S 6 SB 168/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Ein chronisches Fatiqué-Syndrom kann Folge einer schwerwiegenden Erkrankung wie Krebs sein, auch wenn keine Chemotherapie erforderlich wird und ist dann im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ (VG, Teil B, Nr. 3.7) zu berücksichtigen. 2. Bei Leukämie ist diese Folgeerkrankung ausdrücklich nach Ablauf der Heilungsbewährung in den VG (Teil B, Nr. 16.6) als mögliche verbliebe Auswirkung genannt.
Normenkette	SGB 9 § 152 Abs 1 SGB 9 § 152 Abs 3 VersMedV Teil B Nr 16.6 Anl zu § 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 SB 168/20
Datum	03.05.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 1695/22
Datum	16.03.2023

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung des KlÃ¤gers werden das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 3. Mai 2022 abgeÃ¤ndert und der Bescheid vom 5. April 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.Â Dezember 2019 aufgehoben, soweit ein Grad der Behinderung von weniger als 50 festgestellt worden ist.

Die auÃergerichtlichen Kosten des KlÃ¤gers in beiden Instanzen hat der Beklagte zu tragen.

Â

Tatbestand

Der KlÃ¤ger wendet sich â im Berufungsverfahren noch â gegen die Herabsetzung des Grades der Behinderung (GdB) von 80 auf zuletzt 40 nach Eintritt von HeilungsbewÃ¤hrung nach einer mit hochdosierter Chemotherapie behandelten akuten LeukÃ¤mie und begehrt den Fortbestand der Schwerbehinderteneigenschaft.

Er ist 1991 geboren, hat nach der mittleren Reife eine Ausbildung zum technischen Zeichner absolviert und ist in diesem Beruf als Konstruktionszeichner im Maschinenbau fÃ¼r die Lebensmittelindustrie tÃ¤tig. Er bezieht von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Dauer, arbeitet daneben mit vier Stunden tÃ¤glich in seinem erlernten Beruf.

Am 18. September 2013 beantragte er bei dem Landratsamt M1 (LRA) erstmals die Feststellung des GdB, welches nach Einholung von Befundberichten des UniversitÃ¤tsklinikums W1 und Stellungnahme der S1 (Erkrankung des lympathischen Systems) mit Bescheid vom 29. Oktober 2013 einen GdB von 100 seit dem 1. August 2013 und die gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens âGâ (erhebliche BeeintrÃ¤chtigung der BewegungsfÃ¤higkeit im StraÃenverkehr) feststellte.

Bereits 2014 leitete das LRA das erste Mal eine NachprÃ¼fung von Amts wegen ein und zog erneut Behandlungsunterlagen bei. H1 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass keine wesentliche Besserung vorliege. Es sei weiterhin hochdosierte Chemotherapie erforderlich, daneben bestÃ¼nden Komplikationen mit Verschlechterung der Leberfunktion und Juckreiz unter Therapie. Mit Bescheid vom 11. Dezember 2014 teilte das LRA mit, dass die ÃberprÃ¼fung ergeben habe, dass derzeit keine Herabsetzung vorzunehmen sei.

Im zweiten ÃberprÃ¼fungsverfahren ein Jahr spÃ¤ter (Dezember 2015) gelangte neben Befundberichten der Kliniken der Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik N1 Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 7. bis 28. April 2015 zur Akte. Danach sei der KlÃ¤ger als Konstruktionszeichner mit der Erstellung technischer Zeichnungen am PC bei nur leichter kÃ¶rperlicher Beanspruchung beschÃ¤ftigt. Die Arbeitshaltung sei stÃ¤ndig sitzend, belastende EinflÃ¼sse bestÃ¼nden keine. Derzeit sei der KlÃ¤ger seit 21. August 2013 arbeitsunfÃ¤hig und seit 18. Februar 2015 ausgesteuert, eine zeitnahe Wiedereingliederung aber problemlos mÃ¶glich. Von Seiten der Tumorerkrankung hÃ¤tten subjektiv keine spezifischen Beschwerden bestanden, auch habe mit klinischen Mitteln ein Rezidiv bzw. ein Fortschreiten des Tumorleidens nicht diagnostiziert werden kÃ¶nnen. Die physische Belastbarkeit habe deutlich angehoben werden kÃ¶nnen. Auch psychisch habe eine gute Erholung und Stabilisation bestanden. Unter ergotherapeutischen MaÃnahmen sei

eine deutliche Verbesserung der chemotherapiebedingten polyneuropathischen Beschwerden der HÃ¤nde und FÃ¼Ãe erreicht worden, die Beschwerden seien nur noch minimal gewesen, Muskelzuckungen seien keine mehr aufgetreten. Die kÃ¶rperliche LeistungsfÃ¤higkeit sei zu Beginn und Ende der RehabilitationsmaÃnahme im strukturierten Gehtest Ã¼berprÃ¼ft worden. Eine deutliche Verbesserung habe sich nachweisen lassen. Psychisch habe der KlÃ¤ger die onkologische Erkrankung adÃ¤quat verarbeitet, weitere relevante Erkrankungen bzw. FunktionseinschrÃ¤nkungen seien nicht zu erheben gewesen. Nach weiterer psychophysischer Stabilisationsphase sei die LeistungsfÃ¤higkeit bezogen auf die letzte berufliche TÃ¤tigkeit voraussichtlich nicht relevant eingeschrÃ¤nkt.

