S 20 SB 5152/20

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 20 SB 5152/20
Datum	14.09.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 2864/23
Datum	21.03.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. September 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

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

Er ist 1966 in der TÃ¼rkei geboren und lebt seit 1972 in der Bundesrepublik Deutschland. Nach seinem Hauptschulabschluss hat er eine Ausbildung zum Kfz-Mechatroniker abgeschlossen und arbeitet seit 1990 bei M1. Der KlÃ¤ger ist verheiratet, hat zwei volljÃ¤hrige Kinder, die nicht mehr in seinem Haushalt leben, und bewohnt eine noch nicht abbezahlte Eigentumswohnung. Daneben ist er im Besitz eines Hauses in der TÃ¼rkei, wo er jÃ¤hrlich seinen Urlaub verbringt und beabsichtigt, nach Renteneintritt hinzuziehen (vgl. Anamnese K1).

Am 28. August 2017 beantragte er bei dem Landratsamt B1 (LRA) erstmals die

Feststellung des GdB, welches den Befundschein des G1 einholte. Dieser beschrieb eine Lumboischialgie bei deutlicher Osteochondrose und kleinem Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts, ein Cervikalsyndrom bei Steilstellung sowie leichte Herberden und Bouchard Arthrosen beidseits. Es zeige sich eine eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der WirbelsÃ¤ule, deutliche Muskelverspannungen, aber keine neurologischen AusfÃ¤lle. Das Zeichen nach LasÃ¨que sei beidseits negativ. Der Faustschluss sei mÃ¶glich, eine Streckhemmung bestehe keine. ErgÃ¤nzend legte er den Bericht Ã¼ber die Kernspintomographie (MRT) der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) vom 13. April 2017 (Radiologe F2) vor (kleiner Bandscheibenvorfall L5/S1 ohne neuroforaminale oder spinale Enge).

Der V1 bewertete die degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit einem Teil-GdB von 20, der dem Gesamt-GdB entspreche.

Mit Bescheid vom 16. Oktober 2017 stellte das LRA einen GdB von 20 seit dem 28. August 2017 fest.

Im Widerspruchsverfahren gelangte der Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik S1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 12. Dezember bis 9. Januar 2018 zur Akte. Danach wurde das LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r die bisherige berufliche TÃ¤tigkeit als Bandarbeiter in der Automobilherstellung als vollschichtig beurteilt. Psychisch sei der KlÃ¤ger bewusstseinsklar, allseits orientiert, freundlich zugewandt und kontaktfÃ¤hig. Aufmerksamkeit und GedÃ¤chtnis seien in Ordnung, formale oder inhaltliche DenkstÃ¶rungen bestÃ¼nden keine.

Es seien keine Hilfsmittel gebraucht worden. Das An- und Ausziehen gelinge selbststÃ¤ndig ohne fremde Hilfe bei harmonischem Gangbild. Der Einbeinstand sei beidseits sicher, das Einnehmen der Hocke gelinge vollstÃ¤ndig. An der WirbelsÃ¤ule zeige sich ein seitengleiches Muskelrelief. Die gesamte WirbelsÃ¤ule sei im Lot, es habe kein Druck- und Klopfschmerz bestanden. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) liege bei 0 cm.

An den oberen ExtremitÃ¤ten bestÃ¼nden keine AuffÃ¤lligkeiten, die Schultern seien altersentsprechend frei beweglich. Der Faustschluss sei beidseits vollstÃ¤ndig mÃ¶glich, es zeige sich keine Kraftminderung und keine wesentliche Schwellung im Bereich der HÃ¤nde und Finger. Sensible Defizite und Paresen hÃ¤tten sich keine gezeigt.

An den unteren ExtremitÃ¤ten bestehe eine freie Beweglichkeit der beiden HÃ¼ft-, Knie- und Sprunggelenke. Es zeigten sich keine Paresen, keine Kraftminderung und das Zeichen nach LasÃ¨que sei beidseits negativ.

Im Rahmen der multimodalen Therapie der chronischen Schmerzen sei eine kombinierte medikamentÃ¶se Analgesie etabliert worden. UnterstÃ¼tzt worden sei die Schmerzbehandlung durch begleitende passive Anwendungen, die eine Detonisierung verspannter Muskulatur fÃ¶rderten und das allgemeine Wohlbefinden verbesserten, um dem KlÃ¤ger die aktive Therapie zu ermÃ¶glichen und zu erleichtern. Durch Bewegungs- und KraftÃ¼bungen im schmerzfreien Raum sei

versucht worden, chronische Schmerzbilder durch positive Bewegungserfahrungen zu Ã¼berlagern. Bewegungs- und Trainingstherapie seien im Sinne einer Verhaltenstherapie eingesetzt worden, um den KlÃ¤ger besser aus seiner externalisierten Erlebensrolle zu lÃ¶sen und eine normalisierte KÃ¶rperwahrnehmung zu fÃ¶rdern. In der SchmerzbewÃ¤ltigungsgruppe sei die kognitive Verarbeitung gefÃ¶rdert und es seien Strategien wie Ãbungen zur SchmerzbewÃ¤ltigung vermittelt und eingeÃ¼bt worden. Aufgrund der angegebenen Beschwerden der kleinen Gelenke sei zusÃ¤tzlich eine Labordiagnostik mit Bestimmung der Rheumaserologie durchgefÃ¼hrt worden, allerdings mit unauffÃ¤lligem Befund. Aktuell bestÃ¼nden keine Hinweise auf entzÃ¼ndliche Prozesse. Die Entlassung sei arbeitsfÃ¤hig erfolgt.

S2 hielt versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen Bewertung fest. Allgemein klinisch, internistisch, psychisch und neuro-orthopÃ¤disch seien keine nennenswerten FunktionseinschrÃ¤nkungen feststellbar.

Im Widerspruchsverfahren wurde der Befundbericht des S3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 5. April 2018 vorgelegt. Danach habe der KlÃ¤ger angegeben, seit der Einnahme von Mirtazapin besser zu schlafen, allerdings nicht jede Nacht. Die Rehabilitation habe keine Besserung erbracht, er habe einen Termin in der Rheumatologie. Der KlÃ¤ger berichte weiterhin von groÃem Stress in der Familie, er fÃ¼hle sich etwas verlangsamt, sei morgens nicht gut drauf. Bei M1 habe er jetzt einen neuen Arbeitsplatz. Im GesprÃ¤ch habe der KlÃ¤ger weniger depressiv gewirkt. Die Einnahme von 45 mg Mirtazapin sei empfohlen, das psychosomatische Konzept sei dem KlÃ¤ger ausfÃ¼hrlich erlÃ¤utert worden.

Im vorangegangenen Bericht vom 22. Mai 2017 beschrieb dieser, dass im Vordergrund des Beschwerdebildes derzeit berufliche Probleme stÃ¼nden. Der KlÃ¤ger komme mit dem Zweischichtbetrieb nicht zurecht. ZusÃ¤tzlich bestÃ¼nden massive Konflikte in der Familie. Seine Ehefrau komme mit der Schwiegermutter nicht klar, seine Eltern seien Rentner und lebten gewÃ¶hnlich ein halbes Jahr in der TÃ¼rkei. In der Untersuchungssituation sei der KlÃ¤ger gedrÃ¼ckt affektlabil und Ã¤ngstlich gewesen. Er habe sehr detailliert Ã¼ber seine Beschwerden berichtet und sich ungehalten gezeigt, dass man die UmstÃ¤nde, die zu seinen Symptomen fÃ¼hrten, nicht abschaffen kÃ¶nne. Desgleichen kÃ¶nnten seine Gelenkschmerzen nicht optimal behandelt werden. Zeichen einer akuten Psychose hÃ¤tten nicht bestanden, auch keine solchen eines organischen Psychosyndroms. Der KlÃ¤ger sei allerdings deutlich depressiv gewesen, eine thymoleptische Behandlung mit Mirtazapin sei begonnen worden.

Weiter gelangte der Befundbericht des R1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 12. April 2018 zu den Akten. Danach habe ergometrisch eine Koronare Herzerkrankung (KHK) ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Die durchgefÃ¼hrten Untersuchungen hÃ¤tten keine richtungsweisenden Befunde fÃ¼r die geschilderten Beschwerden ergeben.

Der P1 legte aufgrund ambulanter Untersuchung vom 25. Oktober 2017 dar, dass er ausfÃ¼hrlich versucht habe, den KlÃ¤ger Ã¼ber die Problematik einer

somatoformen SchmerzstÃ¶rung aufzuklÃ¤ren. Es falle diesem schwer, hier ZusammenhÃ¤nge fÃ¼r sich zu erkennen. Er berichte immer wieder, dass im Prinzip sÃ¤mtliche Fachrichtungen aufgesucht worden seien, ohne dass eine fassbare Diagnose habe gestellt werden kÃ¶nnen. Bevor nun weitere frustrane Therapieversuche unternommen wÃ¼rden, erscheine es vorrangig wichtig, eine psychosomatische Exploration durchzufÃ¼hren.

Im Befundbericht des B2 (ambulante Untersuchung vom 19.Â Oktober 2017) wurden neurologisch konstante Befunde zur Voruntersuchung von Oktober 2009 beschrieben. Am Nervus tibialis bestÃ¼nden Normalbefunde beidseits, es zeige sich kein herdneurologisches Defizit.

Der G1 gab an (ambulante Untersuchung vom 9. Oktober 2017), dass die Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) leicht eingeschrÃ¤nkt gewesen sei. Im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) bestehe eine paravertebrale Muskelverspannung ohne neurologische AusfÃ¤lle bei endgradiger BewegungseinschrÃ¤nkung.

M2 bewertete versorgungsÃ¤rztlich nunmehr die degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule und die seelische StÃ¶rung je mit einem Teil-GdB von 20, sodass sich ein Gesamt-GdB von 30 ergebe. Mit Teil-Abhilfebescheid vom 8. Oktober 2018 stellte das LRA einen GdB von 30 seit dem 28. August 2017 fest.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S4 â□□ Landesversorgungsamt â□□ mit Widerspruchsbescheid vom 21. November 2018 zurÃ¼ck. Die vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen seien in vollem Umfang erfasst und angemessen bewertet worden. Bei angeborenen und erworbenen WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den ergÃ¤be sich der GdB primÃ¤r aus dem AusmaÃ□ der BewegungseinschrÃ¤nkung, der WirbelsÃ¤ulenverformung und der Zahl der betroffenen WirbelsÃ¤ulenabschnitte. Die seelische StÃ¶rung sei bereits an der Obergrenze des Ermessensspielraums bewertet worden, eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit liege nicht vor.

