# S 8 SB 2546/20

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 8 SB 2546/20 |
| Datum | 11.01.2023 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 6 SB 385/23 |
| Datum | 20.04.2023 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Auf die Berufung des KlÃ¤gers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 11.Â Januar 2023 abgeÃ¤ndert.**

**Der Beklagte wird verpflichtet, unter Aufhebung des Bescheides vom 25. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2020 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 8. April 2019 einen Grad der Behinderung von 50 seit dem 1. April 2020 sowie einen Grad der Behinderung von 60 seit dem 13. Januar 2022 festzustellen.**

**Im Ãbrigen wird die Berufung zurÃ¼ckgewiesen.**

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

Â

**<u>Tatbestand</u>**

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

Er ist 1960 geboren, hat nach der mittleren Reife eine Ausbildung zum Maschinenschlosser absolviert und sich nach 10-jÃ¤hriger TÃ¤tigkeit in dem Beruf zum Maschinentechniker weitergebildet. AnschlieÃend ist er einer VollzeittÃ¤tigkeit als LKW-Fahrer im Holzhandel nachgegangen. Zuletzt war als er Fachkraft fÃ¼r Abwassertechnik bei der Stadtverwaltung beschÃ¤ftigt und ist seit April 2021 arbeitsunfÃ¤hig. Er ist verheiratet, die beiden Kinder wohnen nicht mehr mit im Eigenheim (vgl. Anamnese K3).

Am 3. August 2012 beantragte er bei dem Landratsamt G1 (LRA) erstmals die Feststellung des GdB. Vorgelegt wurde unter anderem der Befundbericht des B1 Ã¼ber die ambulante Untersuchung vom 28. Mai 2010. Danach habe sich nach durchgefÃ¼hrter Arthroskopie am rechten Knie bei viertgradiger Chondromalazie ein diskreter Erguss am rechten Knie mit noch endgradig eingeschrÃ¤nkter Beweglichkeit gezeigt. Im radiologischen Befund des Netzwerks fÃ¼r Radiologie Ã¼ber die Kernspintomographie (MRT) der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) vom 24. September 2010 wurde ein mediolateraler Bandscheibenvorfall C6/7 und eine ausgeprÃ¤gte Fehlhaltung der HWS beschrieben.

Zur Akte gelangte weiter der Entlassungsbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik K1 vom 9. August bis 7. September 2011. Die gestellten Ziele hÃ¤tten wÃ¤hrend der MaÃnahme erreicht werden kÃ¶nnen, bei Abschluss habe sich im Bereich der HWS und der linken Schulter eine durchgehend freie Beweglichkeit gezeigt.

L1 bewertete versorgungsÃ¤rztlich die degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule und die KnorpelschÃ¤den am rechten Kniegelenk je mit einem Teil-GdB von 20 und sah einen Gesamt-GdB von 30, den das LRA mit Bescheid vom 16. August 2012 seit dem 3. August 2012 feststellte.

Am 5. Dezember 2017 beantragte der KlÃ¤ger zum ersten Mal die Neufeststellung des GdB. Vorgelegt wurde der Befundbericht des S1 â Schmerztherapeutisches Zentrum â vom 24. Januar 2017. Dieser beschrieb anamnestisch eine seit dem 40.Â Lebensjahr beim KlÃ¤ger bestehende MigrÃ¤ne ohne Aura. Im Durchschnitt bestÃ¼nden vier bis sechs Kopfschmerztage pro Monat, daneben auch Verspannungen im Schulter-/Nackenbereich mit Schmerzausstrahlung in die Schulter. Sumatriptan und NSAR wÃ¼rden eingesetzt, der KlÃ¤ger habe jedoch den Eindruck, dass die Wirkung immer weniger effektiv sei.

Nachdem H8 versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen Bewertung festhielt, insbesondere die MigrÃ¤ne als nicht nachgewiesen erachtete, lehnte das LRA die Neufeststellung des GdB mit Bescheid vom 2. Januar 2018 ab.

Am 22. Januar 2019 beantragte der KlÃ¤ger zum zweiten Mal die Neufeststellung des GdB und legte neben einer Kopie seines âMigrÃ¤netagebuchesâ Befundberichte des H7 vor. Dieser gab am 26. September 2018 an, dass in den

letzten Monaten die MigrÃ¤neattacken hÃ¤ufiger geworden seien und 10 bis 15-mal im Monat starke Kopfschmerzen auftrÃ¤ten. Der KlÃ¤ger mÃ¼sse dann Sumatriptan 100 mg einnehmen, wobei sich die Kopfschmerzen nur manchmal besserten. Die am 31. Juli 2018 durchgefÃ¼hrte MRT des SchÃ¤dels sei unauffÃ¤llig gewesen. Er gehe von vaskulÃ¤ren Kopfschmerzattacken aus und habe zu einer medikamentÃ¶sen Prophylaxe geraten.

H8 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass die Angaben im MigrÃ¤netagebuch auf Selbstangaben des KlÃ¤gers beruhten, diese aber durch die Verordnungszahlen von Sumatriptan und Topiramat nachvollziehbar seien, die erhoben werden mÃ¼ssten. Der H3 gab daraufhin an, dem KlÃ¤ger am 14. Mai, 11.Â Juli und 23. Oktober 2018 je 12 StÃ¼ck Sumatriptan 100 mg verordnet zu haben. Dies auswertend wies H8 darauf hin, dass die angegebene Anzahl von MigrÃ¤neanfÃ¤llen nicht zu den aktenkundigen Verordnungszahlen von Sumatriptan passe. Das MigrÃ¤neleiden kÃ¶nne daher mit keinem hÃ¶heren Teil-GdB als 30 bewertet werden.

Mit Bescheid vom 8. April 2019 hob das LRA den Bescheid vom 16. August 2012 auf und stellte einen GdB von 40 seit dem 22. Januar 2019 fest.

Im Widerspruchsverfahren wurde der Befundbericht des H7 vom 7. Mai 2019 vorgelegt. Danach beschreibe der KlÃ¤ger einen Leistungsknick mit gedrÃ¼ckter Stimmung und einem Antriebsdefizit sowie MigrÃ¤neattacken, die derzeit zwei- bis dreimal die Wochen auftrÃ¤ten. Dieser sei dann gezwungen, Sumatriptan 100 einzunehmen und dies manchmal bis zu fÃ¼nfmal die Woche. Psychisch sei die Stimmung gedrÃ¼ckt, die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt. Es bestÃ¼nden kein Anhalt fÃ¼r SuizidalitÃ¤t oder inhaltliche DenkstÃ¶rungen. Es liege eine mittelgradige depressive Episode vor, wobei differentialdiagnostisch an eine depressive AnpassungsstÃ¶rung im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms zu denken sei. Er habe jetzt Escitalopram, niedrig dosiert, verordnet. Hinsichtlich der MigrÃ¤ne habe er eine medikamentÃ¶se Prophylaxe versucht, die wegen der Nebenwirkungen habe abgesetzt werden mÃ¼ssen. Eine solche mit einem Betablocker sei wirkungslos gewesen.

