S 10 SB 321/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Eine Entstellung kann eine für die Bewertung des Grades der Behinderung relevante Teilhabebeeinträchtigung darstellen. 2. Im Schwerbehindertenrecht sind die vom BSG zum Krankenversicherungsrecht entwickelten Grundsätze, wann eine Entstellung anzunehmen ist, entsprechend anzuwenden.
Normenkette	SGB 9 § 152 VG Teil B Nr 17.2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 SB 321/20
Datum	13.04.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 1696/21
Datum	21.07.2022

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung des KlÃ¤gers wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. April 2021 abgeÃ¤ndert.

Der Beklagte wird verpflichtet, unter weiterer AbÃ¤nderung des Bescheides vom 23. Juli 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2019 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 2. Dezember 2013, bei dem KlÃ¤ger einen Grad der Behinderung von 60 seit dem 4. April 2019 festzustellen.

Die auÃergerichtlichen Kosten des KlÃ¤gers in beiden Instanzen hat der

Beklagte zu tragen.

Tatbestand

Der KlÃ¤ger begehrt die hÃ¶here Neufeststellung des Grades der Behinderung mit mehr als 40.

Er ist 1957 geboren, hat nach dem Abitur ein Maschinenbaustudium abgeschlossen und war nach einer TÃ¤tigkeit bei der P AG seit 1993 als Berufsschullehrer tÃ¤tig. Zwischenzeitlich ist er pensioniert. Er lebt von seiner Ehefrau getrennt, hat zwei volljÃ¤hrige Kinder und bewohnt alleine ein Eigenheim, das von ihm selbst versorgt wird (Anamnese BG N Reha-Klinik).

Am 22. April 2013 beantragte er bei dem Landratsamt K (LRA) erstmals die Feststellung des GdB.

Das LRA zog den Entlassungsbericht der BG N Reha-Klinik Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 8. November bis 6. Dezember 2012 bei (Diagnosen: V. a. leichte depressive Episode, HWS-Syndrom bei Z. n. Bandscheibenvorfall, LWS-Syndrom bei BandscheibenvorwÃ¶lbung, Tinnitus aurium, V. a. psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten).

Der W gab in seinem Befundschein an, den KlÃ¤ger zuletzt 2011 behandelt zu haben, nachdem dieser angegeben habe, durch ein extrem lautes GerÃ¤usch eines Schlagbohrers eine HÃ¶rminderung erlitten zu haben. Es sei eine Infusion mit 250 mg Prednisolut in absteigender Dosis durchgefÃ¼hrt worden, im Anschluss sei keine Wiedervorstellung erfolgt.

Nachdem H versorgungsÃ¤rztlich nur FunktionseinschrÃ¤nkungen sah, die mit Teil-GdB von je 10 zu bewerten seien, lehnte das LRA den Antrag mit Bescheid vom 5. August 2013 ab, da kein GdB von wenigstens 20 vorliege.

Im Widerspruchsverfahren erhob das LRA den Befundschein des L. Dieser beschrieb eine mit Ãngsten verbundene depressive Symptomatik. Diese verstÃ¤rke sich mit erheblichen SchlafstÃ¶rungen, Atemproblemen, Unruhe, Ãbelkeit und psychosomatischen Beschwerden, vor allem dann, wenn der KlÃ¤ger seine TÃ¤tigkeit als Lehrer an der Berufsschule ausÃ¼be. Seit einigen Monaten komme ein GefÃ¼hl eines inneren Ausgelaugtseins und Niedergeschlagenheit hinzu. Die Beschwerden hÃ¤tten im Laufe der Psychotherapie zwar nachgelassen, bestÃ¼nden aber in etwas verminderter Form weiter fort. Der KlÃ¤ger lebe allein, habe Kontakt zu seinen beiden Kindern. Insgesamt erscheine er ausreichend sozial integriert, wenn es auch immer wieder zu Phasen von RÃ¼ckzug komme. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung finde im wÃ¶chentlichen Rhythmus statt.
S fÃ¼hrte hierzu versorgungsÃ¤rztlich aus, dass nunmehr von einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung ausgegangen werden kÃ¶nne, die mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten sei.

Mit Teilabhilfe-Bescheid vom 2. Dezember 2013 stellte das LRA dem folgend einen GdB von 30 seit dem 1. September 2012 fest.

Den Widerspruch im Ãbrigen wies das RegierungsprÃ¤sidium Stuttgart â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2014 zurÃ¼ck.

Am 4. April 2019 beantragte der KlÃ¤ger bei dem LRA die Neufeststellung des GdB und legte das Attest des L vor. Dieser gab an, dass der KlÃ¤ger an einer depressiven Symptomatik leide, die mit wechselnd starken Ãngsten verbunden sei. Wesentlich fÃ¼r das jetzt verstÃ¤rkte Auftreten der Beschwerden sei ein hereditÃ¤res AngioÃ¶dem (Haut- und Schleimhautschwellungen in unterschiedlichen KÃ¶rperregionen), eine seltene Erbkrankheit. Hierdurch werde die vorbestehende rezidivierende Depression, wegen der 2018 eine stationÃ¤re psychosomatische Behandlung stattgefunden habe, verstÃ¤rkt.

Das LRA zog den Entlassungsbericht der Klinik J Ã¼ber die in der Zeit vom 8.Â bis 30. MÃ¤rz 2018 durchgefÃ¼hrte stationÃ¤re Rehabilitation bei. Darin wurde zum Entlassungsbefund ausgefÃ¼hrt, dass sich unter der stationÃ¤ren Behandlung die depressive Symptomatik deutlich reduziert habe, die chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren sei nahezu remittiert. Die Stimmung habe sich aufgehellt und sei stabil, der KlÃ¤ger sei affektiv besser schwingungsfÃ¤hig und emotional ausgeglichener gewesen. KÃ¶rperlich habe ein weiterhin harmonisches Gangbild ohne sensomotorische AusfÃ¤lle bestanden, die gesamte WirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit sei frei gewesen, der Finger-Boden-Abstand habe bei 0 cm gelegen.
Der Entlassungsbericht des StÃ¤dtischen Klinikums K Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 19. bis 21. Oktober 2019 beschrieb eine placebokontrollierte Provokationstestung bei geklagter zunehmender Zungen- und Rachenschwellung.

