ¶rung gesprochen werden kÃ¶nnen. Das AusmaÃ einer schweren StÃ¶rung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten werde nicht erreicht. Die BeeintrÃ¤chtigungen durch das Nierensteinleiden seien mit einem Teil-GdB von 20 keinesfalls zu hoch bewertet. Der Bluthochdruck kÃ¶nne allenfalls mit einem Teil-GdB von 10 bewertet werden, nachdem insbesondere eine wesentliche BeeintrÃ¤chtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht nachgewiesen sei. Das Bronchialasthma fÃ¼hre nur zu einer geringgradigen FunktionsbeeintrÃ¤chtigung. Ausgehend von einem Teil-GdB von 40 fÃ¼r die chronische SchmerzstÃ¶rung und die depressive Verstimmung ergebe sich kein hÃ¶herer Gesamt-GdB, da das Nierensteinleiden eine weitere ErhÃ¶hung nicht rechtfertige, da der vom Beklagten angenommene Teil-GdB von 20 hierfÃ¼r bereits groÃzÃ¼gig bemessen sei.

Am 8. September 2020 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Das SG habe fehlerhaft angenommen, dass nur eine leichtgradige depressive Episode bestehe. Die GesundheitsstÃ¶rungen seien ausschlieÃlich auf der Grundlage medizinischen Fachwissens festzustellen und dem Gericht sei es verwehrt, eigene Ãberlegungen zu den GesundheitsstÃ¶rungen und dem Schweregrad an die Stelle der Ã¤rztlichen Feststellungen zu setzen. Die Ãberlegungen seien weiter medizinisch unzutreffend, da sie von N referierten Angaben sich nur auf die Ã¤uÃeren LebensverhÃ¤ltnisse, aber nicht darauf bezÃ¶gen, dass nach den Stellungnahmen aller behandelnden Ãrzte stÃ¤ndig rund

um die Uhr teilweise heftigste Schmerzen bestÃ¼nden, die zu einem Verlust von Lebensfreude, ZermÃ¼rbung, Ein- und DurchschlafstÃ¶rungen, KonzentrationsstÃ¶rungen u.v.m. fÃ¼hrten. Die NervensensibilitÃ¤t an den FÃ¼Ã□en sei sicherlich vergleichbar mit dem Gesicht, weil in den FÃ¼Ã□en, wie im Gesicht, viele sensible Nerven vorhanden seien. Neuralgien im Gesichtsbereich wÃ¼rden bei schwerer AusprÃ¤gung mit einem GdB von 50 bis 60 bewertet. Die depressive Episode sei Folge der SchmerzstÃ¶rung, sodass die psychische Erkrankung ihre Ursache in der neurologischen Erkrankung habe und deshalb letztere maÃ□gebend fÃ¼r die EinschÃ¤tzung des GdB sei.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5. August 2020 sowie den Bescheid vom 19.Â September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. April 2018 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 26. November 2015 einen Grad der Behinderung von 50 seit dem 28. Februar 2017 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung. Da Schmerzen immer psychische Auswirkungen hÃ¤tten, mÃ¼sse eine entsprechende Bewertung im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ erfolgen. Danach entspreche ein GdB von 50 schweren psychischen StÃ¶rungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Ein solch vergleichbarer Zustand bestehe beim KlÃ¤ger keinesfalls. Er sei berufstÃ¤tig, fÃ¼hre ein normales Familienleben und gehe Hobbys nach. Die Bewertung mit einem Teil-GdB von 40 sei maximal.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats 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 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§Â 124Â Abs.Â 2Â SGG) ist statthaft (Â§Â§Â 143, 144 SGG) und auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 5. August 2020, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB unter Aufhebung des Bescheides vom 19. September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 16. April 2018 sowie teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 26. November

2015 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 B 6 KA 34/08 â, juris, Rz. 26; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13.Â Aufl. 2020, Â§ 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 19. September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. April 2018 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Er kann die Neufeststellung des GdB nicht beanspruchen, da sich auch der Senat nicht davon Ã¼berzeugen konnte, dass eine wesentliche Ãnderung in den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen eingetreten ist. Der GdB-Bewertung des SachverstÃ¤ndigen N2 kann sich der Senat, ebenso wie das SG, nicht anschlieÃen.

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 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. Nach Ãberzeugung des Senats ist in den gesundheitlichen VerhÃ¤ltnissen des KlÃ¤gers gegenÃ¼ber dem maÃgebenden Vergleichsbescheid vom 26. November 2015 keine wesentliche Ãnderung in den VerhÃ¤ltnissen eingetreten, die eine Neufeststellung des GdB rechtfertigt.