Nachdem H8 versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen Bewertung festhielt, wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â□□ Landesversorgungsamt â□□ den Widerspruch mit Widerspruchbescheid vom 29. Mai 2019 zurÃ¼ck.

Am 1. April 2020 beantragte der KlÃ¤ger zum dritten Mal die Neufeststellung des GdB. Vorgelegt wurde der Befundbericht des H7, der unverÃ¤nderte Beschwerden mit starken MigrÃ¤neattacken, teilweise bis zu drei Tage ununterbrochen anhaltend, beschrieb. Die MigrÃ¤neattacken gingen mit Ã□belkeit, Erbrechen und ab und zu auch einem Flimmerskotom einher. Im Anschluss an die schweren MigrÃ¤neattacken benÃ¶tige der KlÃ¤ger eine Erholungsphase von ein bis zwei Tagen. Psychisch sei die Stimmung gedrÃ¼ckt, die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt, es habe kein Anhalt fÃ¼r SuizidalitÃ¤t bestanden.

Das LRA zog den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik K1 Ã¼ber die neurologische Rehabilitation vom 30. Januar bis 5. MÃ¤rz 2020 bei. Dort berichtete

der KlÃ¤ger, dass schmerzhafte Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich, bewegungsabhÃ¤ngige Schmerzen im Schultergelenk rechts sowie seit Jahren bestehende RÃ¼ckenschmerzen und Schmerzen im rechten Kniegelenk bei einer Wegstrecke von mehr als 30 km bestÃ¼nden.

Psychisch sei der KlÃ¤ger wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Es bestÃ¼nden keine GedÃ¤chtnis- oder AufmerksamkeitsstÃ¶rungen. Die Stimmung sei zum depressiven Pol bei reduzierter affektiver SchwingungsfÃ¤higkeit verschoben. Beim leichtgradigem Antriebsdefizit bestÃ¼nden keine psychomotorischen StÃ¶rungen.

Die Koordination in den Zeige- und Halteversuchen sei ebenso wie die Gang- und StandprÃ¼fung sicher. OrthopÃ¤disch zeige sich ein aufrechtes Gangbild sowie eine rechtskonvexe Skoliose der WirbelsÃ¤ule bei ausgeprÃ¤gter Kyphose der BrustwirbelsÃ¤ule (BWS). Es bestehe eine eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit in der HWS und in der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS). Der Zehen-, Fersen- und Einbeinstand seien beidseits sicher ausfÃ¼hrbar. Die groÃen Gelenke seien frei beweglich gewesen, Thorax und Becken stabil.

Auf neurologischem Fachgebiet imponiere eine sehr hÃ¤ufig auftretende MigrÃ¤ne, die medikamentÃ¶s mit Sumatriptan eingestellt sei. Auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet werde Ã¼ber Nackenschmerzen ohne subjektiv empfundene sensomotorische AusfÃ¤lle geklagt. Die Beweglichkeit der HWS habe fÃ¼r die Rechts-/Linksrotation bei 70-0-75Â°, fÃ¼r die Rechts-/Linksseitneigung bis 20-0-20Â° und fÃ¼r die Rotation in der Atlasebene bei 40-0-40Â° gelegen. Psychisch bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit depressiver Stimmungslage. Die Medikation sei angepasst worden, eine ErhÃ¶hung mÃ¶glich. Ein erneuter Prophylaxe-Versuch hinsichtlich der MigrÃ¤ne solle Ã¼berdacht werden.

O3 legte versorgungsÃ¤rztlich dar, dass der Teil-GdB fÃ¼r die MigrÃ¤ne auf 40 angehoben werden kÃ¶nne. Die orthopÃ¤dischen Beschwerden begrÃ¼ndeten nur leichtgradige FunktionseinbuÃen, Ãberschneidungen zwischen den WirbelsÃ¤ulenbeschwerden und dem Kopfschmerzsyndrom blieben zu diskutieren. Dementsprechend werde die Schwerbehinderteneigenschaft weiterhin nicht erreicht.

Den Neufeststellungsantrag lehnte das LRA mit Bescheid vom 25. Juni 2020 ab.

Den Widerspruch des KlÃ¤gers wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 10. September 2020 zurÃ¼ck. Von AusnahmefÃ¤llen abgesehen fÃ¼hrten leichtere GesundheitsstÃ¶rungen, die nur mit einem GdB von 10 zu bewerten seien, nicht zu einer Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigungen, die bei der Gesamtbeurteilung berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnten, auch dann nicht, wenn mehrere derartige GesundheitsstÃ¶rungen nebeneinander bestÃ¼nden. Selbst bei leichten FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen mit einem GdB-Grad von 20 sei es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des AusmaÃes der

Behinderung zu schlieÃen. Ãber den GdB sei letztmals mit Bescheid vom 8. April 2019 entschieden worden. In den VerhÃ¤ltnissen, die diesem Bescheid zugrunde lagen, sei eine wesentliche Ãnderung, die eine ErhÃ¶hung des bisherigen GdB rechtfertigen kÃ¶nne, nicht eingetreten. Zwar habe als weitere FunktionsbeeintrÃ¤chtigung eine âdepressive Verstimmung, AnpassungsstÃ¶rungâ mit einem Teil-GdB von 10 berÃ¼cksichtigt werden kÃ¶nnen, die neu festgestellte FunktionsbeeintrÃ¤chtigung fÃ¼hre jedoch zu keiner wesentlichen Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung und damit zu keinem hÃ¶heren GdB. Die MigrÃ¤ne sei mit einem Teil-GdB von 40 leidensgerecht bewertet, hÃ¤ufigere AnfÃ¤lle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend, seien dabei berÃ¼cksichtigt. BezÃ¼glich der orthopÃ¤dischen Beschwerden seien nur leichtgradige FunktionseinbuÃen belegt. Neurologische AuffÃ¤lligkeiten bestÃ¼nden nicht.

Am 5. Oktober 2020 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und den Befundbericht des H7 vom 28. Januar 2021 vorgelegt. Danach sei die Symptomatik unverÃ¤ndert. Der KlÃ¤ger leide derzeit zweimal die Woche unter starken MigrÃ¤neattacken, die bis zu 3 Tage ununterbrochen anhielten und sich manchmal nach Einnahme von Sumatriptan 100 mg besserten. Nach wie vor beklage er einen Leistungsknick einhergehend mit einer depressiven Symptomatik und sehe als AuslÃ¶ser die hÃ¤ufigen MigrÃ¤neattacken an. Psychisch sei die Grundstimmung gedrÃ¼ckt, die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt. Eine MigrÃ¤neprophylaxe sei erfolgt, habe aber die HÃ¤ufigkeit der Attacken nicht verringern kÃ¶nnen. Die Appetitlosigkeit habe bereits zu einer Gewichtsabnahme gefÃ¼hrt, die LeistungsfÃ¤higkeit am Arbeitsplatz sei erheblich eingeschrÃ¤nkt. Es liege eine schwere Verlaufsform einer MigrÃ¤ne und eine depressive AnpassungsstÃ¶rung (mittelgradige depressive Episode) vor.