Am 29. April 2019 beantragte der KlÃ¤ger die Neufeststellung des GdB. Vorgelegt wurde der Entlassungsbericht des UniversitÃ¤tsklinikums T1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 17. Oktober bis 27. November 2018. Darin wurden als Diagnosen eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine schwergradige depressive Episode sowie eine Hypothyreose beschrieben.

Der KlÃ¤ger habe angegeben, seit 1990 bei D1 am Band zu arbeiten. Aufgrund seiner kÃ¶rperlichen Beschwerden sei es zu Konflikten am Arbeitsplatz gekommen. Vor wenigen Wochen sei er in eine andere Abteilung versetzt worden. Hier habe er nur eine Woche gearbeitet. Aktuell sei er seit einer Woche arbeitsunfÃ¤hig.

Der KlÃ¤ger sei sichtlich schmerzgeplagt, im Kontakt offen und zugewandt. Der Leidensdruck sei spÃ¼rbar, KonzentrationsfÃ¤higkeit und GedÃ¤chtnis seien subjektiv reduziert, im GesprÃ¤ch nicht objektivierbar. Formalgedanklich sei er auf

die Schmerzsymptomatik fokussiert. Der Affekt sei reduziert, SchwingungsfÃ¤higkeit bestehe keine.

Die Testergebnisse zu Beginn der Behandlung stimmten mit dem klinischen Bild einer chronischen SchmerzstÃ¶rung Ã¼berein und hÃ¤tten sich im Verlauf abnehmend gezeigt. Die depressive Komponente sei im Verlauf gleich geblieben. Der klinische Eindruck habe eine leichte Verbesserung der Symptomatik gezeigt. Am Bewegungsapparat habe eine physiologische KÃ¶rperhaltung bestanden, mit geradem Aufbau der WirbelsÃ¤ule. Fehlstellungen der ExtremitÃ¤ten zeigten sich keine, die Beweglichkeit sei grobkursorisch durch Schmerzen reduziert. Die grobe Kraft der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten sei unauffÃ¤llig. Ein Anhalt fÃ¼r eine schlafbezogene AtemstÃ¶rung bestehe keiner.

Innerhalb der Therapie sei deutlich geworden, dass der KlÃ¤ger traurig und teilweise gekrÃ¤nkt darÃ¼ber sei, dass ihm sein aktueller Arbeitgeber nicht die MÃ¶glichkeit gebe, an eine entsprechende Arbeitsstelle versetzt zu werden, wo er die MÃ¶glichkeit habe, aufgrund seiner Schmerzen kurze Pausen zu machen. Bei Aufbau positiver AktivitÃ¤ten habe der KlÃ¤ger Schwierigkeiten gezeigt, sich aber im Laufe der Therapie teilweise darauf einlassen kÃ¶nnen. Die Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie nach Entlassung sei besprochen worden.

Das LRA holte den Befundschein des B3 ein, der im Mai 2019 Ã¼ber eine letzte Vorstellung des KlÃ¤gers im Dezember 2018 berichtete. Dieser habe Ã¼ber Kreuzschmerzen und Schulterprobleme berichtet, zum Untersuchungszeitpunkt sei eine Wiedereingliederung geplant gewesen. Der Zustand habe sich im Vergleich zu 2017 verschlimmert.

U1 bewertete versorgungsÃ¤rztlich die seelische StÃ¶rung, die Depression und das chronische Schmerzsyndrom mit einem Teil-GdB von 30 sowie die degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit einem Teil-GdB von 20. Der Gesamt-GdB betrage 30, da eine vollstÃ¤ndige Ãberschneidung vorliege.

Mit Bescheid vom 7. August 2019 lehnte das LRA den Neufeststellungsantrag ab. Eine wesentliche Ãnderung sei nicht eingetreten.

Im Widerspruchsverfahren holte das LRA Befundscheine der behandelnden Ãrzte ein.

Die S5 teilte mit, dass sich der KlÃ¤ger mit einer chronischen SchmerzstÃ¶rung und einer chronischen Depression vorgestellt habe. Es sei eine Vorbehandlung mit Mirtazapin, Amitruptylin und Quetiapin angegeben worden. Psychopathologisch habe sich der KlÃ¤ger absprachefÃ¤hig gezeigt, in allen QualitÃ¤ten orientiert und soweit beurteilbar kognitiv und mnestisch unauffÃ¤llig. Die Antriebslage sei reduziert, psychomotorisch sei der KlÃ¤ger ruhig gewesen, eine Einengung der affektiven SchwingungsfÃ¤higkeit habe sich nicht Ã¼bersehen lassen. Formalgedanklich sei er geordnet, ohne optische oder akustische Halluzinationen. ErgÃ¤nzend legte sie den Arztbrief Ã¼ber die ambulante Untersuchung vom 1. August 2019 vor, in dem als Diagnosen eine chronische SchmerzstÃ¶rung und eine

chronische mittelgradige Depression beschrieben wurden.

Der G1 fÃ¼hrte aus, dass sich bei dem KlÃ¤ger eine zunehmende Beschwerdesymptomatik mit erheblicher EinschrÃ¤nkung der WirbelsÃ¤ule und der Gelenke zeige. Die rechte Schulter sei in Abduktion und Retroversion eingeschrÃ¤nkt, die Bemuskelung normal. Die WirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit und die Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) seien zunehmend eingeschrÃ¤nkt, ohne neurologische AusfÃ¤lle. Grob neurologisch sei der Befund unauffÃ¤llig. Die Fingergelenke seien eingeschrÃ¤nkt mobil, der Faustschluss wÃ¤re mÃ¶glich.

Im Befundbericht des J1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 3. Mai 2018 wurde ein sicherer Hinweis auf ein entzÃ¼ndlich-rheumatisches Krankheitsbild verneint.

Die Koronarangiographie im UniversitÃ¤tsklinikum T1 am 17. Januar 2019 zeigte eine Koronarsklerose. InterventionsbedÃ¼rfte Stenosen hÃ¤tten ausgeschlossen werden kÃ¶nnen, der weitere postinterventionelle Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die Entlassung sei in kardiopulmonal stabilem Zustand erfolgt.

Die Kernspintomographie (MRT) der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) beschrieb einen kleinen rechts paramedianer Bandscheibenvorfall bei L5/S1 ohne neuroforaminale oder spinale Enge.

S2 legte versorgungsÃ¤rztlich dar, dass die somatoformen BefindlichkeitsstÃ¶rungen ambulant mit den Ã¼blichen Mitteln behandelbar seien. Psychotherapie werde empfohlen, die Bewertung sei bereits groÃzÃ¼gig. Leitlinienkonform messbare BewegungseinschrÃ¤nkungen seien keine dokumentiert. Neurologisch liege ein unauffÃ¤lliger Befund vor, die normale Bemuskelung spreche gegen langanhaltende FunktionseinschrÃ¤nkungen.

Zur Akte gelangte weiter der Befundbericht des G1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 4. Juni 2020. Danach sei die Knielenkbeweglichkeit beidseits leicht eingeschrÃ¤nkt, die BÃ¤nder seien stabil und ohne Erguss. Die HÃ¼ftgelenksbeweglichkeit beidseits sei frei. Im RÃ¶ntgen habe sich eine leichte HÃ¼ftdysplasie rechts gezeigt.

Weiter holte das LRA den Befundschein des R2 ein. Dieser fÃ¼hrte aus, dass der KlÃ¤ger Ã¼ber eine langjÃ¤hrige Schmerzsymptomatik berichte. Depressive Tendenzen hÃ¤tten sich schon 2003 gezeigt. HÃ¶chst pessimistische und bisweilen katastrophisierende Kognitionen dominierten seine Weltsicht. Die logische Folge sei ein weitgehender RÃ¼ckzug aus sozialen BezÃ¼gen. Er sehe sich oft ungerecht behandelt, in seinem Wollen fÃ¼r andere Menschen missverstanden und nicht akzeptiert. Nach jetzt acht Therapiesitzungen in zwei- bis dreiwÃ¶chiger Frequenz mÃ¼sse bei dem einerseits kooperativen, aber andererseits sehr rigide fixiertem Patienten von einer eher mÃ¤Ãigen Prognose ausgegangen werden. Die Behandlung erfolge mit Antidepressiva und Analgetika.

Der P1 beschrieb generalisierte Schmerzen bei weit fortgeschrittener SchmerzstÃ¶rung mit psychischen und somatischen Faktoren.

Die B4 fÃ¼hrte aus, dass bezÃ¼glich des HÃ¼ftleidens eine freie Beweglichkeit angegeben werde, die Kniebeweglichkeit sei nur leicht eingeschrÃ¤nkt. Der Gesamt-GdB von 30 sei weiter leidensgerecht.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S4 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 30. November 2020 zurÃ¼ck. Die Auswertung der Befundunterlagen habe ergeben, dass sich eine Verschlimmerung, die eine ErhÃ¶hung des GdB rechtfertige, nicht feststellen lasse. Hinsichtlich der psychischen Erkrankung und den damit verbundenen Beschwerden sei bereits von einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit ausgegangen worden.

Am 14. Dezember 2020 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben, welches zur weiteren SachaufklÃ¤rung sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte eingeholt hat.

Der G1 hat bekundet, dass der KlÃ¤ger Schmerzen im Bereich der HÃ¤nde und FÃ¼Ãe beidseits berichte. Ebenso wÃ¼rden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter mit EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit angegeben. Die Beschwerden an der HWS seien fÃ¼r das Lebensalter fortgeschritten. Die BewegungseinschrÃ¤nkungen an der HWS und LWS seien mittel- bis schwergradig. Im Bereich der HÃ¤nde und Schultergelenke seien die GesundheitsstÃ¶rungen leichtgradig. Die Funktionsbehinderungen der WirbelsÃ¤ule fÃ¼hrten zu einem GdB von 30.