B1 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass die Hochdosischemotherapie offensichtlich erfolgreich gewesen sei. Seit MÃ¤rz 2015 liege kein Rezidiv vor. Die Voraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen seien nicht mehr gegeben. Der GdB fÃ¼r die Erkrankung des lympathischen Systems (in HeilungsbewÃ¤hrung) sei nur noch mit 80 zu bewerten. Die Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks und die Polyneuropathie fÃ¼hre zu einem Teil-GdB von 10.

Nach AnhÃ¶rung (Â§ 24 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X]) setzte das LRA mit Bescheid vom 11. April 2016 den GdB auf 80 herab und entzog das Merkzeichen â□□Gâ□□.

Im Mai 2018 leitete das LRA eine weitere NachprÃ¼fung von Amts wegen ein und zog Behandlungsunterlagen bei:

Der R1 beschrieb nach ambulanter Behandlung vom 11. April 2016 eine leichte, vorwiegend sensible, toxisch bedingte Polyneuropathie (PNP) mit vermehrter Druckempfindlichkeit peripherer Nerven. Mit einer weiteren Besserung kÃ¶nne gerechnet werden, vitaminreiche ErnÃ¤hrung werde empfohlen.

E1, Klinik fÃ¼r Allgemein- und Visceralchirurgie R2, gab an, den KlÃ¤ger wegen Schmerzen in der Leiste nach sportlicher BetÃ¤tigung am 10. Januar 2017 behandelt zu haben. Ein Leistenbruch habe nicht bestanden, er gehe von einer Leistenzerrung aus. Er habe dem KlÃ¤ger geraten, vor dem nÃ¤chsten FuÃballspiel Ibuprofen oder Ã¤hnliches einzunehmen. K1 legte nach ambulanter Untersuchung vom 22. Mai 2017 dar, dass aufgrund der erneuten, glaubhaft geschilderten Beschwerden eine Revision der linken Leiste durchgefÃ¼hrt werden solle. Ein Operationstermin sei fÃ¼r den 21. Juni 2017 vereinbart worden.

Am 27. Oktober 2017 stellte sich der KlÃ¤ger im Caritas-Krankenhaus M2 wegen Abgeschlagenheit und einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes vor. Laborchemisch hÃ¤tten sich keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt, sonographisch ebenfalls nicht. Es sei Paracetamol symptomatisch empfohlen werden, bei klinischen EntzÃ¼ndungszeichen sei jederzeit eine Wiedervorstellung mÃ¶glich.

Der W2 beschrieb nach ambulanter Untersuchung vom 27./28. November 2017 ein unauffÃ¤lliges 24-Stunden-Langzeit-EKG. Unter Belastung sei eine Herzfrequenz von 179/Min. erreicht worden. Die 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung sei

unauffÃ¤llig. Im Belastungs-EKG vom 9. Januar 2018 habe sich eine Belastbarkeit bis 200 Watt bei einem Blutdruckanstieg auf 210/85 mmHg gezeigt. Der Abbruch sei nach zwei Minuten bei 200 Watt wegen ErschÃ¶pfung und Atemnot ohne AP-Symptomatik erfolgt. Rechtsherzbelastungszeichen hÃ¤tten sich im Echokardiogramm nicht ergeben, im Belastungs-EKG sei eine Belastungskoronarinsuffizienz bis 200 Watt auszuschlieÃen gewesen. Der Blutdruck vor und nach Belastung habe im Normbereich gelegen. Anhaltspunkte fÃ¼r eine partielle respiratorische Insuffizienz bestÃ¼nden nicht, derzeit sei keine kardiale Medikation notwendig.