Das SG hat das nervenÃ¤rztliche SachverstÃ¤ndigengutachten des L3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 4. Mai 2021 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, mehrfach pro Woche unter massiven Kopfschmerzen, verbunden mit Lichtscheu, GerÃ¤uschempfindlichkeit, Ãbelkeit und Erbrechen zu leiden. Vielfach mÃ¼sse er sich hinlegen, fÃ¼hle sich reizbar und habe sich in den vergangenen Jahren zunehmend zurÃ¼ckgezogen. Nacken-Hinterkopf-Schmerzen und eine Nackensteifigkeit lÃ¤gen vor, dabei hÃ¤tten die Nacken-Hinterkopf-Schmerzen einen dumpf-drÃ¼ckender Charakter, den er von den pulsierenden, stechenden MigrÃ¤neattacken abgrenzen kÃ¶nne. Die paravertebrale Muskulatur sei insbesondere entlang der HWS druckschmerzhaft und verspannt, die Beweglichkeit sei abgesehen von einer gelegentlichen schmerzhaften Gegenspannung nicht eingeschrÃ¤nkt. Das Stehen und Gehen seien jeweils frei.

Psychiatrisch sei der KlÃ¤ger offen, aber nur in Grenzen kooperationsfÃ¤hig. Die gestellten Fragen wÃ¼rden zÃ¶gernd, mit erkennbarer emotionaler Belastung beantwortet. Die PersÃ¶nlichkeit sei eher einfach strukturiert, wenig flexibel, er verfÃ¼ge Ã¼ber reduzierte verbale KonfliktlÃ¶sestrategien. Das KrankheitsverstÃ¤ndnis sei dominierend somatisch. In Belastungs- und Einengungssituationen wÃ¼rden kÃ¶rperlich im Ansatz vorhandene Beschwerden verstÃ¤rkt erlebt. Die IntrospektionsfÃ¤higkeit sei gering, es bestÃ¼nden keinerlei

Hinweise auf bewusste Simulation oder plumpe Aggravation von Beschwerden. Die Stimmung sei mittelschwer depressiv ausgelenkt. Affektiv bestehe eine nahezu aufgehobene SchwingungsfÃ¤higkeit, die Psychomotorik sei gebunden, der Affekt eingeschrÃ¤nkt. Es werde nur schwer Blickkontakt gehalten, Angst bestehe und sei im Zuge der Exploration verbunden mit einer inneren Unruhe und Anspannung. Thematisiert werde wiederholt die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes im Kontext wiederholter ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten. Depressionstypische SchlafstÃ¶rungen seien vorgebracht worden.

Diagnostisch habe sich ein komplexes Kopfschmerzgeschehen vor dem Hintergrund vertebragener Kopfschmerzen bzw. Muskelverspannungskopfschmerzen, analgetikainduzierter Kopfschmerzen und einer MigrÃ¤ne, weitergehend eine aktuell mittelschwere Depression und Angst gezeigt.

Bei dem komplexen Kopfschmerzgeschehen spielten einerseits eine MigrÃ¤ne, andererseits ein schmerzhaftes WirbelsÃ¤ulensyndrom mit ausstrahlenden Beschwerden bzw. Spannungskopfschmerzen und ein analgetikainduzierter Kopfschmerz eine Rolle. Mit Blick auf den bestehenden Triptane-Abusus spiele dabei der analgetikainduzierte Kopfschmerz eine besondere Rolle und sei letztendlich auch besonders gefÃ¤hrlich. Analgetikainduzierte Kopfschmerzen seien unter Kopfschmerzpatienten recht hÃ¤ufig. Notwendig sei ein Stopp der Schmerzmitteleinnahme und dann die Therapie der ggf. vorliegenden dominierend HWS-assoziierten Schmerzen mittels krankengymnastischer und physikalischer MaÃnahmen oder der zugrundeliegenden MigrÃ¤ne mit vorbeugend wirkenden Substanzen. Ein Teil-GdB von 30 fÃ¼r das komplexe Kopfschmerzgeschehen sei durchaus gerechtfertigt. Es sei dringend geboten, eine strikte Analgetika-Abstinenz einzuhalten und insbesondere auf Triptane zu verzichten. In Kombination mit einer adÃ¤quaten MigrÃ¤neprophylaxe und einer effektiven Behandlung der bestehenden DepressivitÃ¤t sei in einem Zeitraum von 1 bis 2 Jahren mit einer Besserung zu rechnen.

Vor dem Hintergrund einer positiven Familienanamnese bestehe eine rezidivierend depressive StÃ¶rung und Angst, die aktuell durchaus mittelschwer ausgeprÃ¤gt sei. Es finde zwar eine Mirtazapin-Medikation statt, diese reiche aber offensichtlich nicht aus, das Beschwerdebild ausreichend zu behandeln. Ersichtlich sei es bei dem KlÃ¤ger bislang nicht gelungen, die bestehende DepressivitÃ¤t nachhaltig zu bessern. Eine nicht effektiv behandelte psychische StÃ¶rung werde langfristig zu einem zunehmenden RÃ¼ckzug fÃ¼hren. Dies gelte insbesondere dann, wenn in der PersÃ¶nlichkeit eine nur eingeschrÃ¤nkte FlexibilitÃ¤t oder IntrospektionsfÃ¤higkeit, also eine einfache Struktur festzustellen sei. Zur Prognose sei auszufÃ¼hren, dass diese nicht schlecht sein mÃ¼sse. Eine angepasste Therapie sei durchaus geeignet, mittelfristig zu einer Stabilisierung beizutragen. Die durchaus mittelschwere depressive StÃ¶rung sei mit einem GdB von 30 zu bewerten.

In der Gesamtschau mit dem Knorpelschaden am rechten Kniegelenk, der mit einem GdB von 20 beurteilt worden sei, mÃ¼sse von einem Gesamt-GdB von 50 ausgegangen werden.