Z fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass nur eine Tenorerweiterung empfohlen und zusÃ¤tzlich eine somatoforme SchmerzstÃ¶rung anerkannt werden kÃ¶nne. Das hereditÃ¤re AngioÃ¶dem fÃ¼hre zu keinem Teil-GdB von wenigstens 10. Eine wesentliche oder anhaltende Verschlechterung der bekannten Behinderungen lasse sich nicht begrÃ¼nden.

Den Neufeststellungsantrag lehnte das LRA daraufhin mit Bescheid vom 23. Juli 2019 ab, da eine wesentliche Änderung, die eine HÃ¶herbewertung des GdB rechtfertige, nicht vorliege.

Im Widerspruchsverfahren legte der KlÃ¤ger den Bericht des B, Johannes-Gutenberg-UniversitÃ¤t M, Ã¼ber seine ambulante Vorstellung am 19. Juni 2018 vor. Dieser fÃ¼hrte aus, dass bei dem KlÃ¤ger ein hereditÃ¤res AngioÃ¶dem bestehe, das jedoch nicht durch einen C1-Inhibitor-Mangel bedingt sei. Die genetische Untersuchung habe eine HAE-spezifische Mutation im Plasminogen-Gen ergeben. Zur Behandlung dieser seltenen Krankheit seien Antihistaminika und sicherlich auch Kortikosteroide nicht wirksam. Da es sich um ein Bradykinin-vermitteltes AngioÃ¶dem handele, sei â Firazyrâ zur Behandlung akuter Schwellungen

auÃerordentlich wirksam. Bei Atemwegsbeteiligung oder isoliertem LarynxÃ¶dem sei eine klinisch-stationÃ¤re Ãberwachung des KlÃ¤gers trotzdem erforderlich. Zu meiden seien ACE-Hemmer, da diese eine VerstÃ¤rkung der Symptomatik erwarten lieÃen. Um Patienten mit einem Risiko dieser unberechenbaren und potentiell lebensbedrohlichen Krankheit zu identifizieren, sei eine Untersuchung von Blutsverwandten durchzufÃ¼hren.

S1 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass zusÃ¤tzlich eine psychovegetative StÃ¶rung aufgenommen werde. Das hereditÃ¤re AngioÃ¶dem werde mit einem Teil-GdB von 20 neu tenoriert, beides ohne Auswirkungen auf den Gesamt-GdB.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium Stuttgart â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2019 zurÃ¼ck. Als weitere FunktionsbeeintrÃ¤chtigung liege ein hereditÃ¤res AngioÃ¶dem vor, das einen Teil-GdB von 20 bedinge. Hierdurch komme es zu keiner wesentlichen Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung, sodass sich kein hÃ¶herer Gesamt-GdB ergebe. Die psychische Erkrankung sei als stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit bewertet worden, eine schwere StÃ¶rung, die eine hÃ¶here Einstufung erlaube, liege nicht vor.

Am 20. Januar 2020 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben, welches zur weiteren SachaufklÃ¤rung sachverstÃ¤ndige Zeugenaussagen der behandelnden Ãrzte eingeholt hat.

F hat mitgeteilt, dass eine wesentliche Verschlimmerung des Quincke-Ãdems eingetreten sei. Dieses mÃ¼sse ebenso hÃ¶her bewertet werden wie die HyperurikÃ¤mie mit rezidivierender Gelenkschwellung.

L hat bekundet, dass der KlÃ¤ger an einer depressiven Symptomatik leide, die mit wechselnd starken Ãngsten verbunden sei. Wesentlich fÃ¼r das verstÃ¤rkte Wiederauftreten sei das bestehende hereditÃ¤ren AngioÃ¶dem. Der KlÃ¤ger leide unter einer Form, die zu lebensbedrohlichen Schwellungen im Bereich der oberen Atemwege fÃ¼hren kÃ¶nne. Solche Attacken, die im Durchschnitt zweimal pro Monat auftrÃ¤ten, fÃ¼hrten zu einem hohen Grad an Verunsicherung, es komme zu Panikattacken. Weiterhin bestehe ein Tinnitus, der vor in allem in depressiven Phasen eine quÃ¤lende QualitÃ¤t habe. Im psychischen Befund wesentlich seien immer wieder auftretende Stimmungsschwankungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- wie SchlafstÃ¶rungen, aggressive DurchbrÃ¼che mit selbstverletzenden Aktionen, die in labilen Phasen nur schwer zu kontrollieren seien. Der versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzung sei nicht zu folgen, der GdB mÃ¼sse hÃ¶her eingeschÃ¤tzt werden.

K1 hat beschrieben, dass es im Verlauf der Behandlung bei dem KlÃ¤ger zu einer Schmerzzunahme sowohl lumbal als auch zu einer zunehmenden BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS sowie des Schultergelenks rechts gekommen sei. Das chronische Schmerzsyndrom sei mit einem GdB von 30 zu bewerten, ebenso die Depression und die VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule. Sowohl der