Der F1 hat angegeben, dass rezidivierende depressive Episoden mit mittelschwerem bis schwerem AusmaÃ bestÃ¼nden, ebenso eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren. Weiter lÃ¤gen VerÃ¤nderungen der HWS und LWS, eine Schultereckgelenkarthrose, ArthroseverÃ¤nderungen in beiden Kniegelenken sowie am linken HÃ¼ftgelenk vor. Die rezidivierende depressive StÃ¶rung mit kontinuierlicher Einnahme von Antidepressiva und der Notwendigkeit einer langfristigen begleitenden Psychotherapie fÃ¼hre zu einem GdB von 40. Zusammen mit der chronischen SchmerzstÃ¶rung sei ein GdB von 50 angemessen. Die VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule seien mit einem GdB von 20 adÃ¤quat bewertet.

ErgÃ¤nzend hat er â neben aktenkundigen Berichten â den Befundbericht des S3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 6. Dezember 2018 vorgelegt. Danach sei der KlÃ¤ger vom 17. Oktober bis 27. November 2018 in T1 stationÃ¤r behandelt worden. Dort sei ihm die Einnahme von Mirtazapin, Amitriptylin und Novalgin empfohlen worden. Er habe Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Schulter beschrieben. Bei der Untersuchung sei er klagsam und gedrÃ¼ckt gewesen, hinsichtlich der dringend empfohlenen Psychotherapie sei eine Therapeutenliste mitgegeben worden.
Im Befundbericht des P1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 7. Februar 2019 ist angegeben, dass der KlÃ¤ger zwischenzeitlich eingegliedert worden sei und wieder vollschichtig arbeite. Es seien weiterhin Muskel- und Gelenk- sowie Fersenschmerzen und Sodbrennen beschrieben worden. Eine kardiologische

Kontrolluntersuchung sei ohne wegweisenden pathologischen Befund gewesen. Unter Amitryptylin und Mirtazapin sei der Schlaf ordentlich. Nach einer psychotherapeutischen Anbindung werde gesucht.

Im Bericht der FachÃ¤rztin fÃ¼r F2 Ã¼ber das RÃ¶ntgen des Thorax vom 9. Oktober 2019 ist ein altersentsprechend unauffÃ¤lliger Herz-/Lungenbefund beschrieben.

Die S5 hat mitgeteilt, den KlÃ¤ger wegen einer mittelgradigen und im Verlauf schwergradigen depressiven Episode ohne psychotische Symptome behandelt zu haben. Daneben sei er wegen einer chronischen SchmerzstÃ¶rung, Spannungskopfschmerzen und einem HWS-Syndrom vorstellig geworden. Es sei von einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik und der chronischen Schmerzen auszugehen.

ErgÃ¤nzend hat sie ihre Befundberichte und neben bereits aktenkundigen Befundberichte den Entlassungsbericht des Psychiatrischen Behandlungszentrums B1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 11. bis 25. MÃ¤rz 2020 vorgelegt. Der KlÃ¤ger sei aufgrund einer depressiven Entwicklung mit SchlafstÃ¶rungen bei einem bekannten chronischen Schmerzsyndrom aufgenommen worden. Es bestÃ¼nden Schmerzen in allen Gelenken seit circa 20 Jahren. Seit zwei bis drei Jahren hÃ¤tten sich starke SchlafstÃ¶rungen entwickelt. Er empfinde Unruhe und Angst, vor allem vor der Zukunft. Weitere Belastungsfaktoren gebe es nicht. MedikamentÃ¶s sei Amitryptylin wegen SchlafstÃ¶rungen und vorhandenen Schmerzen erhÃ¶ht worden. Bei Aufnahme sei der KlÃ¤ger im Kontakt offen und freundlich, wach, bewusstseinsklar und zu allen QualitÃ¤ten orientiert gewesen. Es bestÃ¼nden keine StÃ¶rungen des formalen und inhaltlichen Denkens. Er sei depressiv verstimmt und affektiv verflacht, dabei antriebsarm bei unauffÃ¤lliger Psychomotorik.

Neurologisch habe kein Anhalt fÃ¼r latente oder manifeste Paresen bestanden, die grobe Kraft sei seitengleich erhalten. Die SensibilitÃ¤t sei unauffÃ¤llig, das Gangbild sicher. Im stationÃ¤ren Setting habe sich eine gedrÃ¼ckte Stimmungslage gezeigt, die SchlafstÃ¶rungen seien stark ausgeprÃ¤gt. Es sei Ã¼ber Gelenkschmerzen geklagt und eine Schmerzmedikation benÃ¶tigt worden. An dem Therapieprogramm sei motiviert teilgenommen worden, es sei nur langsam zu einer Stabilisierung gekommen. Die Stimmungslage und der Antrieb hÃ¤tten sich gebessert, die SchlafstÃ¶rungen seien rÃ¼cklÃ¤ufig gewesen. Die Entlassung sei in stabilisiertem Zustand erfolgt.

Der R2 hat bekundet, den KlÃ¤ger wegen einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung und einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung zu behandeln. Der KlÃ¤ger sei zu allen QualitÃ¤ten orientiert, auf Schmerz und EinschrÃ¤nkungen fokussiert. Die konzentrative Belastbarkeit und Vigilanz seien deutlich reduziert, ebenso Affekt und SchwingungsfÃ¤higkeit. Im Arbeitsleben werde er von den Kollegen eher gemieden, obwohl er fÃ¼r alles eine LÃ¶sung habe. Zu wenig Anerkennung fÃ¼hre zu RÃ¼ckzug und verstÃ¤rke damit die depressiven Tendenzen. Insgesamt sei er eher isoliert, dies gelte ebenso fÃ¼r das familiÃ¤re

System. Besonders schmerzhaft sei fÃ¼r ihn, dass sich seine SÃ¶hne nicht mehr fÃ¼r ihn interessierten. Das VerhÃ¤ltnis zur Ehefrau sei permanent mehr oder weniger angespannt.

Zur Akte ist weiter der Entlassungsbericht des UniversitÃ¤tsklinikums T1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 24. Juni bis 5. August 2021gelangt. Danach sei der KlÃ¤ger wach, soweit beurteilbar bewusstseinsklar, allseits orientiert, im Kontakt freundlich und auskunftswillig gewesen. Formalgedanklich sei er geordnet. Es habe der hochgradige Verdacht auf inhaltliche DenkstÃ¶rungen, vornehmend paranoid bestanden. Der Affekt sei leicht depressiv, die SchwingungsfÃ¤higkeit erhalten. Psychomotorik und Antrieb seien intakt. Es bestehe keine akute Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung.

Die Schmerzsymptomatik sei anhand der bereits erfolgten Diagnostik ausreichend abgeklÃ¤rt. Laborchemisch bestehe kein Anhalt fÃ¼r ein entzÃ¼ndliches Geschehen. Es sei eine Medikation mit Quetiapin begonnen worden. Der KlÃ¤ger habe in der Folge Ã¼ber starke Kopfschmerzen berichtet und eine starke Ambivalenz gegenÃ¼ber dem Medikament gezeigt, sodass es wieder abgesetzt worden sei. Amitryptylin sei deshalb aufdosiert worden.

Der Beklagte hat vergleichsweise die Feststellung eines GdB von 40 seit dem 23. April 2019 angeboten und die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme des W1 vorgelegt. Danach kÃ¶nne der Teil-GdB auf psychiatrischem Gebiet von 30 auf 40 erhÃ¶ht werden. Dieser umfasse dann auch die vorÃ¼bergehend schweren depressiven Episoden. Eine anhaltend schwere StÃ¶rung, kÃ¶nne aus den Unterlagen nicht abgeleitet werden. Ansonsten ergÃ¤ben sich keine Gesamt-GdB relevanten FunktionseinschrÃ¤nkungen, auch nicht auf kardiologischem Gebiet. Der von G1 gesehene Teil-GdB von 30 fÃ¼r das WirbelsÃ¤ulenleiden sei ohne Mitteilung detaillierter Funktionsparameter nicht nachzuvollziehen. Es werde an der bisherigen Bewertung festgehalten. Auswirkungen auf den Gesamt-GdB ergÃ¤ben sich nicht, da gegenseitige Ãberschneidungen durch das chronische Schmerzsyndrom bestÃ¼nden.

Nach Ablehnung des Vergleichsangebotes hat das SG das orthopÃ¤dische SachverstÃ¤ndigengutachten des K1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 19. Januar 2022 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, Tramal-Tabletten (100 mg 1-0-1) sowie Novaminsulfon tÃ¤glich 1 bis 3 Tabletten einzunehmen. Er arbeite derzeit bei Mercedes in der QualitÃ¤tskontrolle, zuvor sei er am Band tÃ¤tig gewesen. Seine jetzige Abteilung solle aufgelÃ¶st werden, wenn er wieder ans Band zurÃ¼ckmÃ¼sse, wolle er einen Rentenantrag stellen. Ein kleiner Freundes- und Bekanntenkreis sei vorhanden, man treffe sich vor allen Dingen zu Geburtstagen. Der letzte Urlaub habe im September letzten Jahres im Heimatland stattgefunden. Ihm gehÃ¶re dort ein eigenes Haus. Er plane nach Rentenerhalt dorthin umzuziehen. Derzeit passe sein Onkel auf das Haus auf.

Zum Tagesablauf habe der KlÃ¤ger angegeben, bei FrÃ¼hschicht um 4.50 Uhr aufzustehen, ansonsten gegen 8.30 Uhr. Nach der Ã¼blichen Morgenhygiene und dem Kaffee fahre er entweder zur Arbeit oder gehe spazieren. Wenn er

FrÃ¼hschicht habe, koche seine Frau zum Abendessen, bei SpÃ¤tschicht esse er nur kalt. Am Wochenende gehe er spazieren oder zum Kaffeetrinken. Die Familie komme an besonderen Tagen zu Besuch.