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§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§Â 152Â Abs.Â 1Â SatzÂ 5Â SGBÂ 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§Â 153Â Abs.Â 2Â SGBÂ IX). Nachdem noch keine Verordnung nach Â§Â 153Â Abs.Â 2Â SGB IX erlassen ist, gelten die MaÃstÃ¤be des Â§Â 30Â Abs.Â 1Â BVG und der aufgrund des Â§Â 30Â Abs.Â 16Â BVG erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1.Â JanuarÂ 2009 in Kraft getretene Verordnung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, des Â§Â 30Â Abs.Â 1 und des Â§Â 35Â Abs.Â 1Â BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung â VersMedV) vom 10.Â DezemberÂ 2008 (BGBl I S. 2412), entsprechend (Â§Â 241Â Abs.Â 5Â SGBÂ 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§Â 2Â VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31.Â DezemberÂ 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§Â 30Â Nr.Â 22). Hierdurch wird eine fÃ¼r den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermÃ¶glicht.

Soweit der Antrag sich auf den Zeitraum vor dem 1. Januar 2018 bezieht, richtet sich der Anspruch nach den in diesem Zeitraum geltenden gesetzlichen Vorgaben (vgl. Â§Â§Â 69Â SGBÂ IXÂ ff.Â a. F.), nach denen ebenso fÃ¼r die Bewertung des GdB die VersMedV und die VG die maÃgebenden Beurteilungsgrundlagen waren.

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§Â 152Â Abs.Â 3Â SGBÂ 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¶Ãer 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 GliedmaÃen 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 AusmaÃes 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 AusmaÃes der Behinderung zu

schlieÃen.

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 Â BÂ 9Â SBÂ 1/03Â RÂ 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 ausschlieÃlich 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.Â DezemberÂ 2010 â Â BÂ 9Â SBÂ 35/10Â BÂ 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 (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 Ãberzeugung des Senats fest, dass der GdB mit 40 auch weiterhin nicht rechtswidrig zu niedrig bewertet ist.

Die vorwiegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen des KlÃ¤gers sind zwar durch das WirbelsÃ¤ulenleiden und die operative Entfernung des Bandscheibenvorfalls verursacht, fÃ¼hren indessen im Funktionssystem âRumpfâ zu keinem Teil-GdB von wenigstens 20.

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. AuÃergewÃ¶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 GliedmaÃengelenken 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 GliedmaÃe 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 EinbuÃe 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 (einschlieÃlich 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 groÃer 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. SchlieÃlich 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 auÃergewÃ¶hnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB Ã¼ber 30 in Betracht kommen.

Nach diesen MaÃstÃ¤ben liegen wenigstens mittelgradige funktionelle EinschrÃ¤nkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt nicht vor. Vielmehr bestehen bei dem KlÃ¤ger im Bereich der WirbelsÃ¤ule nur leichte BewegungseinschrÃ¤nkungen, wie der Senat im Rehabilitationsentlassungsbericht aus 2017 entnimmt, den er im Wege des Urkundsbeweises (Â§ 118 SGG i.Â V.Â m. Â§Â§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]) verwertet. Danach lag das Zeichen nach Ott fÃ¼r die Beweglichkeit der BrustwirbelsÃ¤ule bei 30:34 cm und das Zeichen nach Schober fÃ¼r die Beweglichkeit der LendenwirbelsÃ¤ule bei 10:16 cm, sodass jeweils Normalbefunde gegeben waren. Passend hierzu ist der FBA mit 10 cm bestimmt worden. Der B hat unter BerÃ¼cksichtigung des Ergebnisses der MRT nur einen kleinen Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts beschrieben. Neurologische AusfÃ¤lle hat er ebenso verneint wie manifeste Paresen. Der SachverstÃ¤ndige N konnte nur eine leichte schmerzreflektorische Parese der FuÃsenkung objektivieren. Umschriebene Paresen verneint auch er ausdrÃ¼cklich und hat keine Umfangsdifferenz im Bereich der Unterschenkel feststellen kÃ¶nnen, sodass ein relevanter Mindergebrauch der unteren ExtremitÃ¤ten nicht belegt ist.