Das LRA holte einen Befundschein bei R3, Praxis K2 ein, der Ã¼ber eine Erstvorstellung des KlÃ¤gers am 9. November 2017 berichtete. Der KlÃ¤ger habe angegeben, nicht mehr so belastbar wie frÃ¼her zu sein. Es bestehe eine chronische MÃ¼digkeit, er sei erschÃ¶pft, verunsichert und Ã¤ngstlich. Dies betreffe alle Lebensbereiche, seine Arbeit, aber auch alle Unternehmungen und seinen Urlaub. Seine Arbeit habe er nur kurzzeitig auf sechs Stunden erhÃ¶hen kÃ¶nnen und dann wieder auf vier Stunden reduzieren mÃ¼ssen. Zum Ende der Chemotherapie habe er einen Tinnitus entwickelt, der ihn sehr belaste. Manchmal verspÃ¼re er ein Kribbeln im Gesicht, ein Unwohlsein, ÃÂbelkeit und habe schwere Beine. Er habe im Laufe der Zeit irgendwie das Vertrauen in seinen KÃ¶rper und seine LeistungsfÃ¤higkeit verloren, was ihn in seinem Alter und gegenÃ¼ber seinen Freunden, der Familie und Kollegen sehr belaste.

Der KlÃ¤ger wohne mit seinen Eltern und seinem Bruder im elterlichen Haus. Er sei ledig, lebe aber seit acht Jahren in einer festen Beziehung. Seine Freundin sei 25 Jahre alt und arbeite als medizinische Fachangestellte. Er fÃ¼hle sich von seiner Familie sehr unterstÃ¼tzt. Seine Hobbies seien FuÃball, Tischtennis, Schwimmen und Volleyball, wenngleich er diesen Sport nur noch sehr eingeschrÃ¤nkt ausÃ¼ben kÃ¶nne. Er habe jetzt eine TÃ¤tigkeit als Co-Trainer im FuÃball angenommen.

Psychopathologisch sei er wach, klar, allseits orientiert bei erhaltender Aufmerksamkeit und Konzentration. Im Denken sei er formal geordnet, ohne wahnhafte StÃ¶rungen. Affektiv sei er leicht unsicher, aber hinreichend schwingungsfÃ¤hig und auslenkbar. Ein Hinweis auf eine suizidale Einengung ergebe sich keiner.

Es bestehe ein chronic-fatique-Syndrom wie eine Belastungs- und AnpassungsstÃ¶rung mit deutlich Ã¤ngstlich-depressiver Symptomatik. Auch zweieinhalb Jahre nach Abschluss der Polychemotherapie bestÃ¼nden noch kognitive und emotionale EinschrÃ¤nkungen sowie eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und LeistungsfÃ¤higkeit, wie dies fÃ¼r Patienten mit einer solchen Therapie durchaus Ã¼blich sei. In der initialen neurokognitiven Diagnostik habe sich eine verlangsamte Reaktion bei der alertness, ebenso ein Gesichtsfeldausfall rechts bei der rÃ¤umlichen Zahlensuche, eine reduzierte Merkspanne bei Aufgaben zum ArbeitsgedÃ¤chtnis sowie eine verlangsamte Exploration bei der parallelen Suche des visuellen Scanning gezeigt, wobei letzteres durch die Rot-/GrÃ¼n-SchwÃ¤che bedingt sein kÃ¶nne. Nach einem eingeleiteten und durchgefÃ¼hrten kognitiven Training habe sich dann eine Verbesserung der alertness, des

ArbeitsgedÃ¤chtnisses und der rÃ¤umlichen Zahlensuche ergeben. Der KlÃ¤ger sei im Gesamtverlauf insgesamt gelassener und optimistischer geworden. In seinem Beruf sei er nur eingeschrÃ¤nkt erwerbsfÃ¤hig. Zu empfehlen sei eine stationÃ¤re medizinische RehabilitationsmaÃnahme in einer spezialisierten Einrichtung. Das ambulante kognitive Training und die stÃ¼tzenden GesprÃ¤che sollten zur FÃ¶rderung des Copings und der Rehabilitations- und ReintegrationsfÃ¤higkeit fortgesetzt werden.

B1 bewertete die depressive Verstimmung und das psychovegetative ErschÃ¶pfungssyndrom in Folge der Chemotherapie mit einem Teil-GdB von 30 und die Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks sowie den Tinnitus je mit einem Teil-GdB von 10.

Nach AnhÃ¶rung Ã¤nderte das LRA mit Bescheid vom 5. April 2019 den Bescheid vom 11.Â April 2016 ab und stellte einen GdB von 30 seit dem 11. April 2019 fest.