Der Gang vom Warteraum zum Untersuchungszimmer sei flÃ¼ssig und hinkfrei gewesen. OrthopÃ¤dische Hilfsmittel seien keine getragen worden, sÃ¤mtliche Transfers seien weitgehend flÃ¼ssig erfolgt.

Die WirbelsÃ¤ule zeige einen Becken- und Schultergleichstand bei gering vermehrter BWS-Kyphose im oberen Abschnitt sowie eine etwas vermehrte LWS-Lordose und eine Rumpfmuskeldysbalance bei krÃ¤ftiger RÃ¼ckenstreckermuskulatur. Beim Vor- und RÃ¼ckneigen glichen sich die WirbelsÃ¤ulenkrÃ¼mmungen teilweise aus. Es bestehe keine deutliche Drehseitverbiegung der WirbelsÃ¤ule, kein Rippenbuckel und kein Lendenwulst. Die Beweglichkeit der HWS liege fÃ¼r die Rotation bei 60-0-70Â° und fÃ¼r die Seitneigung bei 40-0-40Â°, der Kinn-Brustbein-Abstand betrage 8/0 cm. Es bestÃ¼nden hochgradige Verspannungen in Form von Hartspann.

Die Beweglichkeit der BWS/LWS liege fÃ¼r die Rotation und Seitneigung jeweils bei 20-0-20Â°, das Zeichen nach Schober sei mit 10:13 cm bestimmt worden, das Zeichen nach Ott mit 30:31,5 cm, der FBA mit 11 cm.

An den oberen ExtremitÃ¤ten bestehe eine seitengleich mittelkrÃ¤ftig ausgebildete Muskulatur von Ober- wie Unterarm beidseits. Die Schultern stÃ¼nden gleich hoch. Die Beweglichkeit fÃ¼r Vor- und RÃ¼ckhebung liege bei 170-0-40Â° beidseits. Im Bereich der Arme seien alle Bewegungen auch gegen aktiven Widerstand schmerzfrei mÃ¶glich, es bestehe keine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der inneren und Ã¤uÃeren Oberarmknochen beidseits und eine regelrechte Konfiguration beider Ellenbogengelenke. Anhaltspunkte fÃ¼r eine Synovitis zeigten sich nicht, der Faustschluss sei an beiden HÃ¤nden seitengleich krÃ¤ftig mÃ¶glich.

An den unteren ExtremitÃ¤ten zeige sich keine wesentliche Seitendifferenz in der AusprÃ¤gung der Muskulatur von Ober- und Unterschenkel. Der Einbeinstand sei seitengleich sicher mÃ¶glich, es bestÃ¼nden keine wesentlichen Unsicherheiten beim Gang zu ebener Erde. Die tiefe Hocke gelinge problemlos, die Beweglichkeit der HÃ¼ftgelenke fÃ¼r Streckung/Beugung betrage 0-0-130Â°. Die Kniegelenkskonturen seien beidseits unauffÃ¤llig, die Bewegung nicht limitiert (Streckung/Beugung beidseits 0-0-140Â°). Es bestehe beidseits kein Anhalt fÃ¼r eine Synovitis oder Ergussbildung. Bei der StabilitÃ¤tsprÃ¼fung zeige sich eine leichtgradige Lockerung des Bandapparates. Am linken Sprunggelenk sei eine reizlose Narbe nach OP-Sanierung vor vielen Jahren zu erkennen.

Neurologisch seien Patellar- und Achillessehnenreflex beidseits seitengleich mittellebhaft auslÃ¶sbar. Das Zeichen nach LasÃ¨que sei beidseits negativ, SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Bereich beider Beine wÃ¼rden nicht angegeben. Die Versuche nach Romberg und Unterberger seien problemlos mÃ¶glich, auch ansonsten hÃ¤tten sich keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt.

Der KlÃ¤ger habe sich in gutem Allgemein- und Ã¼bermÃ¤Ãigem ErnÃ¤hrungszustand befunden. Es fÃ¤nden sich hochgradige Verspannungsmuster in den einzelnen WirbelsÃ¤ulenabschnitten, die Beweglichkeit sei nur endgradig eingeschrÃ¤nkt. Radiologisch bestÃ¼nden an der HWS in einigen Segmenten etwas deutlichere degenerative, im Bereich der BWS und LWS altersentsprechende VerÃ¤nderungen. In der Zusammensicht sei eine GesundheitsstÃ¶rung des Achsorgans WirbelsÃ¤ule anzuerkennen. Es handele sich um geringe bis mittelgradige funktionelle Auswirkungen, die nicht ausgeprÃ¤gt seien und zu keinen deutlichen BewegungseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hrten. InstabilitÃ¤ten oder Nervenwurzelreizzeichen bestÃ¼nden keine.

Bei vorbeschriebenen Beschwerden im Bereich der HÃ¼ftgelenke habe sich ein vÃ¶llig unauffÃ¤lliger Untersuchungsbefund mit freier Gelenkbeweglichkeit und ohne Bewegungsschmerz beidseits ergeben. Ebenso zeigten sich an den Kniegelenken keine pathologischen Befunde.

An den Schultergelenken bestÃ¼nden Hinweise fÃ¼r Reizzeichen und endgradige BewegungseinschrÃ¤nkungen als Anhaltspunkte fÃ¼r eine Engesituation. Betrachte man nur die BewegungseinschrÃ¤nkung, resultiere hieraus kein Teil-GdB. Bei jedoch deutlicher knÃ¶cherner Engesituation seien wiederkehrende Beschwerden und ReizzustÃ¤nde bei Armhebungen Ã¼ber 90Â° problemlos nachvollziehbar und verstÃ¤ndlich, weshalb ein Teil-GdB empfohlen werde. Der Gesamt-GdB sei mit 40 zu bewerten.

Der SachverstÃ¤ndige hat, ergÃ¤nzend gehÃ¶rt, an seiner Bewertung festgehalten und ausgefÃ¼hrt, dass â entgegen der Darlegungen des KlÃ¤gers â ein Teil-GdB von 30 auf seinem Fachgebiet nicht nachvollziehbar sei. Selbst wenn der Beklagte fÃ¼r die fachfremde Diagnose âseelische StÃ¶rung, chronisches Schmerzsydromâ von einem Teil-GdB von 40 ausgehe, ergebe sich kein hÃ¶herer Gesamt-GdB als 40.

Zur Akte gelangt sind sodann weitere, teils bereits aktenkundige, Befundberichte desÂ G1 beginnend ab dem Jahr 2012.

AnschlieÃend hat das SG das neurologisch-psychiatrische SachverstÃ¤ndigengutachten desÂ M3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 14. Oktober 2022 erhoben, nachdem im Vorfeld der Begutachtung mitgeteilt worden ist, dass sich der KlÃ¤ger vier Wochen im Urlaub befindet und nicht begutachten werden kann. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger dann aber behauptet, seinen letzten Urlaub im Sommer 2021 in I1 verbracht zu haben. Seine Zukunftsvorstellung sei, so schnell wie mÃ¶glich aus dem Arbeitsleben zu kommen, da er es nicht mehr aushalte. Seine Ehefrau gehe seit 10 Jahren keiner TÃ¤tigkeit mehr nach. Sie sei in der Krise entlassen worden und habe nichts mehr gefunden.

Der KlÃ¤ger habe angegeben, regelmÃ¤Ãig Tramadol, Novominsulfon, Mirtazipin und Promethazin einzunehmen.

Zum Tagesablauf habe er beschrieben, derzeit arbeitsunfÃ¤hig zu sein. Ansonsten

stehe er bei FrÃ¼hschicht um 4.45 Uhr auf, bei SpÃ¤tschicht zwischen 8.30 Uhr und 9.00 Uhr. Dann frÃ¼hstÃ¼cke er meist allein, er fahre mit dem Sohn zur Arbeit, sonst fahre seine Frau. Gestern seien sie einkaufen gewesen, sonst hÃ¤tten sie wenig gemacht. Die Ehefrau koche zu Mittag, Abendessen sei gegen 17 Uhr. Abends sei man vor dem Fernseher, mit dem Computer mache er selten etwas.

Die neurologische Untersuchung habe einen muskulÃ¤ren Habitus bei Demonstration von schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkungen von WirbelsÃ¤ule, HÃ¼ft- und Kniegelenken samt Senk-SpreizfÃ¼Ãe ergeben. Die Beweglichkeit der HWS sei endgradig eingeschrÃ¤nkt, an der LWS sei eine BewegungseinschrÃ¤nkung demonstriert worden, der FBA habe bei 30 cm gelegen.

Motorisch habe an den Armen und Beinen ein regelrechter Muskeltonus und eine normgerechte passive Beweglichkeit bestanden. Bei PrÃ¼fung der groben Kraft bestÃ¼nden keine AuffÃ¤lligkeiten. Das Muskelrelief sei deutlich ausgeprÃ¤gt, harmonisch und es bestÃ¼nden keine Hinweise auf eine muskulÃ¤re Atrophie. Der Reflexstatus habe eine symmetrische AuslÃ¶sbarkeit der Muskeleigenreflexe gezeigt. Das Gangbild sei sicher und flÃ¼ssig, Fersen- und Zehenspitzengang seien mÃ¶glich.

Der dynamische Gesamteindruck/die Psychomotorik habe zurÃ¼ckhaltend und gehemmt gewirkt. Das Benehmen habe gewandt, teils gleichgÃ¼ltig imponiert. Die Gangart sei zÃ¶gerlich. Das Ausdrucksverhalten und die Mimik und Gestik seien sparsam gewesen. Eine psychomotorische Unruhe habe nicht bestanden. Der Kontakt sei verbal wie nonverbal sicher, aber zÃ¶gerlich gewesen. Die Motivation zur Untersuchung sei eher niedrig gewesen, Hinweise auf eine Verdeutlichung von Beschwerden hÃ¤tten sich klinisch eher kÃ¶rperlich ergeben. Aggravation sei im Rahmen der Untersuchung mÃ¶glich gewesen, Hinweise auf Simulation hÃ¤tten sich nicht eindeutig nachweisen lassen. Im Beschwerdevortrag habe der KlÃ¤ger zur Ãberbetonung von kÃ¶rperlichen Beschwerden geneigt.