psychovegetative Gesamtbefund als auch das AusmaÃ□ der chronifizierten Schmerzsymptomatik mit dem Stadium II nach Gerbershagen hÃ¤tten eine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren. ErgÃ¤nzend hat er den Befundbericht Ã¼ber die MRT der HWS und BWS vom 14. Juli 2018 (K2) und der MRT der LWS vom 19. Dezember 2017 (K3) sowie den Befundbericht des D Ã¼ber die ambulante Untersuchung vom 25. Juli 2018 (kein sicherer Hinweis fÃ¼r ein Karpaltunnelsyndrom links) vorgelegt.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme des H vorgelegt. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, dass sich der orthopÃ¤dische GdB-Vorschlag von 30 fÃ¼r die Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule im obersten Bereich des Ermessenspielraums befinde, da die dokumentierten objektivierbaren Funktionsbehinderungen allenfalls gering bis mittelgradig erschienen. Nach Aktenlage sei eine Einstufung des hereditÃ¤ren AngioÃ¶dems nur schwer vorzunehmen. Diese kÃ¶nne am ehesten nach den VG, Teil B, Nr. 17.2 erfolgen, wonach fÃ¼r das chronisch-rezidivierende Quincke-Ã□dem bei hÃ¤ufiger auftretenden SchÃ¼ben und schwer vermeidbaren Noxen ein GdB von 20 bis 30 angegeben werde. Die HÃ¤ufigkeit werde beim KlÃ¤ger im psychotherapeutischen Bericht mit circa zweimal pro Monat beschrieben. Der Hausarzt beschreibe ein Auftreten zum Teil zweimal wÃ¶chentlich, teilweise mit der Notwendigkeit einer KlinikÃ¼berwachung. Die Berichte Ã¼ber die stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalte seien beizuziehen, da von Interesse sei, wie oft stationÃ¤re Ã□berwachungsmaÃ□nahmen notwendig gewesen seien, sich der jeweilige klinische Befund dargestellt habe und welche therapeutischen MaÃ□nahmen notwendig geworden seien.

Das Klinikum K hat auf Anfrage des SG mitgeteilt, dass keine weiteren Behandlungsberichte Ã¼bersandt werden kÃ¶nnten, da der KlÃ¤ger seit Februar 2019 nicht mehr behandelt worden sei.

Mit Urteil aufgrund mÃ¼ndlicher Verhandlung vom 13. April 2021, in der der KlÃ¤ger persÃ¶nlich angehÃ¶rt worden ist (vgl. Protokoll vom gleichen Tag), hat das SG den Bescheid vom 23. Juli 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2019 abgeÃ¤ndert und den Beklagten verpflichtet, einen GdB von 40 seit dem 4. April 2019 festzustellen. Im Ã□brigen hat es die Klage abgewiesen. Im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ leide der KlÃ¤ger unter einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung mittelgradiger Episode und einer chronischen SchmerzstÃ¶rung. AuÃ□erdem sei auch der Tinnitus diesem Funktionssystem zuzuordnen. Der KlÃ¤ger sei in seiner Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit erheblich eingeschrÃ¤nkt, zeige ein inadÃ¤quates Stressverhalten. Wie sich aus dem Entlassungsbericht der Rehaklinik F1 vom 13. April 2018 ergebe, sei der KlÃ¤ger zunÃ¤chst seiner TÃ¤tigkeit als Lehrer nachgegangen, zwischenzeitlich sei er pensioniert. Das VerhÃ¤ltnis zu seinen beiden Kindern und seiner ehemaligen Ehefrau sei gut gewesen, seit der Scheidung sei er auch mehrere partnerschaftliche Beziehungen eingegangen. Ein sozialer RÃ¼ckzug sei nicht erkennbar, der sich aus dem Bericht ergebende psychische Befund sei weitestgehend unauffÃ¤llig. Am Ende der stationÃ¤ren Behandlung habe sich die depressive Symptomatik deutlich reduziert, die chronische SchmerzstÃ¶rung sei nahezu remittiert gewesen. Der

KlÃ¤ger habe angegeben, seit seiner Pensionierung mit der Situation besser zurecht zu kommen. Es finde derzeit keine Psychotherapie statt und der KlÃ¤ger nehme keine psychopharmazeutische Medikation ein. Ein hÃ¶herer Teil-GdB als 30 sei daher nicht gerechtfertigt.

Im Funktionssystem â□□Hautâ□□ betrage der Teil-GdB ebenfalls 30, nachdem der KlÃ¤ger unter einem hereditÃ¤ren AngioÃ¶dem Typ III leide. Diese Erkrankung werde durch die VG nicht ausdrÃ¼cklich geregelt und mÃ¼sse daher mit Hilfe einer analogen Anwendung bewertet werden. Die Beschwerden trÃ¤ten wiederkehrend auf und seien von unterschiedlich langen beschwerdefreien Intervallen unterbrochen. Ein AngioÃ¶dem entwickele sich meist innerhalb einiger Stunden und klinge dann im Verlauf von zwei bis fÃ¼nf Tagen wieder ab. Es gleiche daher in seinen EinschrÃ¤nkungen dem Quincke-Ã□dem. Bei dem KlÃ¤ger trete die Erkrankung vermehrt seit 2019 in Erscheinung. Die AnfÃ¤lle fÃ¤nden in unregelmÃ¤Ã□igen AbstÃ¤nden statt, nach den Angaben in der mÃ¼ndlichen Verhandlung seien diese nicht mit einer akuten Luftnot verbunden. Ein Krankenhaus habe der KlÃ¤ger zuletzt 2019 aufgesucht, im Bedarfsfall spritze er sich das Enzym â□□Firazyrâ□□, das gut anschlage. Von einem schweren, Ã¼ber Jahre sich hinziehenden Verlauf kÃ¶nne daher nicht ausgegangen werden. Unter BerÃ¼cksichtigung des zuletzt als gut beschriebenen Allgemeinzustandes, der fehlenden Begleiterscheinungen und der guten Wirksamkeit des Medikaments im Bedarfsfall auf der einen Seite und der Tatsache, dass die im Gesicht auftretenden Ã□deme fÃ¼r den KlÃ¤ger eine entstellende Wirkung aufwiesen, auf der anderen Seite, sei zwar von hÃ¤ufiger auftretenden SchÃ¼ben auszugehen, die jedoch gut und schnell behandelbar seien, sodass der Teil-GdB nicht mit mehr als 30 zu bewerten sei.

Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ betrage 20. Die Beweglichkeit der HWS sei zwar eingeschrÃ¤nkt, neurologisch bestÃ¼nden aber keine Paresen. Eine BewegungseinschrÃ¤nkung der LWS sei nicht objektiviert.
Aus den Teil-GdB von 30, 30 und 20 sei ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden, wobei berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼sse, dass der Teil-GdB fÃ¼r das Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ bereits groÃ□zÃ¼gig bemessen sei. Weitere zu bewertende FunktionseinschrÃ¤nkungen bestÃ¼nden nicht.

Am 14. Mai 2021 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Schon ausgehend von dem Rechtsstandpunkt des SG zu den Teil-GdB habe dieses zu einem Gesamt-GdB von 50 gelangen mÃ¼ssen, da Ã□berschneidungen nicht bestÃ¼nden. Im Ã□brigen sei fÃ¼r das AngioÃ¶dem ein Teil-GdB von 40 bis 50 anzusetzen, da ein langjÃ¤hriges und medikamentÃ¶s praktisch nicht beherrschbares Leiden bestehe.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. April 2021 abzuÃ¤ndern und den Beklagten zu verpflichten, unter weiterer AbÃ¤nderung des Bescheides vom 23. Juli 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2019 sowie unter teilweiser weiterer RÃ¼cknahme des Bescheides vom 2. Dezember 2013

einen Grad der Behinderung von 60 seit dem 4. April 2019 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung. Die Entscheidung des SG sei im Ergebnis vertretbar, allerdings mÃ¼sse berÃ¼cksichtigt werden, dass sich die psychische Erkrankung â□□ nicht zuletzt durch die Pensionierung â□□ eher gebessert habe und fraglich sei, ob ein Teil-GdB von 30 noch voll ausgefÃ¼llt sei. Der KlÃ¤ger habe insbesondere angegeben, dass die Psychotherapie derzeit ruhe.

Auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das SachverstÃ¤ndigengutachten des B, UniversitÃ¤ts-Haut-Klinik M, aufgrund ambulanter Untersuchung vom 16. November 2021 erhoben. Dieser hat zum Krankheitsbild des hereditÃ¤ren AngioÃ¶dem ausgefÃ¼hrt, dass die klinischen Symptome aus unregelmÃ¤Ã□ig wiederkehrenden Hautschwellungen sowie potentiell lebensbedrohlichen Zungenschwellungen bestÃ¼nden, also Zungenschwellungen, deren Verlauf unvorhersehbar sei und von denen jede einzelne zu einem Verschluss der oberen Luftwege mit nachfolgender Erstickung fÃ¼hren kÃ¶nne.

Die Hautschwellungen trÃ¤ten bei dem KlÃ¤ger im Gesicht, vorwiegend als Lippenschwellungen und am Hals, auf. Das AusmaÃ□ reiche von monstrÃ¶ser bis entstellender bis zu milder AusprÃ¤gung. Die Hautschwellungen dauerten im Durchschnitt jeweils 2 Tage. Sie seien immer von einem SpannungsgefÃ¼hl begleitet, auÃ□erdem seien sie in der Regel 12 Stunden mÃ¤Ã□ig bis erheblich schmerzhaft, bedingt durch den rasch entstehenden FlÃ¼ssigkeitsdruck im Gewebe. Die HÃ¤lfte der Lippenschwellungen beginne tagsÃ¼ber, die andere HÃ¤lfte nachts. Die meisten Schwellungen entstÃ¼nden spontan, ohne erkennbare Ursache, ein anderer Teil werde durch psychische Belastungen ausgelÃ¶st. Eine medikamentÃ¶se Behandlung verursache hohe Kosten und sei vom KlÃ¤ger bislang nicht durchgefÃ¼hrt worden, da die Schwellungen nicht lebensbedrohlich seien und sich von selbst zurÃ¼ckbildeten.

Zungenschwellungen seien in den letzten sechs Monaten zehnmal aufgetreten, sodass mit einer HÃ¤ufigkeit von etwa 20 Mal pro Jahr in Zukunft zu rechnen sei. Die Dauer betrage bis zu 36 Stunden, die hÃ¤ufigsten hÃ¤tten nachts begonnen, sodass er mit Zungenschwellungen aufgewacht sei. Ein Teil der Schwellungen sei einseitig, sie seien schmerzhaft und mit einem SpannungsgefÃ¼hl verbunden. In etwa 10 FÃ¤llen sei es zu einer Atemnot gekommen, einem Zeichen fÃ¼r einen fortgeschrittenen partiellen Verschluss der oberen Luftwege und akuter Erstickungsgefahr. Die Atemnot habe etwa 20 Minuten gedauert. Die meisten Zungenschwellungen seien ohne erkennbaren AuslÃ¶ser entstanden, ein Teil auch in der Folge von psychischem Stress. WÃ¤hrend der Schwellung kÃ¶nne die Zunge den gesamten Mundraum ausfÃ¼llen, dabei sei die Sprache von kloÃ□ig bis unverstÃ¤ndlich verÃ¤ndert. Eine notfallmÃ¤Ã□ige Krankenhausbehandlung sei einmal stationÃ¤r und dreimal ambulant erfolgt, viermal habe er vor dem

Krankenhaus umgedreht, da sich die Schwellungen zurÃ¼ckgebildet hÃ¤tten.

Wegen der Erstickungsgefahr sei der KlÃ¤ger stark belastet, das Aufwachen in der Nacht durch eine Zungenschwellung erzeuge Ãngstlichkeit und Angst, da er nicht wisse, ob sich eine lebensbedrohliche Situation entwickeln kÃ¶nne.