Aus Vorstehendem folgt gleichzeitig, dass im Funktionssystem â Beineâ kein Teil-GdB berÃ¼cksichtigt werden kann. Soweit der KlÃ¤ger der Rechtsauffassung ist, die Vorgaben der VG, Teil B, Nr. 2.2 zur Bewertung der Gesichtsneuralgien, wonach solche schwere einen GdB von 50 bis 60 ergÃ¤ben, seien entsprechend heranzuziehen, entbehrt dieser Vergleich jeder nachvollziehbaren Grundlage. Vielmehr sind nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 nicht nur vollstÃ¤ndige NervenausfÃ¤lle der unteren GliedmaÃen in diesem Funktionssystem zu bewerten, sondern es besteht auch keine RegelungslÃ¼cke, die allenfalls eine analoge Heranziehung rechtfertigen kÃ¶nnte. Danach fÃ¼hrt nur ein Komplettausfall den Nervus ischiadicus distal zu einem GdB von 50 und eine vÃ¶llige GebrauchsunfÃ¤higkeit eines Beines zu einem GdB von 80. Ein solch vollstÃ¤ndiger Ausfall ist bei dem KlÃ¤ger ebenso wenig gegeben, wie ein â geringer zu bewertender â Teilausfall eines Nervens. Vielmehr bestehen nach den Feststellungen des SachverstÃ¤ndigen N (vgl. oben) keine umschriebenen Paresen, sondern nur eine leichte schmerzreflektorische Parese der FuÃsenkung.
Die solchermaÃen bestehenden FunktionseinschrÃ¤nkungen wirken sich vor diesem Hintergrund einzig im Funktionssystem â Gehirn einschlieÃlich Psycheâ aus und sind dort zu bewerten, aber mit dem vom Beklagten angenommenen Teil-GdB von 40 nicht zu niedrig eingestellt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 bedingen Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer StÃ¶rungen einen GdB von 0 bis 20, stÃ¤rkere StÃ¶rungen mit wesentlicher

EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit (z.Â B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere StÃ¶rungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische StÃ¶rung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, kÃ¶rperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhÃ¤ngigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen StÃ¶rungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 â□□Â BÂ 9Â VÂ 12/17Â BÂ â□□, juris, Rz. 2). Dabei ist fÃ¼r die GdB-Bewertung, da diese die Einbuâ□□en in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maâ□□geblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 â□□Â LÂ 6Â VHÂ 2746/15Â â□□, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wÃ¼rdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine â□□wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeitâ□□ meint schon begrifflich eher EinschrÃ¤nkungen in der inneren GefÃ¼hlswelt, wÃ¤hrend StÃ¶rungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der â□□sozialen Anpassungsschwierigkeitenâ□□ fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die StÃ¤rke des empfundenen Leidensdrucks Ã¤uâ□□ert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maâ□□geblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender Ã¤rztlicher Behandlung in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden Ã¼ber eine leichtere psychische StÃ¶rung hinausgeht und bereits eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung im Sinne der GdB-BewertungsgrundsÃ¤tze darstellt (vgl. Senatsurteil vom 22. Februar 2018 â□□Â LÂ 6Â SBÂ 4718/16Â â□□, juris Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. Dezember â□□Â LÂ 8Â SBÂ 1549/10Â â□□, juris, Rz. 31).

Hiervon ausgehend kann zwar von einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit ausgegangen werden, die aber bereits die AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens nicht rechtfertigt. Der SachverstÃ¤ndige N hat fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren beschrieben, die zu einer depressiven Episode reaktiver Genese gefÃ¼hrt hat. Seiner daraus gezogenen â□□ rechtlichen â□□ Schlussfolgerung, dass der Teil-GdB mit 50 einzuschÃ¤tzen sei, folgt der Senat hingegen nicht. Die Annahme einer schweren StÃ¶rung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten rechtfertigt sich aus dem von ihm erhobenen Befund nicht, wie R1 versorgungsÃ¤rztlich schlÃ¼ssig eingewandt hat. N hat den KlÃ¤ger lediglich als leicht- bis mittelgradig depressiv verstimmt wirkend beschrieben. Es zeigten sich keine StÃ¶rungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie keine Hinweise auf kognitive BeeintrÃ¤chtigungen. Die subjektiv geklagte Antriebsminderung konnte