Im Widerspruchsverfahren gelangten AuszÃ¼ge aus der Akte der DRV zur Akte:

Der P1 fÃ¼hrte im Ã¤rztlichen Gutachten fÃ¼r die gesetzliche Rentenversicherung nach ambulanter Untersuchung vom 19. August 2016 aus, dass der KlÃ¤ger unter hÃ¤ufigem NachtschweiÃ, Kopfschmerzen, unscharfem Sehen, KonzentrationsstÃ¶rungen sowie allgemeinem Unwohlsein mit deutlichen lÃ¤ngeren ErschÃ¶pfungsphasen und konsekutiv lÃ¤ngeren Erholungszeiten leide. Der Tinnitus sei wÃ¤hrend der Chemotherapie mit Cortison behandelt worden. Psychisch sei der KlÃ¤ger ausgeglichen und freundlich zugewandt gewesen. Die Tumorerkrankung sei sowohl kÃ¶rperlich als auch psychisch noch nicht vollstÃ¤ndig Ã¼berwunden, sodass der KlÃ¤ger weiterhin arbeitsunfÃ¤hig und auch fÃ¼r leichte und mittelschwere Arbeiten Ã¼ber drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zur VerfÃ¼gung stehe, ohne seine Immunsituation zu belasten und die Provokation eines leukÃ¤mischen Rezidives hervorzurufen. Es werde eine Teilerwerbsminderungsrente und eine erneute Rehabilitation vorgeschlagen.

Der K3 gab im Befundbericht zur RentennachprÃ¼fung vom 7. MÃ¤rz 2017 an, dass sich in den letzten zwÃ¶lf Monaten keine BefundÃ¤nderung ergeben habe. Es bestehe eine eingeschrÃ¤nkte LeistungsfÃ¤higkeit sowie eine depressive Verstimmung mit SchlafstÃ¶rung. Es komme zu einer vorschnellen ErschÃ¶pfung mit gehÃ¤uften, unvorhersehbaren Krankmeldungen.

M3 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass bei dem KlÃ¤ger aufgrund der Folgen der Chemotherapie, eines chronischen ErschÃ¶pfungssyndroms und einer depressiven Verstimmung eine deutliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit bestehe, die mit einem Teil-GdB von 30 zutreffend und ausreichend bewertet sei.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 17. Dezember 2019 zurÃ¼ck. Nach Ablauf der HeilungsbewÃ¤hrung sei eine NachprÃ¼fung der gesundheitlichen VerhÃ¤ltnisse durchzufÃ¼hren gewesen. Der GdB mÃ¼sse unter BerÃ¼cksichtigung der

tatsÃ¤chlichen FunktionseinschrÃ¤nkung bzw. des verbliebenen Organschadens neu festgestellt werden. Es hÃ¤tten sich keine Hinweise auf ein Rezidiv gezeigt. Die bisher festgestellte â□□Erkrankung des lymphatischen Systemsâ□□ bedinge keinen Teil-GdB mehr und kÃ¶nne nicht mehr berÃ¼cksichtigt werden. Die vorgenommene Herabsetzung des GdB auf 30 biete bei dem gegebenen Sachverhalt keinen Grund zur Beanstandung.

Am 15. Januar 2020 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, welches zur weiteren SachaufklÃ¤rung sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte der behandelnden Ã□rzte erhoben hat.

Die L1 hat bekundet, den KlÃ¤ger einmalig am 13.Â MÃ¤rz 2020 konsiliarisch mitbetreut zu haben. Dieser habe sich vorgestellt, nachdem er sieben Jahre nach der Erstdiagnose unter einer ausgeprÃ¤gten Abgeschlagenheit und Antriebslosigkeit im Sinne einer chronischen FatiquÃ© leide, die schÃ¤tzungsweise bei 50Â % der Patienten nach Ã¼berstandener Krebserkrankung auftrÃ¤ten. Der KlÃ¤ger berichte, mit einer BerufstÃ¤tigkeit von vier Stunden tÃ¤glich bereits an die Grenzen seiner LeistungsfÃ¤higkeit zu gelangen. Er habe bereits einiges unternommen, um die LeistungsfÃ¤higkeit zu steigern und belastbarer zu werden. Verschiedene medikamentÃ¶se Behandlungen seien bereits versucht worden, sodass ihm nunmehr zu mehr sportlicher AktivitÃ¤t geraten worden sei, da es fÃ¼r Bewegung sicherlich die beste Datenlage im Hinblick auf eine FatiquÃ© gebe. Die Blutuntersuchung habe keine Mangelsituation gezeigt. Die MÃ¶glichkeiten einer Therapie seien aufgrund der Corona-Pandemie gerade eingeschrÃ¤nkt, die Erfahrung zeige aber, dass eine chronische FatiquÃ© ein nur sehr schwer zu behandelndes Syndrom darstelle. Ein mindestens mittlerer Schweregrad der FatiquÃ© folge bereits aus der Anamnese. Der Aspekt der kognitiven Teilleistungsminderung sei bei anamnestisch ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen nicht ausreichend berÃ¼cksichtigt und mÃ¼sse erneut diskutiert werden. ErgÃ¤nzend hat sie ihren Konsilarbericht vom 20. MÃ¤rz 2020 vorgelegt.