Die Angaben des KlÃ¤gers zu der Krankheitssymptomatik seien absolut glaubwÃ¼rdig und stimmten mit den Kriterien der Krankheit Ã¼berein, ebenso die HÃ¤ufigkeit der verschiedenen Attacken zueinander und die AblÃ¤ufe der Attacken. Durch die Gesamtheit der Einzelattacken und deren Folgen in der symptomfreien Intervallzeit sei der KlÃ¤ger physisch und psychisch erheblich eingeschrÃ¤nkt. Der KlÃ¤ger lebe stÃ¤ndig mit der Angst vor einer neuen Schwellungsattacke. Die teilweise monstrÃ¶sen und schmerzhaften Schwellungen der Lippen fÃ¼hrten zu EinschrÃ¤nkungen bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die physischen Symptome seien entstellend, sodass Kontakte gemieden wÃ¼rden. Die BeeintrÃ¤chtigungen durch die klinischen Symptome seien zwar auf die jeweilige Schwellung beschrÃ¤nkt, diese aber unvorhersehbar. Hinzu komme die Ãngstlichkeit, dass die nÃ¤chste Schwellung âunpassendâ auftrete. Ungleich grÃ¶Ãer seien die BeeintrÃ¤chtigungen durch die Zungenschwellungen.

Die EinschÃ¤tzung des GdB habe zum einen anhand der Vorgaben fÃ¼r das Quincke-Ãdem zu erfolgen, welches bei einen schweren chronischen, sich Ã¼ber Jahre hinziehenden Verlauf mit einem GdB von 40 bis 50 zu bewerten sei. Weiter kÃ¶nne eine systemische Beteiligung, wie vorliegend durch die Zungenschwellungen, mit oder ohne Beteiligung der Atemwege zusÃ¤tzlich berÃ¼cksichtigt werden. FÃ¼r die Zungenschwellungen selbst gebe es keine Bewertungsvorgabe, diese kÃ¶nnten aber entsprechend den Bauchfellverwachsungen mit hÃ¤ufiger rezidivierenden Ileuserscheinungen bewertet werden. Die daneben bestehe psychische BeeintrÃ¤chtigung sei mit einem GdB von 20 zu bewerten. Der KlÃ¤ger lebe mit der stÃ¤ndigen Sorge vor einer Kehlkopfzuschwellung mit Erstickungsrisiko. Der Gesamt-GdB sei auf 60 einzuschÃ¤tzen.

Unter der Bezeichnung âAngioÃ¶demâ oder âQuincke-Ãdemâ wÃ¼rden verschiedene erworbene oder ererbte Krankheiten zusammengefasst, die sich in vielem unterschieden, auch in den klinischen Symptomen. In vielen FÃ¤llen seien AngioÃ¶deme mit einer Urtikaria verbunden, die hereditÃ¤ren AngioÃ¶dem-Formen seien jedoch in Symptomatik und Verlauf andersartig, schwerer und durch das Auftreten von ausschlieÃlich tiefen Schwellungen der Haut und auch vor allem innerer Organe gekennzeichnet. Die Krankheit des KlÃ¤gers gehÃ¶re zu den erheblichen Formen, sei extrem selten und erst 2018 beschrieben sowie hinsichtlich der klinischen Symptome charakterisiert worden. Insofern habe sie in den Vorberichten nicht in ihren Eigenschaften dokumentiert und adÃ¤quat bewertet werden kÃ¶nnen.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten unter Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des H entgegengetreten. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, dass davon auszugehen sei, dass sich die HÃ¤ufigkeit der

angegebenen Zungenschwellungen auf den Zeitraum seit Beginn der Erkrankung beziehe. Die Bewertung der Gesichtsschwellungen kÃ¶nne nach den VG, Teil B, Nr. 17.2 erfolgen. Hier werde bei hÃ¤ufig auftretenden SchÃ¼ben bei schwer vermeidbaren Noxen ein GdB von 20 bis 30 vorgeschlagen. Ein schwerer chronischer Verlauf liege nicht vor, da bisher keine Behandlung der Lippenschwellungen notwendig geworden sei. ZusÃ¤tzlich seien die Zungenschwellungen, die im Einzelfall zu Atemnot fÃ¼hren kÃ¶nnten, zu bewerten. Aufgrund der Atemnot kÃ¶nne eine Analogie zur Einstufung des Bronchialasthmas nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 gezogen werden. Da insgesamt seit Erkrankungsbeginn nur viermal eine Notfallbehandlung wegen Atemnot notwendig gewesen sei, sei von seltenen AnfÃ¤llen (GdB 0 bis 20) auszugehen. Insgesamt sei bei nicht behandlungsbedÃ¼rftigen Lippenschwellungen sowie Zungenschwellungen, die nur selten eine Notfallbehandlung erforderten, ein Teil-GdB von 30 anzunehmen. Die seelische StÃ¶rung sei in einem gesonderten Tenor bewertet worden. Somit mÃ¼sse sich, anders als im Gutachten des B angenommen, der Teil-GdB fÃ¼r das hereditÃ¤re AngioÃ¶dem durch die psychische Belastung nicht weiter erhÃ¶hen. Andernfalls wÃ¤ren bei der Gesamt-GdB-Bildung Ãberschneidungen zu beachten. Zusammenfassend werde der Gesamt-GdB von 40 weiter fÃ¼r zutreffend erachtet.

Der Berichterstatter hat mit VerfÃ¼gung vom 12. Mai 2022 darauf hingewiesen, dass nach vorlÃ¤ufiger PrÃ¼fung die rechtlichen AusfÃ¼hrungen des H zur Bildung der Teil- und des Gesamt-GdB so nicht Ã¼berzeugen dÃ¼rften.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer weiteren versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des H ein Anerkenntnis auf Feststellung eines GdB von 50 seit dem 4. April 2019 abgegeben.