Zur Akte gelangt ist der Befundbericht des H7 vom 30. April 2021. Danach berichte der KlÃ¤ger Ã¼ber eine Zunahme der MigrÃ¤neattacken. Er fÃ¼hre ein Kopfschmerztagebuch und leide unter 15 MigrÃ¤neattacken im Monat. Die gÃ¤ngigen Prophylaktika hÃ¤tten sich als unwirksam erwiesen, das gelte auch fÃ¼r die angesetzte Prophylaxe mit Aimovig 70 mg, die wieder abgesetzt worden sei. Zudem liege eine mittelgradige depressive Episode vor, wobei differentialdiagnostisch an eine depressive AnpassungsstÃ¶rung im Rahmen von chronischen Kopfschmerzen zu denken sei. Er habe jetzt Mirtazapin verordnet, wobei die Dosis bei guter VertrÃ¤glichkeit gesteigert werden kÃ¶nne.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten unter Vorlage der Stellungnahme der G2 entgegengetreten. L3 sehe ein komplexes Kopfschmerzgeschehen und eine mittelschwere DepressivitÃ¤t, es bestehe aber eine massive Ãberlagerung zwischen den Diagnosen, sodass ein Teil-GdB von 40 weiterhin ausreichend hoch bemessen sei. Hinsichtlich der WirbelsÃ¤ule fÃ¤nden sich im Rehabilitationsentlassungsbericht keine relevanten FunktionseinschrÃ¤nkungen, solche beschreibe L3 ebenfalls nicht. Ein Teil-GdB von 20 lasse sich Ã¼berhaupt nicht Ã¼berzeugend rechtfertigen, das Schmerzsyndrom sei unter Punkt 1 berÃ¼cksichtigt. Am rechten Kniegelenk bestehe ein Zustand nach operativem Eingriff im Mai 2020. Seinerzeit sei ein Knorpelschaden nachgewiesen worden. Ein aussagekrÃ¤ftiger aktueller orthopÃ¤discher Befundbericht liege nicht vor. Im aktuellen Rehabilitationsentlassungsbericht von 2020 sei eine FunktionseinschrÃ¤nkung oder ein Reizzustand nicht aufgefÃ¼hrt. Eine MRT-Untersuchung oder ein RÃ¶ntgenbefund mit Nachweis einer relevanten Arthrose liege ebenfalls nicht vor. Es kÃ¶nne nur ein (schwacher) Teil-GdB von 20 angenommen werden. Hinsichtlich der linken Schulter liege ein aktueller orthopÃ¤discher Befundbericht mit Nachweis einer relevanten FunktionseinschrÃ¤nkung nicht vor. Der Teil-GdB sei mit 10 zu bewerten, der Gesamt-GdB weiter mit 40.

AnschlieÃend hat das SG das orthopÃ¤dische SachverstÃ¤ndigengutachten des K3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 13. Januar 2022 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, zwei- bis viermal die Woche unter massiven Kopfschmerzen zu leiden, die mit Lichtscheu, GerÃ¤uschempfindlichkeit, Ãbelkeit und Erbrechen einhergingen. Es seien SchlafstÃ¶rungen mit daraus folgendem Schlafdefizit und KonzentrationsstÃ¶rungen tagsÃ¼ber beschrieben worden. Es bestÃ¼nden Schmerzhaftigkeiten im Bereich der HWS, z. T. in den Hinterkopf ausstrahlend, sowie Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks. Die Belastbarkeit sei reduziert, joggen nicht mehr mÃ¶glich. Die Gehstrecke sei auf circa 1 Kilometer begrenzt. Beim Heben des linken Armes Ã¼ber die Horizontale bestehe eine Schmerzhaftigkeit, dessen Einsatz sei eingeschrÃ¤nkt.

In der Untersuchungssituation sei das An- und Auskleiden selbststÃ¤ndig mit VerzÃ¶gerung erfolgt. Beim Gehen zu ebener Erde zeige sich ein leicht rechtsseitiges VerkÃ¼rzungshinken, der Einbeinstand und das monopedale HÃ¼pfen sei beidseits vorzufÃ¼hren und nicht krankhaft verÃ¤ndert gewesen.

Die seitliche Hals- und Nackenmuskulatur sei bei der Aufforderung, den Kopf vor-

und rÃ¼ckzuneigen seitengleich angespannt. Im zwanglosen Stand sei die Nackenmuskulatur verspannt. Das Vor- und RÃ¼ckneigen des OberkÃ¶rpers sei mit mÃ¤Ãiger EinschrÃ¤nkung aktiv vorgefÃ¼hrt worden, das Zeichen nach Ott liege bei 30:33 cm. Die SeitneigefÃ¤higkeit der LWS sei seitengleich, das Zeichen nach Schober betrage 10:15 cm.

Die linksseitige Schultergelenksbeweglichkeit sei im Seitenvergleich eingeschrÃ¤nkt, die rechtsseitige physiologisch. Nacken- und SchÃ¼rzengriff seien beidseits vorgefÃ¼hrt worden, linksseitig seien Schmerzen angegeben worden.

Beim Stand zu ebener Erde habe ein leichter Beckentiefstand rechts infolge der relativen BeinverkÃ¼rzung wegen des Streckdefizits des rechten Beines bestanden. Das rechte Kniegelenk habe im Seitenvergleich etwas verdickt gewirkt, die Umrisszeichnungen im Bereich des Beckens, beider Ober- und Unterschenkel sowie der FÃ¼Ãe seien seitengleich und altersentsprechend physiologisch ausgebildet. Die Muskulatur beider unteren ExtremitÃ¤ten sei seitengleich und altersentsprechend normal krÃ¤ftig ausgebildet. Die BewegungsfÃ¤higkeit im Bereich des rechten Kniegelenks sei bezÃ¼glich Streck- und BeugefÃ¤higkeit im Seitenvergleich eingeschrÃ¤nkt. Die aktive und passive Beweglichkeit aller Ã¼brigen Gelenke der unteren ExtremitÃ¤ten sei altersentsprechend normal und seitengleich ausgebildet. Die Seitenbandhaft beider Kniegelenke sowie die Kreuzbandhaft seien fest gewesen. Meniskuszeichen hÃ¤tten sich keine auslÃ¶sen lassen. Das Zohlenzeichen als Zeichen einer SchÃ¤digung des patellofemoralen Gelenks sei beidseits negativ. Rechtsseitig habe sich der Befund der â tanzenden Patellaâ als Ausdruck einer Ergussbildung im Bereich des rechten Kniegelenks (Reizerscheinung) gezeigt. Die grobe Kraft sei seitengleich und nicht eingeschrÃ¤nkt gewesen, die SensibilitÃ¤t habe sich verglichen an den korrespondierenden Stellen der unteren ExtremitÃ¤t seitengleich normal gezeigt.

Es bestehe eine schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte BewegungsfÃ¤higkeit und Belastbarkeit des rechten Kniegelenks nach rechtsseitiger Kniegelenksarthroskopie 2010 mit KnorpelglÃ¤ttung bei dritt- bis viertgradiger Chondropathie sowie nun bestehender Gonarthrose Typ Kellgren 3 mit Reizerscheinung (Kniegelenkserguss) sowie rechtsseitigem Beckentiefstand wegen relativer BeinverkÃ¼rzung rechts infolge eines Kniestreckdefizits und dadurch hervorgerufenem VerkÃ¼rzungshinken rechts. Weiter lÃ¤gen eine eingeschrÃ¤nkte Belastbarkeit des linken Schultergelenks und eine schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte BewegungsfÃ¤higkeit und Belastbarkeit der HWS bei Osteochondrose C5/6 und C6/6 sowie mediolateralem Bandscheibenvorfall C5/6 links, C6/7 links und C4/5 rechts vor.