Die B2 hat mitgeteilt, die Praxis von ihrem VorgÃ¤nger Ã¼bernommen zu haben und den KlÃ¤ger nicht zu kennen. Sie hat die ihr vorliegenden Befundberichte Ã¼bersandt, die im Wesentlichen bereits aktenkundig sind.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme des B3 vorgelegt. Danach habe sich im kardiologischen Befundbericht vom 8. Januar 2018 ein diskreter Mitralklappenprolaps bei ansonsten unauffÃ¤lligem Echokardiographiebefund gezeigt. Ergometrisch habe bis 100 Watt belastet werden kÃ¶nnen. Blutgasanalytisch habe sich kein Hinweis auf eine respiratorische Insuffizienz gezeigt. Die akute lymphatische LeukÃ¤mie befinde sich weiter in Remission. Es werde Ã¼ber Angespanntheit und Antriebslosigkeit berichtet, tagsÃ¼ber komme es nach initial guter LeistungsfÃ¤higkeit zu dem plÃ¶tzlichen GefÃ¼hl, ausgelaugt zu sein. Dieses GefÃ¼hl halte manchmal zwei bis drei Tage an. Auch insoweit ergebe sich kein Hinweis auf ein Rezidiv. Die Grunderkrankung sei damit weiterhin heilungsbewÃ¤hrt. BezÃ¼glich der seelischen StÃ¶rung/FatiquÃ© werde keine fachspezifische oder medikamentÃ¶se Therapie

angegeben. Es werde allerdings eine Tenorerweiterung vorgeschlagen. Zusammenfassend ergebe sich bei vorgelegter Sachlage keine ausreichende Grundlage, um eine Ãnderung in der bisherigen Beurteilung vorschlagen zu kÃ¶nnen.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 3. Mai 2022 hat das SG den KlÃ¤ger persÃ¶nlich angehÃ¶rt (vgl. Protokoll). Dieser hat erklÃ¤rt, dass die Rente unbefristet gewÃ¤hrt werde, ein weiteres Gutachten sei nicht eingeholt worden. Seit der Chemo sei er nicht mehr so belastbar. Er kÃ¶nne nur halbtags arbeiten und brauche Pausen. Er sei oft mÃ¼de und abgeschlagen. FrÃ¼her sei er sportlich aktiv gewesen, jetzt gehe er nur noch joggen. Er sei nur noch Co-Trainer beim FuÃball, da er nicht immer leistungsfÃ¤hig sei. Die sozialen Kontakte seien ihm wichtig. Er habe Konzentrationsprobleme und bei Belastung Muskelschmerzen.

Mit Urteil vom gleichen Tag hat das SG den Bescheid vom 5. April 2019 und den Widerspruchsbescheid vom 17. Dezember 2019 abgeÃ¤ndert und festgestellt, dass der GdB seit 11. April 2019 nur noch 40 betrÃ¤gt. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen. Hinsichtlich der LeukÃ¤mie sei HeilungsbewÃ¤hrung eingetreten, da diese vollstÃ¤ndig remittiert sei. Der GdB fÃ¼r das Funktionssystem â€Nervensystem und Psycheâ€ betrage 40. Der KlÃ¤ger leide in Folge der Ã¼berstandenen Krebserkrankung und der Chemotherapie unter psychischen Beschwerden und einem ErschÃ¶pfungssyndrom. FÃ¼r das chronische FatiquÃ©-Syndrom wÃ¼rden keine konkreten BewertungsmaÃstÃ¤be vorgegeben. Deshalb sei eine Beurteilung im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen vorzunehmen. Da beim KlÃ¤ger aber keine Gelenkerkrankung bestehe, sondern eine kÃ¶rperliche ErschÃ¶pfung, wie sie auch bei psychischen Erkrankungsbildern vorliege, erscheine eine Orientierung an den hierfÃ¼r geltenden MaÃstÃ¤ben angebracht. Das Erkrankungsbild des KlÃ¤gers sei am oberen Rand der stÃ¤rker behindernden StÃ¶rungen einzustufen. Der jugendliche KlÃ¤ger sei in seiner kÃ¶rperlichen Belastbarkeit erheblich beeintrÃ¤chtigt. Er benÃ¶tige bei seiner leichten kÃ¶rperlichen TÃ¤tigkeit zahlreiche Pausen und kÃ¶nne diese nicht mehr ganztÃ¤tig verrichten. Dies belege KonzentrationsstÃ¶rungen, die ihn auch in seiner sozialen Teilhabe beeintrÃ¤chtigten. Er sei zwar noch als Jugendtrainer tÃ¤tig, kÃ¶nne dieses Amt aber nicht konstant ausÃ¼ben, da er an manchen Tagen zu erschÃ¶pft sei. L1 beschreibe eine kognitive Teilleistungsminderung bei anamnestisch ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen. Der KlÃ¤ger sei aber bessergestellt als Menschen, die unter schweren StÃ¶rungen litten. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten lÃ¤gen bei ihm keine vor, er sei weiterhin aktiv und verfÃ¼ge Ã¼ber soziale Kontakte, insbesondere durch seine ehrenamtliche TÃ¤tigkeit als FuÃball-Co-Trainer. Der Teil-GdB von 40 sei nicht aufgrund anderer Erkrankungen zu erhÃ¶hen, da solche beim KlÃ¤ger nicht bestÃ¼nden.