Der KlÃ¤ger sei bewusstseinsklar, zu Ort, Zeit und Person sowie Situation orientiert. Eine Bewusstseinseinengung zeige sich nicht. Der Antrieb sei unauffÃ¤llig und mÃ¤Ãig reduziert. Die SpontanitÃ¤t habe sich gering gezeigt, die Initiative sei abwartend gewesen. Ein Nachlassen der Initiative habe sich nicht beobachten lassen, das Erregungsniveau sei niedrig, eine vermehrte Wachsamkeit und eine Schreckhaftigkeit seien nicht nachweisbar. Die AffektivitÃ¤t/EmotionalitÃ¤t sei deutlich herabgestimmt, die Stimmung skeptisch, pessimistisch und moros. Die PrimÃ¤raffekte seien eingeschrÃ¤nkt nachweisbar zum depressiven Pol verschoben. Das Affektverhalten sei teilnahmslos und flach. Eine Abstumpfung der GefÃ¼hle sei nachweisbar, eine AffektlabilitÃ¤t habe sich bei der Schilderung des Todes eines Kollegen gezeigt. Im Affektbereich bestehe ein kaum schwingungsfÃ¤higes Affektverhalten, eine vermehrte Ãngstlichkeit sei nicht nachweisbar.

Das formale Denken und der Denkablauf seien Ichbezogen gewesen, eine Umstellungserschwernis bestehe. Der Gedankengang sei geordnet, AuffÃ¤lligkeiten hÃ¤tten sich keine ergeben. Zeichen von Verlangsamung im Denken bestÃ¼nden nicht. Das inhaltliche Denken sei von leichten AuffÃ¤lligkeiten geprÃ¤gt. Der

KlÃ¤ger habe von Ufos berichtet und von seiner Ãberzeugung, âGÃ¼len-VerschwÃ¶rerâ zu erkennen. Andere Wahnwahrnehmungen oder Zwangsideen hÃ¤tten nicht nachgewiesen werden kÃ¶nnen.

Im klinischen Befund hÃ¤tten sich keine Hinweise auf eine mnestische StÃ¶rung ergeben, die Auffassung habe sich als etwas begriffsstutzig dargestellt. Die Konzentration sei wÃ¤hrend der Untersuchung anhaltend gewesen, die MerkfÃ¤higkeit habe keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt. Das GedÃ¤chtnis sei in Bezug auf das Alt- und NeugedÃ¤chtnis ohne Befund, LÃ¼cken in der Erinnerung seien verneint worden. Die ReproduktionsfÃ¤higkeit sei mÃ¼hsam, aber vollstÃ¤ndig. Es habe ein sicheres Auffassungs- und gutes DurchhaltevermÃ¶gen bestanden. FÃ¼r eine BeeintrÃ¤chtigung der Intelligenz habe sich kein Anhalt ergeben. Es seien aktuell eine mittelschwere StÃ¶rung von Krankheitswert der PersÃ¶nlichkeit und eine Depression nachweisbar.

Der beschriebene Tagesablauf am Vortrag sei strukturiert und ohne AuffÃ¤lligkeiten. Die neurologische Untersuchung habe einen regelrechten Befund bei demonstrierten schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkungen gezeigt.

Die Fremdbeurteilung habe eine deutliche BeeintrÃ¤chtigung durch Beschwerden entsprechend einem ambulanten Psychotherapieklientel ergeben, eine geringe Belastungen durch Angst und eine moderate Belastung durch Depression. Hinweise auf eine psychoreaktive StÃ¶rung hÃ¤tten nicht bestanden, ein organisches Psychosyndrom sei nicht nachzuweisen. Die Korrelation zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung, dem klinischen Beschwerdevortrag, dem psychischen Befund sowie der Schilderung des Alltags sei geprÃ¤gt von Inkonsistenzen.

Auf neurologischen Gebiet habe sich ein klinisch unauffÃ¤lliger Befund gezeigt, in der Anamnese sei ein Karpaltunnelsyndrom und eine MigrÃ¤ne ohne Aura im Sinne eines Kombinationskopfschmerzes mit einer Frequenz von 8 bis 10 Tagen im Monat angegeben worden. FÃ¼r letzteres sei ein GdB von 20 vorzuschlagen.

Auf psychiatrischem Fachgebiet habe die Untersuchung Hinweise auf paranoide Erlebnisweisen mit Ã¼berwertigen Ideen im Sinne einer paranoiden PersÃ¶nlichkeitsstruktur an der Grenze zur PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung sowie eine wiederholte depressive StÃ¶rung, aktuell leicht bis mittelgradig, sowie SchlafstÃ¶rungen ergeben. Die Familienanamnese ergebe den Selbstmord zweier Onkel. Eine erstmalige depressive Episode sei 2003 sowie eindeutig 2020 dokumentiert, sodass am Vorliegen einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung kein Zweifel bestehe. Daneben sei die Gedankenwelt geprÃ¤gt von âalternativen Faktenâ im Sinne von Ã¼berwertigen Ideen bei eindeutigen Hinweise auf eine paranoide PersÃ¶nlichkeitsstruktur. Das Vollbild einer paranoid-halluzinatorischen Psychose lasse sich nicht nachweisen, der KlÃ¤ger sei teilweise distanziert von seinen Vorstellungen. Die StÃ¶rung sei âIch-syntonâ, werde also nicht als Krankheit erkannt. Die Prognose sei unklar.

Ob und inwieweit Schmerzen Ã¼ber den somatischen Befund hinausgingen, erscheine angesichts der groben psychopathologischen AuffÃ¤lligkeiten mit

paranoider PersÃ¶nlichkeitsstruktur und Depression schwierig zu entscheiden. Es sei auch mÃ¶glich, dass eine VerstÃ¤rkung der Schmerzen durch das depressive Erleben bedingt sei. Allerdings falle im Beschwerdevortrag eine deutliche Somatisierung auf, wobei kÃ¶rperliche Probleme Ã¼berbetont und psychische Probleme unterbetont wÃ¼rden.

Aus gutachterlicher Sicht entspreche die paranoide PersÃ¶nlichkeitsstruktur und die rezidivierende depressive StÃ¶rung, aktuell leicht bis mittelgradig, einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit bzw. einer affektiven Psychose mit leichtgradigen sozialen AnpassungsstÃ¶rungen. Dabei sei auf die Doppelerkrankung der PersÃ¶nlichkeit und der augenscheinlich familiÃ¤r nachweisbaren Depression im Sinne einer â□□Double-Symptomatikâ□□ hinzuweisen, weshalb ein GdB von 40 vorgeschlagen werde. Es bestehe eine erhebliche Ã□berlappung zu den Beschwerden auf orthopÃ¤dischem Gebiet, da von einer VerstÃ¤rkung der orthopÃ¤dischen Beschwerden durch die Depression auszugehen sei.

Auf psychiatrischem Fachgebiet zeige sich eine erhebliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit mit durchgehenden leichten sozialen AnpassungsstÃ¶rungen Ã¼berwiegend durch die paranoide PersÃ¶nlichkeitsstruktur bei aktuell eher leichtgradigen sozialen Problemen. Durch die inhaltlichen DenkstÃ¶rungen und die vom KlÃ¤ger als besonderes wahrgenommenen FÃ¤higkeiten ergÃ¤ben sich erhebliche EinschrÃ¤nkungen im sozialen Leben. Dabei wÃ¼rden die psychische StÃ¶rung eher bagatellisiert und die kÃ¶rperliche Symptomatik Ã¼berbetont. Hier deuteten sich auch berufliche Konflikte mit dem Ziel der Ã□berforderung an.

Der Gesamt-GdB sei ab Mai 2020 mit 60, davor mit 40 zu bemessen.

Im Nachgang zur Akte gelangt ist der vorlÃ¤ufige Entlassbrief des zfp-N1 Ã¼ber die teilstationÃ¤re Behandlung vom 17. Februar bis 31. MÃ¤rz 2023. Darin sind als Diagnosen angegeben, eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, psychische und VerhaltensstÃ¶rungen durch Opioide und eigenanamnestisch ein AbhÃ¤ngigkeitssyndrom. Bei Aufnahme habe der KlÃ¤ger berichtet, dass in der letzten Zeit viel Negatives passiert sei. Es habe viele TodesfÃ¤lle in der Familie sowie viele â□□negative Stiche im RÃ¼ckenâ□□ von seinen Verwandten gegeben. Er fÃ¼hle sich von seinem Arbeitgeber schikaniert, da alle seine VorschlÃ¤ge nicht anerkannt worden seien. Er sei schwer enttÃ¤uscht.

Psychisch sei das Erscheinungsbild ausreichend gepflegt, im Kontaktverhalten sei der KlÃ¤ger vertrauensvoll. Intoxikations- oder Entzugserscheinungen bestÃ¼nden keine. Er sei wach und bewusstseinsklar, zu allen QualitÃ¤ten orientiert. Das Sprechverhalten sei unauffÃ¤llig, der KlÃ¤ger habe das GesprÃ¤ch mit der Empfehlung angefangen, die Arbeit mehr zu modernisieren. Die Konzentration sei schwer auf seine Arbeitssituation eingeschrÃ¤nkt, das formale Denken umstÃ¤ndlich. Er fÃ¼hle sich von seiner Verwandtschaft ungerecht behandelt. Es bestehe der Verdacht auf Ã¼berwertige Ideen. Der KlÃ¤ger berichte von vielen

VerbesserungsvorschlÃ¤gen, die er seinem Arbeitgeber gemacht habe. Er habe dafÃ¼r keine Belohnung erhalten, sondern sei versetzt worden. Der KlÃ¤ger sei verzweifelt, bei Ã¼berschieÃendem Affekt. Neuropsychologische Defizite hÃ¤tten sich keine gezeigt.