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 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§ 143, 144 SGG), auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 13. April 2021, soweit damit die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 23. Juli 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 18. Dezember 2019 sowie â sinngemÃ¤Ã â unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 2. Dezember 2013 abgewiesen worden ist. Nachdem der Beklagte ein Anerkenntnis auf Feststellung eines GdB von 50 abgegeben hat, das vom KlÃ¤ger nicht angenommen wurde, steht bindend fest, dass der GdB mit

mindestens 50 festzustellen ist. MaÃ□gebender 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 34/08Â â□□, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13.Â Aufl. 2020, Â§ 54 Rz. 34).

Die BegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der weiteren BegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 23. Juli 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2019 ist in weiterem Umfang rechtswidrig und verletzt den KlÃ¤ger in seinen Rechten (Â§Â 54Â Abs. 2 SGG), als es das SG bereits angenommen hat. Er kann nach Ã□berzeugung des Senats â□□ Ã¼ber das Anerkenntnis des Beklagten hinaus â□□ die hÃ¶here Neufeststellung des GdB mit 60 beanspruchen, wie ihn auch der nach Â§ 109 SGG gehÃ¶rte SachverstÃ¤ndige gesehen hat.

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 Ã□nderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufzuheben. GemÃ¤Ã□ Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Ã□nderung der VerhÃ¤ltnisse aufgehoben werden, soweit die Ã□nderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr.Â 1 SGBÂ X). Dabei liegt eine wesentliche Ã□nderung 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 Ã□nderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt desÂ Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsÃ¤chlichen Ã□nderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung fÃ¼hrt. Von einer wesentlichen Ã□nderung im Gesundheitszustand ist auszugehen, wenn diese einen um wenigstens 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 Ã□nderung ist der Verwaltungsakt â□□ teilweise 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 Ã□nderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des â□□ teilweise â□□ aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Ã□berprÃ¼fung 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 vorliegend erfÃ¼llt, wie schon durch die rechtskrÃ¤ftige (vgl. oben) Verpflichtung zur Feststellung eines hÃ¶heren GdB durch das SG sowie das (Teil-)Anerkenntnis des Beklagten feststeht. GegenÃ¼ber dem maÃ□gebenden Vergleichsbescheid vom 2. Dezember 2013 ist eine wesentliche Ã□nderung eingetreten, die zu einer HÃ¶herbewertung des GdB fÃ¼hrt. Dies ergibt sich bereits aus den versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen im Verwaltungsverfahren. Nachdem Z zusÃ¤tzlich eine somatoforme SchmerzstÃ¶rung

angenommen wie S1 zum einen weiter eine psychovegetative StÃ¶rung und zum anderen einen Teil-GdB von 20 fÃ¼r das AngioÃ¶dem gesehen hat, Ã¼berzeugt es nicht, wenn davon ausgegangen worden ist, dass sich die GesamtbeeintrÃ¤chtigung nicht erhÃ¶ht haben soll, insbesondere nachdem unterschiedliche Funktionssysteme betroffen sind.

Der Anspruch richtet sich nach Â§ 152 Abs. 1 und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGBÂ 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 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 (vgl. 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.

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. 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 (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 ist der erkennende Senats in Auswertung der medizinischen Unterlagen zu dem Ergebnis gelangt, dass der Gesamt-GdB ab dem Zeitpunkt des Verschlechterungsantrages 60 betrÃ¤gt.

Die vorwiegenden FunktionseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers bestehen nunmehr im Funktionssystem â€Hautâ€, welches mit einem Teil-GdB von 50 zu bewerten ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 17.2 ist eine chronische rezidivierende Urtikaria/Quincke-Ãdem selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, mit leicht vermeidbaren Noxen oder Allergenen mit einem GdB von 0 bis 10, bei hÃ¤ufiger auftretenden SchÃ¼ben bei schwer vermeidbaren Noxen oder Allergenen mit einem GdB von 20 bis 30 sowie bei einem schweren chronischen, sich Ã¼ber Jahre hinzuziehenden Verlauf mit einem GdB von 40 bis 50 zu bewerten. Eine systemische Beteiligung z. B. des Gastrointestinaltraktes oder des Kreislaufs ist ggf. zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen.

Bei dem KlÃ¤ger ist im Juni 2018 ein AngioÃ¶dem, ein dem Quincke-Ãdem

vergleichbares Krankheitsbild, diagnostisch gesichert worden, welches durch Schwellungen der Lippen und der Zunge klinisch manifest wird, wobei die Schwellung der Zunge mit akuter Atemnot, die potentiell lebensbedrohlich ist, einhergehen kann, wie B erlÃ¤uternd dargelegt hat. Die Zungenschwellungen treten im Durchschnitt zweimal monatlich auf, wie der Senat der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft des L entnimmt und was durch den SachverstÃ¤ndigen B, der von circa 20 AnfÃ¤llen pro Jahr ausgeht, in etwa dem gleichen Umfang erhoben worden ist.

Zu den Haut- bzw. Lippenschwellungen hat der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt, dass diese im AusmaÃ von milden bis monstrÃ¶ser und entstellender AusprÃ¤gung bestehen, im Durchschnitt zwei Tage anhalten und mit einem schmerzhaften SpannungsgefÃ¼hl einhergehen. Der KlÃ¤ger hat dies im Ãbrigen bereits durch Fotos im erstinstanzlichen Verfahren belegt. Nachdem vorwiegend die Lippen betroffen sind und die Schwellungen damit deutlich Ã¤uÃerlich sichtbar in Erscheinung treten, ist fÃ¼r den Senat nachvollziehbar, wenn der SachverstÃ¤ndige eine entstellende Wirkung der Schwellungen sieht und daraus EinschrÃ¤nkungen an der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ableitet. Dies korrespondiert mit der Rechtsprechung des BSG, wonach fÃ¼r eine Entstellung nicht jede kÃ¶rperliche AbnormitÃ¤t genÃ¼gt, sondern es sich objektiv um eine erhebliche AuffÃ¤lligkeit handeln muss, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier und Betroffenheit hervorruft und damit zugleich erwarten lÃ¤sst, dass der Betroffene stÃ¤ndig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurÃ¼ckzieht und zu vereinsamen droht, sodass letztlich die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefÃ¤hrdet ist. Dabei kommt es nicht auf die subjektive oder persÃ¶nliche EinschÃ¤tzung an, sondern es ist ein objektiver MaÃstab anzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 10. MÃ¤rz 2022 â Â BÂ 1Â KRÂ 3/21 R â juris, Rz. 16). Damit einhergehend hat der KlÃ¤ger einen sozialen RÃ¼ckzug beschrieben, da die Schwellungen unvermittelt auftreten kÃ¶nnen.