Eine BandinstabilitÃ¤t am Kniegelenk habe nicht bestanden, ein Streckdefizit im Kniegelenk von 5Â° werde beim Gehen weitgehend kompensiert, ab 10Â° komme es zu einer mÃ¤Ãigen BeeintrÃ¤chtigung der Gangabwicklung mit funktioneller BeinverkÃ¼rzung und Problemen bei der KraftÃ¼bertragung mit vermehrter Muskelarbeit. Die GelenkflÃ¤chen seien bei dem KlÃ¤ger verÃ¤ndert gewesen, diese VerÃ¤nderungen fÃ¼hrten zu belastungsabhÃ¤ngigen Beschwerden. Eine lÃ¤ngere Schonung oder Entlastung habe anhand des seitengleichen Muskelmantels ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Ein Reizzustand habe festgestellt werden

kÃ¶nnen, ebenso ein vermehrter Kniegelenksumfang rechts. Da die gonarthrotischen VerÃ¤nderungen nur rechtsseitig vorlÃ¤gen, kÃ¶nne eine Kompensation durch die schmerzfrei belastbare linke untere ExtremitÃ¤t erfolgen. Die Bewegungs- und FunktionseinschrÃ¤nkung sei als mittelschwer, die KnorpelschÃ¤den seien als sehr schwer zu bewerten. Hieraus resultiere ein Teil-GdB von 30. Die FunktionseinschrÃ¤nkungen im Bereich des rechten Knies seien bislang nur unzureichend gewÃ¼rdigt worden.

Die Belastbarkeit und die LeistungsfÃ¤higkeit der HWS sei wegen der festgestellten Aufbraucherscheinungen eingeschrÃ¤nkt. Aus der eingeschrÃ¤nkten BewegungsfÃ¤higkeit resultiere eine verminderte rasche Orientierung im Raum, weshalb zahlreiche TÃ¤tigkeiten eingeschrÃ¤nkt seien. Die Bewegungs- und FunktionseinschrÃ¤nkung sei als geringgradig zu klassifizieren und mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

An den Schultergelenken habe sich eine nur geringgradige BewegungseinschrÃ¤nkung links gezeigt, die mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten sei.
L3 habe in seinem SachverstÃ¤ndigengutachten prÃ¤zise das komplexe Schmerzgeschehen wie die mittelschwere DepressivitÃ¤t und Angst beschrieben und gutachterlich jeweils mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet. Eine wesentliche Ãberlagerung habe dieser nicht gesehen, sodass unklar bleibe, weshalb versorgungsÃ¤rztlich von einer massiven Ãberlagerung ausgegangen werden. Eine BegrÃ¼ndung fehle gÃ¤nzlich.

Die EinschÃ¤tzung der G2 das rechte Kniegelenk betreffend, sei nicht nachvollziehbar. Die dritt- bis viertgradigen KnorpelschÃ¤den im femoralen Gleitlager und medialen Kniegelenkskompartiment seien arthroskopisch und radiologisch im Vollbeweis dokumentiert, ferner kÃ¶nne ein Streck- und Beugedefizit mit Reizerscheinungen (Kniegelenkerguss, âtanzende Patellaâ) festgestellt werden.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten durch Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des H2 entgegengetreten. Im Funktionssystem âGehirn einschlieÃlich Psycheâ kÃ¶nne weiterhin nur ein Teil-GdB von 40 angenommen werden. Es wÃ¼rden keine Antidepressiva regelmÃ¤Ãig eingenommen und die GesundheitsstÃ¶rungen auf diesem Fachgebiet Ã¼berlagerten sich.

Am rechten Kniegelenk liege nur eine minimale FunktionseinschrÃ¤nkung mit einer BeugefÃ¤higkeit von 130Â° und einem Streckdefizit von 10Â° vor. AuÃerdem werde auf die Verdickung des rechen Kniegelenks hingewiesen, die aber bei einer vergleichenden Umfangs-Messung nur 1 cm betrage. Ansonsten bestehe eine vollkommen seitengleiche Bemuskelung beider Beine. Dies spreche dagegen, dass das rechte Bein wegen der Probleme von Seiten des rechten Kniegelenks anhaltend geschont werden mÃ¼sse. Die durchgefÃ¼hrte Arthroskopie sei erfolgreich gewesen, es fÃ¤nden sich keine Osteophyten. Die einzige AuffÃ¤lligkeit sei, dass die Gelenkspaltweiten rechts gegenÃ¼ber links reduziert gewesen seien. Damit sei der

bisherige GdB von 20 fÃ¼r die BelastungseinschrÃ¤nkung des rechten Kniegelenks weiterhin vÃ¶llig ausreichend, sogar groÃzÃ¼gig. Die minimale EinschrÃ¤nkung der BeugefÃ¤higkeit auf 130Â° und das leichte Streckdefizit von 10Â° stellten keine wesentliche BeeintrÃ¤chtigung dar. Hinweise auf eine BandinstabilitÃ¤t fÃ¤nden sich am rechten Kniegelenk nicht.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11. Januar 2023 abgewiesen. Eine wesentliche Ãnderung in den VerhÃ¤ltnissen sei nicht nachgewiesen. Die gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem â€Gehirn einschlieÃlich Psycheâ€ seien mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten.. L3 habe ein komplexes Kopfschmerzgeschehen sowie eine mittelschwere Depression und Angst diagnostiziert und hierfÃ¼r jeweils einen Einzel-GdB von 30 vorgeschlagen. Zwar sei fÃ¼r das komplexe Kopfschmerzgeschehen ein Einzel-GdB von 30 nachvollziehbar, fÃ¼r die Depression und Angst aber ein solcher von 20 ausreichend. Wesentliche EinschrÃ¤nkungen der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit seien nicht nachgewiesen, die beiden GesundheitsstÃ¶rungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet Ã¼berlagerten sich, weshalb ein Teil-GdB von 40 zu bilden sei. Im Funktionssystem â€Beineâ€ sei ein Teil-GdB von 20 angemessen. VersorgungsÃ¤rztlich sei nachvollziehbar ausgefÃ¼hrt worden, dass der bisherige GdB von 20 fÃ¼r die BelastungseinschrÃ¤nkung des rechten Kniegelenks vÃ¶llig ausreichend, sogar groÃzÃ¼gig sei. Die minimale EinschrÃ¤nkung der BeugefÃ¤higkeit auf 130Â° und das leichte Streckdefizit von 10Â° stellten keine wesentliche BeeintrÃ¤chtigung dar. Hinweise auf eine BandinstabilitÃ¤t fÃ¤nden sich nicht. Es liege nur eine minimale FunktionseinschrÃ¤nkung vor und bei der von K3 beschriebenen Verdickung des rechten Kniegelenks habe die Umfangsdifferenz nur 1 cm betragen. Im Rehabilitationsentlassungsbericht habe der KlÃ¤ger nur Ã¼ber Knieschmerzen bei einer Wegstrecke von mehr als 30 km berichtet, ein Teil-GdB von 20 daher mehr als ausreichend. Dass sich die BeeintrÃ¤chtigungen im Bereich des rechten Knies verschlechtert hÃ¤tten, habe der KlÃ¤ger nicht vorgetragen. Im Funktionssystem â€Rumpfâ€ sei ein Teil-GdB von 10 ebenso ausreichend, wie im Funktionssystem â€Armeâ€. Der Gesamt-GdB betrage damit 40, der Teil-GdB von 20 im Funktionssystem â€Beineâ€ wirke sich nicht erhÃ¶hend aus, da es sich nur um eine leichte FunktionsbeeintrÃ¤chtigung handele.