Der KlÃ¤ger sei in das multimodale Therapiekonzept integriert worden. Er habe an Sport-, Bewegungs-, Ergo- und Kunsttherapie teilgenommen. Ein Aufbau einer positiven Tagesstrukturierung als antidepressive MaÃnahme und Strategien zur Antriebsverbesserung seien verhaltenstherapeutisch besprochen worden. Eine Stressvermeidung als Vorbeugung gegen depressive Stimmungen im beruflichen Umfeld sei ebenfalls aufgearbeitet worden. Der Schlaf und die Stimmung hÃ¤tten sich leicht gebessert. Ein Leiden unter Schmerzsymptomatik sei im teilstationÃ¤ren Setting auffÃ¤llig gewesen. Die Entlassung sei in stabilisiertem Zustand erfolgt.

Der Beklagte hat sein Vergleichsangebot auf Feststellung eines GdB von 40 weiter aufrechterhalten und die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme des. B5 vorgelegt. Soweit M3 eine paranoide PersÃ¶nlichkeitsstruktur diagnostiziere, sei diese zwar nachvollziehbar, jedoch handele es sich noch nicht um eine manifeste PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung. Eine wiederkehrende depressive StÃ¶rung kÃ¶nne mit paranoiden Phasen einhergehen, ohne dass schon von Ã¼berwertiger Gedankenbildung im Sinne einer Schizophrenie gesprochen werden kÃ¶nne. Symptome einer endogenen Psychose seien nicht zu verifizieren.

Beurteilungsgrundlage fÃ¼r die EinschÃ¤tzung des GdB seien nicht vom Betroffenen angegebene BefindlichkeitsstÃ¶rungen jeder Art, Geschichten und ErzÃ¤hlungen â wie z.B. das dreimalige Sehen von UFOâs â Krankheitsdiagnosen oder Krankheitsverdachtsdiagnosen, sondern das tatsÃ¤chlich objektivierte Funktionsdefizit in allen Lebenslagen. Weiter stelle der SachverstÃ¤ndige Inkonsistenzen fest, berichte Ã¼ber eine Aggravation und beschreibe die Motivation zur Untersuchung als gering.

FÃ¼r die genannten BeeintrÃ¤chtigungen komme im Durchschnitt als hÃ¶chster Rahmenwert nur ein Teil-GdB von 40 in Betracht, das Begutachtungskriterium âmittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeitenâ erfÃ¼lle der KlÃ¤ger auch nach den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen nicht. Wenn die FunktionseinschrÃ¤nkungen mindestens mittelschwer seien, betrage der Teil-GdB 40. Das von dem SachverstÃ¤ndigen aus Angaben des KlÃ¤gers beschriebene Karpaltunnelsyndrom und die MigrÃ¤ne erreichten noch nicht das AusmaÃ einer Behinderung und hÃ¤tten keinen Einfluss auf die HÃ¶he des Gesamt-GdB.

Der KlÃ¤ger hat das Vergleichsangebot erneut abgelehnt und den Entlassungsbericht des psychiatrischen Behandlungszentrums B1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 30. Dezember 2022 bis 16. Februar 2023 vorgelegt. Darin wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃ¤rtig schwere Episode ohne psychotische Symptome beschrieben. Bei Aufnahme sei das Erscheinungsbild gepflegt gewesen, der KlÃ¤ger im Kontaktverhalten offen und freundlich. Er sei wach und bewusstseinsklar, zu allen QualitÃ¤ten orientiert. Es bestÃ¼nden keine Sprach- und SprechstÃ¶rungen, keine StÃ¶rung der kognitiven

Funktionen und keine StÃ¶rung des formalen sowie inhaltlichen Denkens. BefÃ¼rchtungen und ZwÃ¤nge seien nicht vorhanden, SinnestÃ¤uschungen nicht zu eruieren. Der KlÃ¤ger sei depressiv verstimmt, affektverflacht und antriebsarm bei unauffÃ¤lliger Psychomotorik. KÃ¶rperlich sei die WirbelsÃ¤ule frei beweglich ohne Klopfschmerz, neurologisch bestehe kein Hinweis auf manifeste oder latente Paresen. Die grobe Kraft sei beidseits seitengleich erhalten, das Gangbild sicher.

Im stationÃ¤ren Setting habe sich eine gedrÃ¼ckte Stimmungslage gezeigt. Die SchlafstÃ¶rungen seien stark ausgeprÃ¤gt gewesen. An dem Therapieprogramm habe der KlÃ¤ger motiviert teilgenommen, es hÃ¤tten regelmÃ¤Ãïige stÃ¼tzende und motivierende GesprÃ¤che stattgefunden. Eine psychosomatische Rehabilitation sei beantragt worden, eine anschlieÃïende teilstationÃ¤re Behandlung vorgesehen.

Mit Urteil aufgrund mÃ¼ndlicher Verhandlung vom 14. September 2023 hat das SG den Bescheid vom 7. August 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2020 aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, einen Grad der Behinderung von 40 seit dem 23. April 2019 festzustellen. Im Ãïbrigen hat es die Klage abgewiesen.

Die Klage sei begrÃ¼ndet, soweit kein GdB von 40 festgestellt worden sei. Ein solcher von 50 kÃ¶nne nicht beansprucht werden. Der KlÃ¤ger leide an einer depressiven StÃ¶rung unterschiedlichen Schweregrades und einem chronifizierten Schmerzsyndrom. Wegen beider Erkrankungen seien bisher mehrere ambulante, teilstationÃ¤re und stationÃ¤re Behandlungen erfolgt. Die wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit sei, in Ãïbereinstimmung mit den versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzungen, mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten. Denn trotz der vielfach dokumentierten EinschrÃ¤nkungen sei der KlÃ¤ger in der Lage, seinen aktuellen Beruf im Schichtbetrieb auszuÃ¼ben. Es finde auch kein vollstÃ¤ndiger sozialer RÃ¼ckzug statt, denn es bestÃ¼nden noch Kontakte innerhalb der Familie. Ebenso liege kein vollstÃ¤ndiger RÃ¼ckzug von angenehmen Unternehmungen vor, so sei der KlÃ¤ger immer noch in der Lage, regelmÃ¤Ãïig seinen Jahresurlaub in der TÃ¼rkei zu verbringen und SpaziergÃ¤nge mit seiner Ehefrau zu unternehmen. Von dem Teil-GdB von 40 sei die von M3 beschriebene StÃ¶rung der paranoiden PersÃ¶nlichkeitsstruktur umfasst. Wie B5 (versorgungsÃ¤rztlich) erachte auch die Kammer die AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen fÃ¼r nicht schlÃ¼ssig. Denn trotz der paranoiden PersÃ¶nlichkeitsstruktur sei es dem KlÃ¤ger Ã¼ber Jahrzehnte mÃ¶glich gewesen, seinen Beruf auszuÃ¼ben und dauerhafte Symptome einer Psychose seien, so B5, nicht gegeben. Zudem habe M3 selbst angegeben, dass aktuell eher leichtgradige soziale Probleme bestÃ¼nden. Der Teil-GdB von 40 umfasse weiter die beklagte MigrÃ¤ne.

Im Funktionssystem âïïRumpfâïï sei ein Teil-GdB von 20 angemessen, da im Bereich der HWS von mittelschweren BeeintrÃ¤chtigungen auszugehen sei. Der von dem behandelnden G1 angenommene Teil-GdB von 30 entspreche nicht den Bewertungsvorgaben, sodass dem nicht gefolgt werden kÃ¶nne. Durch den Teil-GdB von 20 werde der Teil-GdB im Funktionssystem âïïGehirn einschlieÃïlich Psycheâïï nicht erhÃ¶ht.

Am 10. Oktober 2023 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ mÃ¼sse jedenfalls erhÃ¶hend wirken. M3 habe Nervendehnungszeichen beschrieben und K1 BewegungseinschrÃ¤nkungen in mehreren WirbelsÃ¤ulenabschnitten befundet. Die MigrÃ¤ne mÃ¼sse zusÃ¤tzlich erhÃ¶hend berÃ¼cksichtigt werden.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. September 2023 abzuÃ¤ndern und den Beklagten zu verpflichten, unter Aufhebung des Bescheides vom 7. August 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2020 sowie unter weiterer RÃ¼cknahme des Bescheides vom 8. Oktober 2018 einen Grad der Behinderung von mindestens 50 seit dem 23. April 2019, hilfsweise seit Mai 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) und auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 14. September 2023, soweit damit die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40 unter Aufhebung des Bescheides vom 7. August 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 30. November 2020 sowie unter teilweiser weiterer RÃ¼cknahme des Bescheides vom 8. Oktober 2018 abgewiesen hat. Soweit das SG den Beklagten zur Feststellung eines GdB von 40 seit dem 23.Â April 2019 verpflichtet hat, ist weder Berufung- noch Anschlussberufung eingelegt worden, sodass das Urteil insoweit rechtskrÃ¤ftig geworden ist.

MaÃ□gebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009

â□□Â BÂ 6Â KAÂ 34/08Â â□□, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, Â§ 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage im streitigen Umfang. Der Bescheid vom 7. August 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2020 ist rechtmÃ¤Ã□ig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Auch zur Ã□berzeugung des Senats kann der KlÃ¤ger die hÃ¶here Neufeststellung des GdB mit mehr als 40, wie sie sich aus der Entscheidung des SG bereits ergibt, nicht beanspruchen. Das SG hat die Klage daher zu Recht im Ã□brigen abgewiesen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist Â§ 48 Abs. 1 SatzÂ 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ X). Danach ist, soweit inÂ den tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mitÂ Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Ã□nderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufzuheben. GemÃ¤Ã□ Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Ã□nderung der VerhÃ¤ltnisse aufgehoben werden, soweit die Ã□nderung zugunsten der Betroffenen erfolgt (Â§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr.Â 1 SGBÂ X). Dabei liegt eine wesentliche Ã□nderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen VerhÃ¤ltnissen nicht mehr so erlassen werden dÃ¼rfte, wie er ergangen war. DieÂ Ã□nderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt desÂ Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsÃ¤chlichen Ã□nderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung fÃ¼hrt. Von einer wesentlichen Ã□nderung im Gesundheitszustand ist auszugehen, wenn diese einen um wenigstens 10 verÃ¤nderten Gesamt-GdB rechtfertigt (vgl. BSG, Urteil vom 11.Â November 2004 â□□Â BÂ 9Â SBÂ 1/03 R â□□, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Ã□nderung ist der Verwaltungsakt â□□ teilweise â□□ aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl.Â BSG, Urteil vom 22.Â Oktober 1986 â□□ 9a RVs 55/85 â□□, juris, Rz. 11 m. w. N.).
DieÂ Feststellung einer wesentlichen Ã□nderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des â□□ teilweise â□□ aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Ã□berprÃ¼fung voraus (vgl.Â BSG, Urteil vom 2.Â Dezember 2010 â□□ B 9 V 2/10 R â□□, SozR 4-3100 Â§ 35 Nr. 5, Rz. 38 m. w. N.).