Daneben ist vom KlÃ¤ger schlÃ¼ssig beschrieben worden, dass ihn Schwellungen der Lippen insbesondere beim Essen und Trinken beeintrÃ¤chtigen, was erst Recht bei Schwellungen der Zunge nachvollziehbar ist.

Nachdem der GdB das MaÃ fÃ¼r die kÃ¶rperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer FunktionsbeeintrÃ¤chtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens ist (vgl. VG, Teil A, Nr. 2a), Ã¼berzeugt es nicht, wenn versorgungsÃ¤rztlich allein aus der Nichtinanspruchnahme stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung darauf geschlossen wird, dass kein schwerer chronischer Verlauf der Erkrankung vorliege. Dabei wird nicht berÃ¼cksichtigt, dass der KlÃ¤ger notfallmÃ¤Ãig einmal stationÃ¤r und dreimal ambulant im Krankenhaus behandelt wurde, wie der SachverstÃ¤ndige B dargelegt hat. Daneben besteht die bisherige medikamenÃ¶se Behandlung in subkutanen Injektionen von Icatibant, einem Bradykinin-Rezeptorblocker, oder mit intravenÃ¶sen Kortison-Infusionen. AuÃerdem hat der KlÃ¤ger mit einer Zungenschwellung viermal vor dem Krankenhaus gewartet ohne es zu betreten, da es zu einer RÃ¼ckbildung der Zungenschwellung kam.

Vor diesem Hintergrund rechtfertigt der stark progrediente Verlauf aus Sicht des Senats, von einem schweren chronischen AusmaÃ der Erkrankung auszugehen. Dieser ist aufgrund der entstellenden Wirkung der Lippenschwellungen einerseits und der lebensbedrohlichen Zungenschwellungen andererseits am oberen Ende des Bewertungsrahmens einzuschÃ¤tzen. Dabei sind die Zungenschwellungen bei der BegrÃ¼ndung der Schwere des Verlaufs bereits berÃ¼cksichtigt und nicht als systemische Auswirkungen noch zusÃ¤tzlich zu bewerten.

Zu keiner anderen Beurteilung gelangt der Senat indessen, wenn den versorgungsÃ¤rztlichen AusfÃ¼hrungen des H gefolgt wird. Dieser hat sich dem Ansatz des B angeschlossen, dass die Lippen- und Zungenschwellungen getrennt zu bewerten sind, sieht aber lediglich hÃ¤ufiger auftretende SchÃ¼be im Sinne der VG, Teil B, Nr. 17.2. Im Hinblick auf das beschriebene AusmaÃ der Lippenschwellungen muss indessen auch bei dieser Sichtweise eine AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens erfolgen.

Daneben schÃ¤tzt H die Zungenschwellungen analog zum Bronchialasthma ein. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 fÃ¼hrt ein Bronchialasthma ohne dauernde EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion bei einer HyperreagibilitÃ¤t mit seltenen (saisonalen) und/oder leichten AnfÃ¤llen zu einem GdB von 0 bis 20, eine HyperreagibilitÃ¤t mit hÃ¤ufigen (mehrmals pro Monat auftretenden) und/oder schweren AnfÃ¤llen zu einem GdB von 30 bis 40 und eine HyperreagibilitÃ¤t mit Serien schwerer AnfÃ¤lle zu einem Gdb von 50. Eine dauernde EinschrÃ¤nkung der Lungenfunktion ist zusÃ¤tzlich zu berÃ¼cksichtigen.

Ausgehend von der beschriebenen HÃ¤ufigkeit und dem AusmaÃ der auftretenden Zungenschwellungen (vgl. oben) lÃ¤sst sich eine Einordnung als bloÃe â seltene/saisonaleâ AnfÃ¤lle nicht begrÃ¼nden, vielmehr muss von einem mehrmals monatlichen Auftreten ausgegangen werden. Schwere AnfÃ¤lle werden dabei von den VG nicht vorausgesetzt, sondern diese werden alternativ (und/oder) genannt. Dementsprechend wÃ¤re der Bewertungsrahmen von 30 bis 40 erÃ¶ffnet, was es rechtfertigt, den Teil-GdB von 30 im Funktionssystem â Hautâ aufgrund des Vergleichs der Zungenschwellungen mit dem Funktionssystem â Atmungâ ebenfalls auf 50 zu erhÃ¶hen.

Jedenfalls wÃ¤re aber, dem Ansatz von B folgend, nach den Vorgaben der VG, Teil B, Nr. 17.2 eine ErhÃ¶hung wegen der systemischen Beteiligung anzunehmen, was den Teil-GdB von 50 ebenfalls rechtfertigt.

Im Funktionssystem â Gehirn einschlieÃlich Psycheâ ist ein Teil-GdB von 20 begrÃ¼ndet, ein solcher von 30 wird entgegen der vorangegangenen versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzung nicht mehr erreicht.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begrÃ¼nden 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. 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 EinbuÃ□en in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maÃ□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¤uÃ□ert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maÃ□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 oder der gleichgestellten (Â§Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â□□ Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch â□□ bei gesetzlich Versicherten zugelassene â□□ Psychologische Psychotherapeuten 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).