Am 13. Juni 2022 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Aus der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft der L1 ergebe sich, dass eine chronische FatiquÃ© zumindest mittleren Grades vorliege. Er leide unter einer ausgeprÃ¤gten Abgeschlagenheit und ErschÃ¶pfung, hinzukomme die kognitive Teilleistungsminderung mit ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen,

die bisher nicht ausreichend berÃ¼cksichtigt sei. Aufgrund der hochgradigen chronischen ErschÃ¶pfung und der psychischen BeeintrÃ¤chtigungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten sei die Schwerbehinderteneigenschaft gegeben. Das SG berÃ¼cksichtige nicht, dass er nur einer TeilzeittÃ¤tigkeit mit vier Stunden tÃ¤glich nachgehen kÃ¶nne und er von der DRV eine Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit erhalte.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 3. Mai 2022 abzuÃ¤ndern und den Bescheid vom 5. April 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Dezember 2019 aufzuheben, soweit ein GdB von weniger als 50 festgestellt worden ist.

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.

Der Senat hat die Rentenakte des KlÃ¤gers beigezogen, aus der sich nur bereits aktenkundige Befunde ergeben haben.

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 des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§Â 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (Â§Â§ 143, 144 SGG), auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 3. Mai 2022, soweit damit die reine Anfechtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Aufhebung des Bescheides vom 5. April 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 17. Dezember 2019, soweit damit ein GdB von weniger als 50 festgestellt worden ist, abgewiesen worden ist. Gegen die Herabsetzung des GdB von 80 auf 50 hat sich der KlÃ¤ger bereits im Klageverfahren nicht gewandt, sodass der Bescheid teilweise bestandskrÃ¤ftig geworden ist. Ebenso hat der Beklagte weder Berufung noch Anschlussberufung gegen die teilweise stattgebende Entscheidung des SG eingelegt. Die Herabsetzung auf einen GdB von 40 ist damit rechtskrÃ¤ftig geworden. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der vorliegenden Klageart der Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt,

Kommentar zum SGG, Â§ 54 Rz. 33a).

Die BegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der BegrÃ¼ndetheit der Klage im streitigen Umfang. Der Bescheid vom 5. April 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Dezember 2019 ist rechtswidrig und verletzt den KlÃ¤ger in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 2 SGG) soweit dieser den GdB auf unter 50 herabsetzt. Zur Ãberzeugung des Senats liegt bei dem KlÃ¤ger die Schwerbehinderteneigenschaft auch nach dem Eintritt von HeilungsbewÃ¤hrung weiterhin vor.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist Â§ 48 Abs. 1 SatzÂ 1 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 SGB 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 wenigstens 10 verÃ¤nderten Gesamt-GdB rechtfertigt (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 11.Â November 2004 âÂ BÂ 9Â SBÂ 1/03 R â, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Ãnderung 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 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.).

Nach den VG, Teil B, Nr. 1c ist nach der Behandlung bestimmter Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, insbesondere bei bÃ¶sartigen Geschwulsterkrankungen, eine HeilungsbewÃ¤hrung abzuwarten. Der Zeitraum betrÃ¤gt in der Regel fÃ¼nf Jahre und zwar ab dem Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere PrimÃ¤rtherapie als beseitigt angesehen werden kann. Die Anhaltswerte sind auf den Zustand nach operativer oder anderweitiger Beseitigung der Geschwulst bezogen und beziehen den regelhaft verbleibenden Organ- oder GliedmaÃenschaden mit ein. Soweit keine auÃergewÃ¶hnlichen Folgen oder Begleiterscheinungen der Krebserkrankung vorliegen, legen die VG die HÃ¶he des GdB pauschal fest. Erst fÃ¼r die Zeit danach ist der GdB nach den konkreten Auswirkungen der vorliegenden GesundheitsstÃ¶rung zu bemessen. Beruht daher die HÃ¶he des GdB auf einer Erkrankung, fÃ¼r welche die einschlÃ¤gigen Normen einen erhÃ¶hten GdB-Wert wÃ¤hrend des Zeitraums der HeilungsbewÃ¤hrung

ansetzen, Ã¤ndert das Verstreichen dieses Zeitraums die wesentlichen, d.h. rechtserheblichen tatsÃ¤chlichen VerhÃ¤ltnisse, die der Feststellung des GdB zu Grunde lagen (BSG, Urteil vom 11. August 2015 â B 9 SB 2/15 R â, juris, Rz. 15; BSG, Urteil vom 12. Februar 1997 â 9 RVs 12/95 â, juris, Rz. 14). Somit begrÃ¼ndet schon der reine rezidivfreie Zeitablauf den Eintritt der HeilungsbewÃ¤hrung und damit die wesentliche Ãnderung. Eine Beschwerdefreiheit oder eine folgenlose Ausheilung der Erkrankung wird nicht vorausgesetzt.