Diese Voraussetzungen sind auch zur Ã□berzeugung des Senats nicht weitergehend erfÃ¼llt, als vom SG bereits berÃ¼cksichtigt. Eine weitere Ã□nderung gegenÃ¼ber dem maÃ□gebenden Vergleichsbescheid vom 8. Oktober 2018, die eine noch hÃ¶here Neufeststellung des GdB rechtfertigt, liegt nicht vor.

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 (Satz 2). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewÃ¶hnlichen Aufenthalt oder ihre BeschÃ¤ftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des Â§ 156 SGB IX rechtmÃ¤ÃŸig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (Â§Â 152Â Abs.Â 1Â SatzÂ 5Â SGBÂ IX). Das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die Bewertung des GdB maÃŸgebend 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 MaÃŸstÃ¤be des Â§Â 30Â Abs.Â 1Â BVG und der aufgrund des Â§Â 30Â Abs.Â 16Â BVG erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1.Â JanuarÂ 2009 in Kraft getretene Verordnung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, des Â§Â 30Â Abs.Â 1 und des Â§Â 35Â Abs.Â 1Â BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung â VersMedV) vom 10.Â DezemberÂ 2008 (BGBl I S. 2412), entsprechend (Â§Â 241Â Abs.Â 5Â SGBÂ IX). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der GrundsÃ¤tze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage â Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ (VG) zu Â§Â 2Â VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31.Â DezemberÂ 2008 heranzuziehenden â Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im Sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrechtâ (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand fÃ¼r die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 â B 9 V 25/98 R â, SozR 3-3100 Â§Â 30Â Nr.Â 22). Hierdurch wird eine fÃ¼r den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermÃ¶glicht.

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 (BSGE 82, 176 [177 f.]). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugÃ¤nglich. Er erscheint nicht im VerfÃ¼gungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer HÃ¶he als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen GrundsÃ¤tze sowie unter Beachtung der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Ã□berzeugung des Senats fest, dass der GdB nicht mehr als 40 betrÃ¤gt.

Die einzig bewertungsrelevanten FunktionseinschrÃ¤nkungen liegen bei dem KlÃ¤ger im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□, das mit dem vom Beklagten gesehenen Teil-GdB von 40 bereits maximal bewertet ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begrÃ¼nden Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer StÃ¶rungen einen GdB von 0 bis 20, stÃ¤rkere StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit (z. B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere StÃ¶rungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische StÃ¶rung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, kÃ¶rperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhÃ¤ngigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen StÃ¶rungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 â□□Â BÂ 9Â VÂ 12/17Â BÂ â□□, juris, Rz. 2). Dabei ist fÃ¼r die GdB-Bewertung, da diese die EinbuÃ□en in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maÃ□geblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 â□□Â LÂ 6Â VHÂ 2746/15Â â□□, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wÃ¼rdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine â□□wesentliche

EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeitâ meint schon begrifflich eher EinschrÃ¤nkungen in der inneren GefÃ¼hlswelt, wÃ¤hrend StÃ¶rungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der âsozialen 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 (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 âÂ LÂ 6Â SBÂ 4718/16Â â, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 âÂ LÂ 8Â SBÂ 1549/10Â â, juris, Rz. 31).

Hiervon ausgehend ist mehr als eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit nicht objektiviert. Die BerÃ¼cksichtigung der psychischen EinschrÃ¤nkungen am oberen Rahmen der Bewertungsvorgabe trÃ¤gt dem Umstand, dass der KlÃ¤ger medikamentÃ¶s und psychotherapeutisch ambulant wie auch wiederholt stationÃ¤r behandelt wird, ausreichend Rechnung. Angesichts der Tatsache, dass gerade im stationÃ¤ren Umfeld, aber auch durch die SachverstÃ¤ndigen ein im Weitesten normaler Status beschrieben wird, erweist sich die versorgungsÃ¤rztlich gesehene AusschÃ¶pfung des Bewertungsrahmens, die der SachverstÃ¤ndige M3 so bestÃ¤tigt hat, schon als groÃzÃ¼gig. Hierauf hat S2 versorgungsÃ¤rztlich zutreffend bereits im Verwaltungsverfahren hingewiesen.

Der SachverstÃ¤ndige hat nÃ¤mlich einen regelrechten Befund erhoben. So hat er den KlÃ¤ger als bewusstseinsklar, zu Ort, Zeit und Person sowie Situation orientiert beschrieben. Es bestand keine Bewusstseinseinengung und ein nur mÃ¤Ãig reduzierter Antrieb. Den Gedankengang beschreibt er als geordnet, eine Verlangsamung des Denkens verneint er und im inhaltlichen Denken sieht er nur leichte AuffÃ¤lligkeiten. Konzentration, MerkfÃ¤higkeit und GedÃ¤chtnis sieht er damit einhergehend als unbeeintrÃ¤chtigt an. Passend hierzu weist er selbst darauf hin, dass der geschilderte Tagesablauf strukturiert und ohne AuffÃ¤lligkeiten gewesen ist. Die Korrelation zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung, dem klinischen Beschwerdevortrag und dem psychischen Befund sieht der Gutachter als von Inkonsistenten geprÃ¤gt und die Motivation zur Untersuchung als niedrig an, was er bei seiner Bewertung indessen nicht wÃ¼rdigt.

Hierzu hÃ¤tte aber schon deshalb Veranlassung bestanden, worauf das SG bereits zu Recht hingewiesen hat, als ein erhaltenes Interessenspektrum vorhanden ist. So hat der KlÃ¤ger Ã¼ber regelmÃ¤Ãige SpaziergÃ¤nge sowie jÃ¤hrliche Fernreisen in die TÃ¼rkei berichtet, wo er Ã¼ber ein eigenes Haus verfÃ¼gt. In diesem Zusammenhang ist der Aktenlage zu entnehmen, dass sich der KlÃ¤ger unmittelbar

im Vorfeld der Begutachtung wiederum Ã¼ber vier Wochen im Urlaub befunden hat und deshalb nicht hat begutachten werden kÃ¶nnen, ein Umstand, den M3 in keiner Weiser hinterfragt, sondern unkritisch die Behauptung des KlÃ¤gers Ã¼bernommen hat, dass er den letzten Urlaub im Sommer 2021 gemacht habe. Weiter hat der KlÃ¤ger berichtet, regelmÃ¤ÃŸig fern zu sehen und gelegentlich den Computer zu benutzen, sodass eine Mediennutzung belegt ist, sowie einen Freundes- und Bekanntenkreis zu haben, sodass auch soziale Kontakte bestehen. Soweit der KlÃ¤ger mangelnde FÃ¼rsorge durch seine SÃ¶hne beklagt hat, Ã¼berzeugt dies schon deshalb nicht, weil er andererseits erzÃ¤hlt hat, von seinem Sohn zur Arbeit gefahren zu werden. Weiter sind familiÃ¤re Treffen im Rahmen von Feierlichkeiten angegeben worden sowie, dass der KlÃ¤ger am Wochenende zum Kaffeetrinken geht.

Weiterhin sind der Aktenlage deutliche Anhaltspunkte dafÃ¼r zu entnehmen, dass insbesondere die stationÃ¤ren Aufenthalte jeweils im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Unzufriedenheit am Arbeitsplatz standen (vgl. den Befundbericht des S3, den Entlassungsbericht des UniversitÃ¤tsklinikums T1, das SachverstÃ¤ndigengutachten des M3, den Entlassungsbericht des zfp-N1), sodass aus diesen allein nicht auf die Schwere der Erkrankung geschlossen werden kann. Passend hierzu hat der KlÃ¤ger auch mehrfach bekundet, bei einer erneuten Umsetzung am Arbeitsplatz einen Rentenantrag stellen zu wollen und das Ziel zu haben, schnellstmÃ¶glich aus dem Erwerbsleben auszuscheiden.

Aus dem letzten Entlassungsbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung im psychiatrischen Zentrum B1 folgt nichts Anderes. Die dort angegebene Diagnose einer schweren Episode einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung ist schon anhand des mitgeteilten Befundes nicht schlÃ¼ssig. AusgefÃ¼hrt wird nÃ¤mlich, dass der KlÃ¤ger von gepflegtem Erscheinungsbild war, sich keine StÃ¶rungen der kognitiven Funktionen sowie des formalen und inhaltlichen Denkens zeigten. Bei depressiver Verstimmung (ICD-10 F 33.9), was diagnostisch vom Schweregrad etwas vÃ¶llig Anderes darstellt als eine StÃ¶rung mit schwerer Episode (ICD-10 F 33.2), wird angegeben, dass die Psychomotorik unauffÃ¤llig war, der KlÃ¤ger sich wach, bewusstseinsklar und zu allen QualitÃ¤ten orientiert, also normal zeigte.

SinnestÃ¤uschungen werden verneint, soweit M3 Hinweise auf ein paranoides Erleben aufgrund der Schilderungen vermutet hat, sind die Angaben von ihm schon nicht ausreichend kritisch hinterfragt worden. DiesbezÃ¼glich hat B5, fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend, versorgungsÃ¤rztlich dargelegt, dass nicht von einer manifesten PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung ausgegangen werden kann, sondern vielmehr wiederkehrende depressive StÃ¶rungen mit paranoiden Phasen einhergehen kÃ¶nnen, ohne dass deshalb schon von einer Ã¼berwertigen Gedankenbildung gesprochen werden kann. Im Ãœbrigen weist B5 zu Recht darauf hin, dass bewertungsrelevant nicht angegebene BefindlichkeitsstÃ¶rungen jeder Art sowie Geschichten und ErzÃ¤hlungen sind, sondern nur das tatsÃ¤chlich objektivierbare Funktionsdefizit.