Nach diesen MaÃ□stÃ¤ben ist ergibt sich aus der Aktenlage, dass L zunÃ¤chst eine mit Ã□ngsten verbundene depressive Symptomatik beschrieben hat, die zu erheblichen SchlafstÃ¶rungen, Atemproblemen und Unruhe, vor allem im Zusammenhang mit der beruflichen TÃ¤tigkeit fÃ¼hrte. WÃ¤hrend der stationÃ¤ren Rehabilitation im MÃ¤rz 2018 konnte die depressive Symptomatik indessen therapeutisch deutlich gebessert werden und das chronische Schmerzsyndrom wird als remittiert beschrieben. Die Entlassung erfolgte in schwingungsfÃ¤higem und emotional ausgeglichen Zustand, was fÃ¼r eine Besserung des Gesundheitszustandes spricht.

Dies Ã¤ndert aber nichts daran, dass L fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend dargelegt hat, dass die rezidivierenden Depressionen sich durch die im Zusammenhang mit dem AngioÃ¶dem, welches B erstmals anlÃ¤sslich der ambulanten Untersuchung

am 19.Â Juni 2018 und damit zeitlich nach der Rehabilitation diagnostiziert hat, zusÃ¤tzlich aufgetretenen AngstzustÃ¤nde vor Atemnot wieder verstÃ¤rkt haben. Weiterhin hat er einen Tinnitus beschrieben, der vor allem in depressiven Phasen eine quÃ¤lende QualitÃ¤t hat, mit immer wieder auftretenden Stimmungsschwankungen, Konzentrations- und AufmerksamkeitsstÃ¶rungen wie aggressiven DurchbrÃ¼chen mit selbstverletzenden Aktionen, die in labilen Phasen nur schwer zu kontrollieren sind. Daneben hatÂ Z versorgungsÃ¤rztlich zuvor bereits eine chronische SchmerzstÃ¶rung ausgehend von der WirbelsÃ¤ule gesehen, die von dem K ebenfalls beschrieben worden ist.

Auch wenn durch die Pensionierung die berufliche Belastung des KlÃ¤gers weggefallen ist und derzeit keine medikamentÃ¶se Therapie erfolgt, ist immer noch eine leichtere psychische StÃ¶rung objektiviert, die an der oberen Grenze des Bewertungsrahmens mit 20 zu bewerten ist.

Im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ lÃ¤sst sich ein Teil-GdB hingegen nicht begrÃ¼nden.

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 groÃer Teile der WirbelsÃ¤ule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei WirbelsÃ¤ulenabschnitte umfasst [z.Â 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 sind wenigstens mittelgradige FunktionseinschrÃ¤nkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt nicht objektiviert, sondern lediglich geringe, wie H versorgungsÃ¤rztlich letztlich dargelegt hat. SoweitÂ K1 in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft auf ein chronisches Schmerzsyndrom hinweist, ist dies bei der Bewertung im Funktionssystem âGehirn einschlieÃlich Psycheâ bereits berÃ¼cksichtigt worden. Dabei kann nicht auÃer Acht gelassen werden, dass die Klinik J 2018 bei seinerzeit bereits beklagten erheblichen Schmerzen im Bereich des RÃ¼ckens einen Finger-Boden-Abstand von 0 cm sowie eine freie Beweglichkeit der HWS und der Rumpfrotation schon im Aufnahmebefund beschrieben hat, mithin keine BewegungseinschrÃ¤nkung objektivieren konnte. Eine solche beschreibt K1 in

seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft ebenfalls nicht hinreichend. Soweit er die HWS-Rotation als auf 55-0-50Â° limitiert angibt, folgen hieraus noch keine mittelgradigen FunktionseinschrÃ¤nkungen. Neurologische Ausfallerscheinungen hat der OrthopÃ¤de nÃ¤mlich gerade verneint, auch wenn die radiologische Aufnahmen Einengungen der Neuroforamia an der HWS gezeigt haben. An der LWS ist radiologisch hingegen eine hinreichende Weite der SpinalkanÃ¤le beschrieben worden, BandscheibenvorfÃ¤lle wurden jeweils ausgeschlossen. Die vom KlÃ¤ger angegebene Schmerzsymptomatik allein begrÃ¼ndet einen Teil-GdB, entgegen der Auffassung des K1, nicht.

Ebenso lassen sich dessen AusfÃ¼hrungen keine Anhaltspunkte fÃ¼r einen Teil-GdB im Funktionssystem â□□Armeâ□□ entnehmen. Eine nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 mit einem Teil-GdB von wenigstens 10 zu bewertende nur bis 120Â° mÃ¶gliche Armhebung mit entsprechender EinschrÃ¤nkung der Dreh- und SpreizfÃ¤higkeit der Schulter ist von ihm in keiner Weise beschrieben worden, vielmehr ist eine solche bis 150Â° dokumentiert. Aus Schmerzangaben allein lÃ¤sst sich auch hier kein Teil-GdB begrÃ¼nden.

Aus den Teil-GdB von 50 im Funktionssystem â□□Hautâ□□ und 20 im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ ist ein Gesamt-GdB von 60 zu bilden, nachdem die EinschrÃ¤nkungen im Funktionssystem â□□Hautâ□□ die EinschrÃ¤nkungen im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ eher verstÃ¤rken, wie L dargelegt haben, jedenfalls aber, entgegen der Darlegungen des H, keine Ã□berschneidungen gegeben sind. Es handelt sich auch nicht lediglich um leichtere StÃ¶rungen, die eine ErhÃ¶hung des Gesamt-GdB nicht rechtfertigen (vgl. VG, Teil A, Nr. 3 d ee).

Auf die Berufung des KlÃ¤gers war daher das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe abzuÃ¤ndern und der Beklagte zur Feststellung eines Gdb von 60 seit dem 4. April 2019 zu verpflichten. Einer ZurÃ¼ckweisung der Berufung im Ã□brigen bedurfte es nicht, da der KlÃ¤ger im Berufungsverfahren nur noch einen GdB von 60 beantragt und mit diesem Begehren obsiegt hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

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

Â

Erstellt am: 12.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024