Am 6. Februar 2023 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Das Kopfschmerzgeschehen und die DepressivitÃ¤t seien als mittelschwer bis schwer einzuordnen, wie auch L3 ausgefÃ¼hrt habe. Daneben begrÃ¼ndeten die von K3 festgestellten EinschrÃ¤nkungen am rechten Knie einen Teil-GdB von 30, sodass die festgestellten GesundheitsstÃ¶rungen zu einem Gesamt-GdB von 50 fÃ¼hrten.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 11. Januar 2023 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter Aufhebung des Bescheides vom 25. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2020 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 8. April 2019 einen GdB von

mindestens 50 seit dem 1.Â April 2020 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 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 Ã¼berwiegend begrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 11. Januar 2023, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB unter Aufhebung des Bescheides vom 25.Â Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 10. September 2020 sowie sinngemÃ¤Ã unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 8. April 2019 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. September 2009 âÂ BÂ 6Â KAÂ 34/08Â â, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, Â§ 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die teilweise BegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der teilweisen BegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 25. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2020 ist rechtswidrig und verletzt den KlÃ¤ger in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 2 SGG). Dieser kann die hÃ¶here Neufeststellung des GdB beanspruchen, nachdem weder die im Verwaltungsverfahren durchgefÃ¼hrte SachaufklÃ¤rung die Ablehnung des Neufeststellungsantrages trÃ¤gt, noch die eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten im Klageverfahren eine Abweisung der Klage rechtfertigen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist Â§ 48 Abs. 1 SatzÂ 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ X). Danach ist, soweit inÂ den tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mitÂ Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Ãnderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufzuheben. GemÃ¤Ã Â§ 48 Abs. 1

Satz 2 SGB X soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der VerhÃ¤ltnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr.Â 1 SGBÂ X). Dabei liegt eine wesentliche Änderung 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 Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt desÂ Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsÃ¤chlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung fÃ¼hrt. Von einer wesentlichen Änderung im Gesundheitszustand ist auszugehen, wenn diese einen um wenigstens 10 verÃ¤nderten Gesamt-GdB rechtfertigt (vgl. BSG, Urteil vom 11.Â November 2004 â€ÂÂ BÂ 9Â SBÂ 1/03 R â€, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung 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 Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des â€ teilweise â€ aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der ÄberprÃ¼fung 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 erfÃ¼llt, nachdem durch den Rehabilitationsentlassungsbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 30. Januar bis 5. MÃ¤rz 2020 eine wesentliche Änderung gegenÃ¼ber dem maÄgebenden Vergleichsbescheid vom 8. April 2019 objektiviert worden ist, die die Neufeststellung des GdB schon zum Antragszeitpunkt gerechtfertigt hat. Daneben liegt eine wesentliche Änderung im orthopÃ¤dischen Befund vor, die wÃ¤hrend des erstinstanzlichen Klageverfahrens durch das SachverstÃ¤ndigengutachten des K3 objektiviert worden ist und zu einer weiteren Anhebung des Gesamt-GdB ab dessen Untersuchungszeitpunkt fÃ¼hrt.

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 âVersorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ (VG) zu Â§Â 2Â VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31.Â DezemberÂ 2008 heranzuziehenden âAnhaltspunkte 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 âAlterskrankheitenâ (etwa âAltersdiabetesâ oder âAltersstarâ) 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 Gesamt-GdB schon zum Zeitpunkt des Neufeststellungsantrages 50 betragen hat und seit der Begutachtung durch K3 60 betrÃ¤gt.

Die vorwiegenden FunktionseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers liegen im Funktionssystem âGehirn einschlieÃlich Psycheâ, werden durch die MigrÃ¤ne und die depressive StÃ¶rung bedingt und sind mit einem Teil-GdB von 50 zu bewerten.

Nach den VG, Teil B, Nr. 2.3 ist die echte MigrÃ¤ne je nach HÃ¤ufigkeit und Dauer der AnfÃ¤lle sowie AusprÃ¤gung der Begleiterscheinungen bei einer leichten Verlaufsform (AnfÃ¤lle durchschnittlich einmal monatlich) mit einem GdB von 0 bis 10, eine mittelgradige Verlaufsform (hÃ¤ufigere AnfÃ¤lle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) mit einem GdB von 20 bis 40 und eine schwere Verlaufsform (lang andauernde AnfÃ¤lle mit stark ausgeprÃ¤gten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) mit einem GdB von 50 bis 60 zu bewerten.

Hiervon ausgehend ist bei dem KlÃ¤ger eine mittelgradige Verlaufsform der MigrÃ¤ne objektiviert, die die AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens rechtfertigt, wie dies auch versorgungsÃ¤rztlich von O3 schon im Verwaltungsverfahren gesehen worden ist. Bei dem KlÃ¤ger bestehen zwischenzeitlich bis zu drei Tage ununterbrochen anhaltende starke MigrÃ¤neattacken, die mit Ãbelkeit, Erbrechen und teilweise einem Flimmerskotom einhergehen, wie der Senat dem mit dem Neufeststellungsantrag vorgelegten Befundbericht des H7 entnimmt. Dessen Feststellungen sind von der Rehabilitationsklinik bestÃ¤tigt worden, die auf eine sehr hÃ¤ufig auftretende MigrÃ¤ne, die medikamentÃ¶s mit Sumatriptan eingestellt ist, verweist. HÃ¤ufigere AnfÃ¤lle, die jeweils einen oder mehrere Tage anhalten, sind somit ebenso objektiviert wie die medikamentÃ¶se Behandlungsnotwendigkeit. Daneben ist einerseits in Rechnung zu stellen, dass H7 zunÃ¤chst nur 4 bis 6 Kopfschmerztage pro Monat angegeben hat, wÃ¤hrend nunmehr Ã¼ber 10 bis 15 Tage berichtet werden, mithin die Anfallspausen deutlich weniger geworden sind, sich die Anfallsdauer aber verlÃ¤ngert hat, was bereits die Grenze zu einer schweren Verlaufsform erreicht. Andererseits sind von H7 mehrfach erfolglos durchgefÃ¼hrte Prohylaxe-Versuche mit unterschiedlichen Medikationen beschrieben, was eine gewisse Therapieresistenz belegt und ebenfalls auf die AusprÃ¤gung der Symptomatik hindeutet.