von ihm nicht objektiviert werden, vielmehr beschreibt er, dass keine hÃ¶hergradige Antriebsminderung spÃ¼rbar gewesen ist. Passend hierzu hat S3, Schmerzambulanz der Uklinik T, nur eine leichte Depression gesehen. Soweit nach dem Tod des Vaters aktenkundig Ã□ngste beschrieben worden sind, wurden diese vom Uklinikum T als akute Belastungsreaktion eingeordnet, indessen nicht als dauerhafte BeeintrÃ¤chtigungen. Im Ã□brigen hat der SachverstÃ¤ndige erhoben, dass der KlÃ¤ger Ã¼ber eine zufriedenstellende Wohn- und Lebenssituation berichtet und als Hobbys FuÃ□ballspielen, Radfahrer und Skifahren beschrieben hat. Daneben geht er einer vollschichtigen ErwerbstÃ¤tigkeit nach, sodass sich keine Anhaltspunkte dafÃ¼r ergeben, dass der KlÃ¤ger in der FÃ¤higkeit zur Strukturierung des Alltags und der Freizeitgestaltung so relevant eingeschrÃ¤nkt ist, dass die AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung gerechtfertigt wÃ¤re. Passend hierzu hat der KlÃ¤ger selbst angegeben, dass sich die Schmerzen unter Ablenkung besserten. Die Befunde des N korrespondieren mit dem Entlassungsbericht des Uklinikums T (stationÃ¤rer Aufenthalt vom 19. September bis 2. November 2018), den der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet. Danach war der KlÃ¤ger freundlich und offen im Kontakt, dabei wach, bewusstseinsklar und voll orientiert. Im GesprÃ¤ch zeigten sich keine Aufmerksamkeits- und GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen sowie kein Anhalt fÃ¼r formale DenkstÃ¶rungen. Bei erhaltener SchwingungsfÃ¤higkeit ist die Stimmung nur bei der Schilderung der Beschwerdesymptomatik als gedrÃ¼ckt beschrieben worden, Antrieb und Psychomotorik waren regelrecht. Eine hÃ¶here Bewertung des Teil-GdB als mit 30 kommt daher nicht in Betracht.

Im Funktionssystem â□□Harnorganeâ□□ ist kein hÃ¶herer Teil-GdB als 10 fÃ¼r das Nierensteinleiden (vgl. VG, Teil B, Nr. 12.1.1) gegeben, nachdem der S1 in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft fortdauernde GesundheitsstÃ¶rungen auf seinem Fachgebiet verneint und keine GdB-relevanz gesehen hat.

Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Atmungâ□□ ist nicht mit mehr als 10 zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 ist ein Bronchialasthma ohne dauernde EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion bei einer HyperreagibilitÃ¤t mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten AnfÃ¤llen mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten. Nach dem Befundbericht des Z konnte bei dem KlÃ¤ger keine relevante Obstruktion oder Restriktion objektiviert werden. Beschrieben wird eine breite Sensibilisierung auf Pollen und eine auÃ□erhalb der Pollensaison noch unterschwellige bronchiale HyperreagibilitÃ¤t. Eine wesentliche BefundÃ¤nderung ist nicht gegeben, nachdem Z bei seiner Untersuchung 2016 einen entsprechenden Befund erhoben und der L in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft das Asthma als stabil beschrieben hat. Ein hÃ¶herer Teil-GdB als 10, wie ihn versorgungÃ¤rztlich auch A gesehen hat, kommt daher nicht in Betracht.

Ebenso besteht kein hÃ¶herer Teil-GdB als 10 im Funktionssystem â□□Herz und Kreislaufâ□□, da keine mittelschwere Form des Bluthochdrucks mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades vorliegt, die mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten wÃ¤re (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.3). Vielmehr entnimmt der Senat dem Entlassungsbericht des Uklinikums T, dass der Bluthochdruck medikamentÃ¶s eingestellt werden konnte. Der diastolische Blutdruck lag im Mittel deutlich unter

100 mmHg. Die handschriftlichen Aufzeichnungen des KlÃ¤gers, die er im Widerspruchsverfahren vorgelegt hat, bestÃ¤tigen dies. Soweit im Uklinikum T Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm gegeben wurden, hat durch die Labor- und EKG-Diagnostik ein akutes Myokardsyndrom ausgeschlossen werden kÃ¶nnen und das EKG war unauffÃ¤llig.

Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ entspricht somit dem Gesamt-GdB und ist mit 40 nicht rechtswidrig zu niedrig festgestellt. Die weiteren anzunehmenden Teil-GdB von jeweils maximal 10 erhÃ¶hen den Gesamt-GdB nicht (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee).

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.

Â

Erstellt am: 12.07.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024