Korrespondierend zum klinischen Befund wird im Entlassungsbericht des psychiatrischen Zentrums B1 zum Verlauf berichtet, dass der KlÃ¤ger am

Therapieprogramm motiviert hat teilnehmen kÃ¶nnen, was ebenfalls gegen schwergradige EinschrÃ¤nkungen spricht. Angaben zu einer die LeistungsfÃ¤higkeit zusÃ¤tzlich einschrÃ¤nkenden MigrÃ¤ne lassen sich dem Entlassungsbericht schon gar nicht entnehmen. Insoweit hat sich M3 ebenfalls nur auf die subjektiven Angaben des KlÃ¤gers gestÃ¼tzt. SchlÃ¼ssig hat B5 versorgungsÃ¤rztlich dazu ausgefÃ¼hrt, dass anhand der dokumentierten Befunde das AusmaÃ□ einer Behinderung durch die MigrÃ¤ne nicht erreicht wird.

Im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ lÃ¤sst sich ein Teil-GdB von 20 bereits nicht begrÃ¼nden, jedenfalls wÃ¼rde ein solcher aber aufgrund der versorgungsÃ¤rztlich zu Recht gesehenen Ã□berschneidungen (vgl. die versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen der U1 und W1) nicht erhÃ¶hend wirken.

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

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den (einschlieÃ□lich BandscheibenschÃ¤den, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten â□□Postdiskotomiesyndromâ□□) primÃ¤r aus dem AusmaÃ□ der BewegungseinschrÃ¤nkung, der WirbelsÃ¤ulenverformung und -instabilitÃ¤t sowie aus der Anzahl der betroffenen WirbelsÃ¤ulenabschnitte. Der Begriff InstabilitÃ¤t beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden WeichteilverÃ¤nderungen und Schmerzen. So genannte â□□WirbelsÃ¤ulensyndromeâ□□ (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) kÃ¶nnen bei InstabilitÃ¤t und bei Einengungen des Spinalkanals oder der ZwischenwirbellÃ¶cher auftreten. FÃ¼r die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekrÃ¤ftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde Ã¼ber einen

ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall kÃ¶nnen die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprÃ¤gt sein.

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

Ausgehend von diesen MaÃ□stÃ¤ben sind wenigstens mittelgradige FunktionseinschrÃ¤nkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt bei dem KlÃ¤ger nicht objektiviert. Bereits aus dem maÃ□gebenden Vergleichsbefund des G1 ergibt sich nur eine eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der WirbelsÃ¤ule aufgrund von Muskelverspannungen. Neurologische Ausfallerscheinungen wurden sowohl klinisch als auch radiologisch ausgeschlossen. Die MRT der LWS zeigte bei kleinem Bandscheibenvorfall L5/S1 weder eine neuroforaminale noch eine spinale Enge. Passend hierzu beschrieb die Klinik S1 im Rehabilitationsentlassungsbericht einen FBA von 0 cm, was die fehlenden BewegungseinschrÃ¤nkungen deutlich unterstreicht, und verneinte einen Druck- oder Klopfschmerz an der WirbelsÃ¤ule. Im Labor ergaben sich keine Hinweise auf entzÃ¼ndliche Prozesse, die Rheumaserologie war negativ.

Ebenso gab der G1 in seinem Befundschein nur endgradige FunktionseinschrÃ¤nkungen von BWS und LWS an. Eine wesentliche Ã□nderung in diesem Befund ist zur Ã□berzeugung des Senats nicht eingetreten. Das

UniversitÃ¤tsklinikum T1 hat nÃ¤mlich eine physiologische KÃ¶rperhaltung mit geradem Aufbau der WirbelsÃ¤ule befundet und die grobe Kraft der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten als unauffÃ¤llig. Ebenso hat G1 zwar auf eine zunehmend eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der WirbelsÃ¤ule verwiesen, ohne das indessen durch Funktionsbefunde zu belegen. Neurologische Ausfallerscheinungen hat er weiterhin verneint. Der J1 hat ebenso keine Hinweise auf ein entzÃ¼ndlich-rheumatisches Krankheitsbild objektivieren kÃ¶nnen. Ãberzeugend hat S2 daher versorgungsÃ¤rztlich ausgefÃ¼hrt, dass keine messbaren BewegungseinschrÃ¤nkungen dokumentiert sind und die normale Bemuskelung gegen langanhaltende BewegungseinschrÃ¤nkungen spricht.

Soweit G1 demgegenÃ¼ber in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft beim SG Ã¼ber mittel- bis schwergradige EinschrÃ¤nkungen der WirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit berichtet hat, sind von ihm schon keine BewegungsmaÃe mitgeteilt worden, die diese EinschÃ¤tzung belegen und nachvollziehbar machen kÃ¶nnten. Hierauf hat W1 versorgungsÃ¤rztlich zu Recht hingewiesen.

Die nur geringgradigen EinschrÃ¤nkungen haben sich durch das Ã¼berzeugende SachverstÃ¤ndigengutachten des K1 bestÃ¤tigt. Dieser hat an der HWS eine freie Beweglichkeit beschrieben. Hinsichtlich des BWS und LWS mit Zeichen nach Ott von 30:31,5 cm und Schober von 10:13 cm sowie einem FBA sind nur annÃ¤hernd hÃ¤lftige BewegungseinschrÃ¤nkungen beschrieben. Das Zeichen nach LasÃ¨que beschreibt er als negativ und SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen werden von ihm verneint, sodass weiter keine Hinweise auf neurologische Ausfallerscheinungen bestehen. SchlÃ¼ssig fÃ¼hrt er deshalb zusammenfassend aus, dass die funktionellen Auswirkungen, auf die es fÃ¼r die Bewertung des GdB in erster Linie ankommt, nicht ausgeprÃ¤gt sind und zu keinen deutlichen BewegungseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hren. Wenn er trotzdem meint, aus den geringen bis mittelgradigen EinschrÃ¤nkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten auf einen Teil-GdB von 20 schlieÃen zu kÃ¶nnen, wird dies den Bewertungsvorgaben nicht gerecht, sodass dem nicht gefolgt werden kann. Dass der von G1 gesehene Teil-GdB von 30 nicht erreicht wird, ist von ihm bestÃ¤tigt worden.
Nichts anderes folgt aus dem SachverstÃ¤ndigengutachten des M3. Dieser hat selbst auf demonstrierte BewegungseinschrÃ¤nkungen, eine Aggravationsneigung und auf Inkonsistenten in den Angaben verwiesen, ohne dies entsprechend zu wÃ¼rdigen (vgl. bereits oben). Insbesondere hat er einen muskulÃ¤ren Habitus beschrieben und Hinweise auf eine muskulÃ¤re Atrophie verneint, sodass weiter â vgl. die versorgungsÃ¤rztlichen AusfÃ¼hrungen â keine Zeichen eines relevanten Mindergebrauchs objektiviert sind. Dies ist zuletzt durch den Entlassungsbericht des psychiatrischen Zentrums B1 eindrÃ¼cklich bestÃ¤tigt worden, der eine frei bewegliche WirbelsÃ¤ule ohne Klopfschmerz und neurologisch ohne Hinweis auf manifeste oder latente Paresen beschreibt.

Bewertungsrelevante FunktionseinschrÃ¤nkungen in weiteren Funktionssystemen bestehen nicht. Soweit Kniebeschwerden geltend gemacht worden sind (Funktionssystem âBeineâ, vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14), hat K1 eine freie Beweglichkeit beider Kniegelenke fÃ¼r Extension/Flexion mit 0-0-140Â° befundet, es bestanden keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine Synovitis oder Ergussbildung.

Korrespondierend hierzu ergibt sich aus dem Entlassungsbericht des psychiatrischen Zentrums B1 ein freies Gangbild. Daneben hat K1 die HÃ¼ftgelenksbeweglichkeit (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14) als frei befundet (Streckung/Beugung bis 0-0-130Â°).

Im Funktionssystem â□□Armeâ□□ ist kein Teil-GdB festzustellen, nachdem die Schulterbeweglichkeit von K1 fÃ¼r die Vor- und RÃ¼ckhebung mit 170-040Â° angegeben worden und damit weit von einer nur mÃ¶glichen Armvorhebung bis 120Â° (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13) entfernt ist. Seine anderweitige EinschÃ¤tzung des GdB wird der vorliegenden Beweglichkeit nicht gerecht und korrespondiert nicht mit den Bewertungsvorgaben. Dies gilt auch deshalb, weil zeitweilige EinschrÃ¤nkungen mit einem Durchschnitts-GdB zu bewerten sind (vgl. VG, Teil B, Nr. 2f).

Letztlich ist kein Teil-GdB im Funktionssystem â□□Herz und Kreislaufâ□□ (vgl. VG, Teil B, Nr. 9) begrÃ¼ndet, nachdem keine pathologischen Befunde objektiviert sind. Der R1 hat eine KHK vielmehr ausdrÃ¼cklich ausgeschlossen, die Koronarangiographie im UniversitÃ¤tsklinikum T1 ergab keinen Interventionsbedarf und einen kardiopulmonal stabilen Zustand. Ebenso zeigte sich im RÃ¶ntgen-Thorax (vgl. den Befundbericht der F2) ein altersentsprechend unauffÃ¤lliger Befund. Dementsprechend hat W1 versorgungsÃ¤rztlich Ã¼berzeugend einen GdB-relevanten Befund verneint.

Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ entspricht somit dem Gesamt-GdB. Die gegenteiligen AusfÃ¼hrungen des M3 vermÃ¶gen indessen nicht zu Ã¼berzeugen, da diese weder den orthopÃ¤dischen Funktionsbefund ausreichend wÃ¼rdigen, noch die Gesamt-GdB-Bildung nachvollziehbar ist. Hierauf kommt es aber schon deshalb nicht entscheidungserheblich an, da es sich bei der Bewertung des GdB um eine rechtliche und nicht um eine medizinische Frage handelt.
Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

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

Â

Erstellt am: 19.06.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024