FÃ¼r eine AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens spricht darÃ¼ber hinaus, wie vonÂ L3 unter Auswertung der Vorbefunde Ã¼berzeugend herausgearbeitet worden

ist, dass bei dem KlÃ¤ger neben der MigrÃ¤ne noch Verspannungen in der HWS-Muskulatur bestehen, die zu einer neben der MigrÃ¤ne bestehenden Kopfschmerzsymptomatik fÃ¼hren. Der Aktenlage ist zu entnehmen, dass radiologisch bereits 2010 degenerative VerÃ¤nderungen an der HWS gesichert worden sind (vgl. den Befundbericht des Netzwerks fÃ¼r Radiologie vom 24. September 2010) und wÃ¤hrend der Rehabilitation ist festgehalten worden, dass eine eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HWS bestanden hat. Der eingeschrÃ¤nkte Funktionsbefund wird aus der nur mit 20-0-20Â° mÃ¶glichen Rechts-/Linksseitneigung deutlich. Ebenso hat der K3 die Beweglichkeit der HWS fÃ¼r Streckung/Beugung mit 50-0-30Â° (Norm: 40 bis 50Â°-0-50 bis 70Â°), die Rechts-/Linksseitneigung mit 20-0-20Â° (Norm: 30 bis 40Â°-0-30 bis 40Â°) und die Rotation mit 50-0-50Â° (Norm: 60 bis 80Â°-0-60 bis 80Â°) befundet. Somit sind in mehreren Bewegungsrichtungen mehr als hÃ¤lftige BewegungseinschrÃ¤nkungen befundet. Jedoch Ã¼berzeugen die versorgungsÃ¤rztlichen AusfÃ¼hrungen des O3, dass Ãberschneidungen mit der Kopfschmerzsymptomatik bestehen und die FunktionseinschrÃ¤nkungen daher im Funktionssystem â€Gehirn einschlieÃlich Psycheâ€ mitzubewerten sind, aber keine eigenstÃ¤ndige BerÃ¼cksichtigung im Funktionssystem â€Rumpfâ€ (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.9) rechtfertigen. Dies korrespondiert im Ãbrigen mit der EinschÃ¤tzung des K3, der die BeeintrÃ¤chtigungen der HWS nur mit einem Teil-GdB von 10, und damit in nicht Gesamt-GdB erhÃ¶hend wirkendem Umfang bewertet hat. Lediglich ergÃ¤nzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass K3 keine BewegungseinschrÃ¤nkungen im Bereich der BWS und LWS objektivieren konnte, sondern freie Beweglichkeiten erhoben hat, also auch hieraus kein Teil-GdB im Funktionssystem â€Rumpfâ€ folgt.

Daneben ist bei dem KlÃ¤ger eine depressive Symptomatik beschrieben, deren AusmaÃ eine erhÃ¶hende BerÃ¼cksichtigung rechtfertigt.

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 EinbuÃen in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene

maÃgeblich (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¤uÃert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maÃgeblich 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 MaÃstÃ¤ben entnimmt der Senat dem Befundbericht des H7 vom 7.Â Mai 2019, dass die Stimmung des KlÃ¤gers als gedrÃ¼ckt und die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit als eingeschrÃ¤nkt beschrieben worden sind. Nachdem die medikamentÃ¶se Behandlung seinerzeit erst begonnen worden ist, erweist es sich als nachvollziehbar, dass H8 versorgungsÃ¤rztlich im damaligen Widerspruchsverfahren noch keine GdB-Relevanz angenommen hat. Indessen ist im Neufeststellungsverfahren von H7 die Stimmung weiterhin als gedrÃ¼ckt und die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit als eingeschrÃ¤nkt befundet worden, sodass die EinschrÃ¤nkungen ersichtlich fortbestanden haben. Dies wird dadurch unterstrichen, dass Anfang 2020 eine stationÃ¤re Rehabilitationsbehandlung durchgefÃ¼hrt worden ist. Dem Rehabilitationsentlassungsbericht entnimmt der Senat insoweit, dass sich weiterhin eine zum depressiven Pol verschobene Stimmung bei reduzierter affektiver SchwingungsfÃ¤higkeit zeigte und die diesbezÃ¼gliche Medikation angepasst worden ist. Korrespondierend hierzu hat der SachverstÃ¤ndige L3 die Stimmung des KlÃ¤gers als mittelschwer depressiv ausgelenkt beschrieben und die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit als nahezu aufgehoben. Eine fortgesetzte medikamentÃ¶se Behandlung ist ihm gegenÃ¼ber vom KlÃ¤ger ebenso angegeben worden wie gegenÃ¼ber K3. Jedenfalls ab dem Zeitpunkt der stationÃ¤ren Rehabilitation ist die depressive StÃ¶rung mit keinem niedrigeren GdB als 20 zu bewerten, der sich erhÃ¶hend auf den Gesamt-GdB auswirkt.. L3 hat weitergehend sogar eine wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit gesehen und den GdB mit 30 eingeschÃ¤tzt, wobei er zum Tagesablauf des KlÃ¤gers aber nur erhoben hat, dass dieser von der beruflichen TÃ¤tigkeit geprÃ¤gt sei, hinsichtlich derer es immer wieder zu Phasen der ArbeitsunfÃ¤higkeit komme.

Die These des H2, dass sich zwischen der MigrÃ¤ne und der depressiven

Symptomatik weitreichende Ã□berschneidungen zeigten, ist in keiner Weise nachvollziehbar und von ihr im Ã□brigen nicht begrÃ¼ndet worden. Hierauf hatÂ K3 in seinem SachverstÃ¤ndigengutachten schlÃ¼ssig hingewiesen. Worauf sich ihre Erkenntnis grÃ¼ndet, dass keine Antidepressiva eingenommen wÃ¼rden, bleibt ebenfalls offen, in der Aktenlage dokumentiert ist vielmehr das Gegenteil. Aus der Formulierung desÂ L3 â□□einmal am Abend sei auch Mirtazapinâ□□ eingesetzt, kann nicht auf eine nur unregelmÃ¤Ã□ige Einnahme geschlossen werden, vielmehr bezieht sich diese erkennbar auf die Dosis, was aus der zusammenfassenden WÃ¼rdigung des L3, dass diese Dosis wohl noch steigerungsfÃ¤hig ist, deutlich wird. Daneben hat H7 differentialdiagnostisch fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend herausgearbeitet, dass die MigrÃ¤ne als AuslÃ¶ser der depressiven Symptomatik anzusehen ist, also gerade keine Ã□berschneidung vorliegt, sondern die depressive Symptomatik durch die MigrÃ¤ne hervorgerufen bzw. verstÃ¤rkt wird, was bei der Gesamt-GdB-Bildung zu berÃ¼cksichtigen ist (vgl. auch VG, Teil A, Nr. 3 d dd). Der Beklagte hÃ¤tte daher bereits auf den Neufeststellungsantrag einen GdB von 50 feststellen mÃ¼ssen, sodass sich schon die Ablehnung der Neufeststellung als rechtswidrig erweist.