Diese Voraussetzungen sind erfÃ¼llt, nachdem gegenÃ¼ber dem maÃgebenden Vergleichsbescheid vom 11. April 2016 eine wesentliche Ãnderung dadurch vorliegt, dass HeilungsbewÃ¤hrung hinsichtlich der akuten LeukÃ¤mie eingetreten ist, da sich den vorliegenden Arztberichten keine Anhaltspunkte fÃ¼r ein Rezidiv entnehmen lassen. Der Beklagte war daher zur Neufeststellung des GdB berechtigt, was der KlÃ¤ger letztlich nicht in Frage gestellt hat, nachdem er sich nur gegen die Herabsetzung auf einen GdB von unter 50 gewandt hat. Diese wird zur Ãberzeugung des Senats von den dokumentierten Befunden nicht getragen.

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 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 (SatzÂ 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 1 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 steht zur ÃberzeugUng des Senats fest, dass der GdB weiterhin 50 betrÃ¤gt, die Schwerbehinderteneigenschaft also fortbesteht.

Die bewertungsrelevanten FunktionseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers liegen im Funktionssystem â€Blut einschlieÃlich blutbildendes Gewebeâ€, werden durch

die Folgen der abgelaufenen LeukÃ¤mie begrÃ¼ndet und sind weiter mit einem GdB von 50 zu bewerten.

Nach den VG, Teil B, Nr. 16.6 liegt der GdB bei akuten LeukÃ¤mien im ersten Jahr nach Diagnosestellung 100, nach dem ersten Jahr betrÃ¤gt dieser bei unvollstÃ¤ndiger klinischer Remission weiterhin 100. Bei kompletter klinischer Remission ist unabhÃ¤ngig von der durchgefÃ¼hrten Therapie nur noch ein GdB fÃ¼r die Dauer von drei Jahren (HeilungsbewÃ¤hrung) 80 begrÃ¼ndet. Danach ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische MÃ¼digkeit, SterilitÃ¤t, Neuropathien, BeeintrÃ¤chtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.

WÃ¤hrend die VG, Teil B, Nr. 18.4 hinsichtlich eines chronischen FatiquÃ©-Syndroms nur darauf verweist, dass die funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen sind, beschreiben die VG, Teil B, Nr.Â 16.6 bezogen auf das konkrete Krankheitsbild des KlÃ¤gers die in erster Linie zu bewertenden Folgen. Hinsichtlich der Folgen hat R3, dessen Befundschein der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet (Â§ 118 Abs. 1 SGG i.Â V.Â m. Â§Â§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]), Ã¼berzeugend dargelegt, dass es sich um typische Ausfallerscheinungen von Patienten nach Chemotherapie handelt, was L1 in ihrer sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft bestÃ¤tigt hat. Diese hat darÃ¼ber hinaus bestÃ¤tigt, was dem Senat aus einer Vielzahl von Verfahren bekannt ist, dass das FatiquÃ©-Syndrom hÃ¤ufige Folge von Krebserkrankungen ist, oft unabhÃ¤ngig davon, ob eine Chemotherapie erforderlich war. Sie wurde vom KlÃ¤ger angesichts von ausgeprÃ¤gter Abgeschlagenheit und Antriebslosigkeit noch 2020 konsultiert, was das AusmaÃ des FatiquÃ©-Syndroms noch sieben Jahre nach der Ã¼berstandenen Krebserkrankung aufzeigt. Sie hat die Diagnose bereits aufgrund der Anamnese als bestÃ¤tigt angesehen, weil der KlÃ¤ger geradezu typische Symptome geschildert hat. Sie hat weiter bestÃ¤tigt, dass das therapeutische Potential ausgeschÃ¶pft ist, die Erkrankung sich ohnehin nur schwer einer Behandlung zugÃ¤nglich zeigt. Der KlÃ¤ger hat in diesem Zusammenhang alle bereits aufgenommenen Behandlungen vorgetragen, die sÃ¤mtlich nicht zu einer durchschlagenden Besserung gefÃ¼hrt haben, was eindrucksvoll seinen Leidensdruck unterstreicht. Dennoch ist er bemÃ¼ht weiterhin in dem ihm mÃ¶glichen Umfang berufstÃ¤tig und zusÃ¤tzlich, wenn auch eingeschrÃ¤nkt, im Ehrenamt tÃ¤tig zu sein. Dabei Ã¼bersieht der Beklagte, dass gerade fÃ¼r diesen Personenkreis die Schwerbehinderung eingefÃ¼hrt wurde, um die berufliche Arbeit unter den erschwerten Bedingungen als Behinderter zu unterstÃ¼tzen, nÃ¤mlich insbesondere durch weitere Urlaubstage, aber auch Integrationsleistungen wie Hilfsmittel, nicht zuletzt Deputats-ErmÃ¤Ãigung. Korrespondierend dazu entfÃ¤llt fÃ¼r den Arbeitgeber die Ausgleichsabgabe.