Daneben ist hinsichtlich des Funktionssystems â□□Beineâ□□ dokumentiert, dass bereits 2010 viertgradige KnorpelschÃ¤den am rechten Knie des KlÃ¤gers gesichert worden sind (vgl. den Befundbericht des B1 vom 28. Mai 2010), die versorgungsÃ¤rztlich damals schon mit einem Teil-GdB von 20 bewertet wurden (vgl. die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme derÂ L1). Nachdem sich der Aktenlage indessen keine weiteren Befunde entnehmen lassen und auch wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Rehabilitationsma□nahme keine solchen pathologischer Art beschrieben wurden, kann der G2 darin gefolgt werden, dass es an tragfÃ¤higen AnknÃ¼pfungstatsachen gemangelt hat, sodass sich eine HÃ¶herbewertung des Gesamt-GdB aufgrund der KnorpelschÃ¤den nicht rechtfertigte. Vor diesem Hintergrund hat das SG indessen das orthopÃ¤dische SachverstÃ¤ndigengutachten des K3 erhoben, der eine umfassende Befunderhebung durchgefÃ¼hrt hat und schlÃ¼ssig zu einem Teil-GdB von 30 gekommen ist. Die gegen seine EinschÃ¤tzung versorgungsÃ¤rztlich vorgebrachten EinwÃ¤nde Ã¼berzeugen nicht und verkennen die rechtlichen Bewertungsma□stÃ¤be der VG, was das SG ebenfalls Ã¼bersehen hat.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 werden BewegungseinschrÃ¤nkungen im Kniegelenk geringen Grades (z. B. Streckung/Beugung bis 0-0-90Â°) einseitig mit einem GdB von 0 bis 10 und beidseitig mit einem GdB von 10 bis 20 bewertet. Ein hÃ¶herer GdB (einseitig 20 und beidseitig 40) wird erst bei BewegungseinschrÃ¤nkungen mittleren Grades (z. B. Streckung/Beugung 0-10-90Â°) erreicht.

AusgeprÃ¤gte KnorpelschÃ¤den der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen werden einseitig ohne BewegungseinschrÃ¤nkungen mit einem GdB von 10 bis 30 und mit BewegungseinschrÃ¤nkungen mit einem GdB von 20 bis 40 bewertet. Unter anhaltenden Reizerscheinungen sind sichtbare VerÃ¤nderungen an den Kniegelenken in Form von Ã□berwÃ¤rmungen, Schwellungen oder ErgÃ¼ssen zu verstehen, die zumindest lÃ¤ngerfristig vorhanden sind (vgl. LSG Berlin-

Brandenburg, Urteil vom 18. August 2011 â□□ L 13 SB 161/10 â□□, juris, Rz. 28).

Aus den rechtlichen Vorgaben der VG ergibt sich damit deutlich, dass es bei ausgeprÃ¤gten KnorpelschÃ¤den der Kniegelenke keiner BewegungseinschrÃ¤nkungen bedarf, um einen Teil-GdB von 10 bis 30 annehmen zu kÃ¶nnen, was H2 versorgungÃ¤rztlich Ã¼bersieht, wenn sie nur auf die bis 130Â° mÃ¶gliche BeugefÃ¤higkeit verweist. Gefordert werden neben den KnorpelschÃ¤den lediglich anhaltende Reizerscheinungen, die. K3 Ã¼berzeugend deshalb bejaht hat, da er eine â□□tanzende Patellaâ□□ als Zeichen einer Ergussbildung befundet hat und daneben den Umfang des Kniegelenks als um 1 cm gegenÃ¼ber der Gegenseite verdickt beschreibt. Der Kniegelenkserguss war mithin nicht nur radiologisch sichtbar, sondern sogar klinisch tastbar, was fÃ¼r dessen AusprÃ¤gung spricht. Weiterhin hat K3 ausfÃ¼hrlich dargelegt, dass die befundete Streckhemmung von 10Â° zu einer mÃ¤Ã□igen BeeintrÃ¤chtigung der Gangabwicklung mit funktioneller BeinverkÃ¼rzung und Problemen bei der KraftÃ¼bertragung mit vermehrter Muskelarbeit fÃ¼hrt, die beim KlÃ¤ger einen leichten Beckenschiefstand bedingt. Vor diesem Hintergrund lassen sich BewegungseinschrÃ¤nkungen zum einen nicht gÃ¤nzlich verneinen, zum anderen kann ihnen, entgegen H2, nicht allein deshalb jegliche Relevanz abgesprochen werden, weil K3 eine lÃ¤ngere Schonung oder Entlastung verneint hat. HierfÃ¼r bieten die VG, die nicht einmal eine BewegungseinschrÃ¤nkung voraussetzen (vgl. oben), keinen Anhalt. Hinsichtlich des radiologischen Befundes hat er ausfÃ¼hrlich begrÃ¼ndet, weshalb nunmehr von einer Gonarthrose Typ Kellgren 3 auszugehen ist, also den Nachweis einer relevanten Arthrose, den die G2 bemÃ¤ngelt hat, fÃ¼hren konnte.

Hat somit der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ zunÃ¤chst ab Antragstellung dem Gesamt-GdB entsprochen, ist dieser ab der Untersuchung bei.Â K3 aufgrund der Funktionsbehinderungen im Funktionssystem â□□Beineâ□□, die mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten sind, auf 60 zu erhÃ¶hen.

Die Berufung des KlÃ¤gers hatte somit Ã¼berwiegend Erfolg und war lediglich hinsichtlich eines hÃ¶heren GdB als 50 bzw. 60 zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und berÃ¼cksichtigt, dass der KlÃ¤ger sein erkennbar vorrangiges Prozessziel, die Schwerbehinderteneigenschaft, vollumfÃ¤nglich erreicht hat und die ZurÃ¼ckweisung der Berufung im Ã□brigen vor diesem Hintergrund nicht erheblich ins Gewicht fÃ¤llt.

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

Â

Erstellt am: 11.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024