Zwar hat der GdB nach VG, Teil A, Nr. 2a die Auswirkungen von FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die EinschrÃ¤nkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt, sodass von der GewÃ¤hrung einer Erwerbsminderungsrente nicht automatisch auf die HÃ¶he des GdB geschlossen werden kann. Indessen findet die vom KlÃ¤ger geklagte chronische ErschÃ¶pfung hierin deutlich ihren Ausdruck. WÃ¤hrend nÃ¤mlich die

Rehabilitationsklinik 2015, nach langer ArbeitsunfÃ¤higkeit und Aussteuerung des KlÃ¤gers, prognostisch noch von einem vollschichtigen LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r die letzte TÃ¤tigkeit ausgegangen ist, hat sich diese Prognose nach tatsÃ¤chlicher Wiederaufnahme der Arbeit nicht bestÃ¤tigt. P1 hat hierzu in seinem urkundsbeweislich zu verwertenden Gutachten fÃ¼r die DRV nachvollziehbar dargelegt, dass es bei dem KlÃ¤ger zu Unwohlsein und ErschÃ¶pfungsphasen kommt, wobei er durch eine TÃ¤tigkeit von mehr als drei Stunden eine Belastung der Immunsituation mit ErhÃ¶hung des RÃ¼ckfallrisikos sieht, wodurch die deutliche Belastbarkeitsminderung des KlÃ¤gers unterstrichen wird. Den Befundberichten des K3 lÃ¤sst sich darÃ¼ber hinaus entnehmen, dass es im Verlauf zu keinen Befundbesserungen gekommen ist, weshalb seitens der DRV auch keine Veranlassung gesehen wurde, die GewÃ¤hrung der teilweisen Erwerbsminderungsrente aufzuheben. Diese wird vielmehr auf Dauer gewÃ¤hrt, wie der KlÃ¤ger in der mÃ¼ndlichen Verhandlung beim SG bestÃ¤tigt hat.

R3 und der K3 haben daneben â aufgrund der Belastungen des KlÃ¤gers nachvollziehbar â auf eine leichte affektive Unsicherheit mit AnpassungsstÃ¶rung und Ã¤ngstlich-depressiver Symptomatik verwiesen.

FÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend hat L1 in ihrer sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft darauf hingewiesen, dass die bei dem KlÃ¤ger bestehenden kognitiven EinschrÃ¤nkungen mit den daraus folgenden ausgeprÃ¤gten KonzentrationsstÃ¶rungen berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼ssen. Diese sind bereits von R3 beschrieben und in entsprechenden Testverfahren nachgewiesen worden. In diesem Zusammenhang ist bei der Analogbetrachtung in Rechnung zu stellen, dass nach den Vorgaben der VG, Teil B, Nr. 3.1 HirnschÃ¤den tendenziell hÃ¶her zu bewerten sind und bereits leichte, sich im Alltag gering auswirkende StÃ¶rungen eine Bewertung, mit einem GdB von 30 bis 40 rechtfertigen.

Dass die vorschnelle ErschÃ¶pfung und die mangelnde Belastbarkeit sich nicht nur im Berufsleben, sondern auch in der Freizeit auswirkt, wie der KlÃ¤ger geltend gemacht hat, ist fÃ¼r den Senat nachvollziehbar und wird dadurch untermauert, dass er die TÃ¤tigkeit als FuÃballtrainer nur als Co-Trainer ausfÃ¼hrt, weil er diese aus gesundheitlichen GrÃ¼nden nicht zuverlÃ¤ssig verrichten kann. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen hingegen nicht.

In der Gesamtschau der von der Chemotherapie verbliebenen EinschrÃ¤nkungen ist die Schwerbehinderteneigenschaft des KlÃ¤gers damit Ã¼ber den Zeitraum der HeilungsbewÃ¤hrung hinaus begrÃ¼ndet.

Auf die Berufung war daher das Urteil des SG abzuÃ¤ndern und der Bescheid vom 5. April 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Dezember 2019 aufzuheben, soweit mit diesem ein GdB von weniger als 50 festgestellt worden ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und berÃ¼cksichtigt, dass der KlÃ¤ger mit seinem Begehren in beiden Instanzen voll obsiegt hat.

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des

Â§ 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 03.05.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024