
S 4 SB 2787/20

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 4 SB 2787/20
Datum	07.11.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 3470/22
Datum	27.06.2024

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. November 2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die höhere Erstfeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 20 bzw. 30.

Er ist 1969 geboren, hat nach dem Realschulabschluss eine Lehre zum Offsetdrucker abgeschlossen und von 1996 bis 1998 die Meisterschule besucht. Von 2014 bis 2016 hat er eine Umschulung zum Sport- und Fitnesskaufmann absolviert und war fünf Jahre lang als Fahrer bei der Stadt N1 angestellt. Seit 2017 arbeitet er in einer Physiotherapiepraxis. Er ist verheiratet, hat drei volljährige Kinder und bewohnt ein Eigenheim.

Am 5. Mai 2020 beantragte er bei dem Landratsamt A1 (LRA) erstmals die Feststellung des GdB. Vorgelegt wurde ein Entlassungsbericht über eine

stationäre Rehabilitation, aus der der KIÄrger mit der Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens für die letzte Tätigkeit und den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen worden ist. Bei Aufnahme sei ein starker Leidensdruck wahrnehmbar gewesen. Nach einem einwöchigen Aufenthalt sei es dem KIÄrger nicht gelungen, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Eine starke Sehnsucht nach Hause und seiner Familie habe nicht überwunden werden können. Trotz intensiver Emotionsarbeit habe der KIÄrger entschieden, gegen ärztliches Einverständnis vorzeitig abzureisen. Aufgrund der Kräfte des Aufenthalts hätten keine nennenswerten Veränderungen erreicht werden können.

Die G1 führte im Bericht vom 29. Juli 2010 aus, den KIÄrger seit 2008 zu behandeln. Zu Beginn habe sich eine Panikstörung sowie eine ängstlich-depressive Störung gezeigt. Unter Medikation hätten sich die Zwangsgedanken gebessert. Aktuell ständen eine ängstlich getriggerte Depression, quälende Zwangsgedanken und eine Panikstörung im Vordergrund.

Nach dem Entlassungsbericht des Klinikums C1 vom 20. Januar 2021 wurde der KIÄrger vom 3. August bis 7. September 2010 stationär behandelt. Es hätten Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, eine Panikstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode bestanden. Bei schwerer kombinierter Zwangsstörung die Integrität des rechten Knies betreffend sowie Panikstörung mit zunehmender depressiver Symptomatik sei es gelungen, eine Besserung der Symptomatik zu erreichen, sodass letztlich die Reduktion der psychopharmakologischen Medikation möglich gewesen sei.

Vom 8. September bis 20. Oktober 2010 befand sich der KIÄrger in tagesklinischer Behandlung im Universitätsklinikum U1. Nach anfänglichem Druck von therapeutischer Seite sei es ihm im Verlauf besser gelungen, sich in die therapeutische Auseinandersetzung zu begeben und eigene Themen in den Gruppentherapien zu behandeln. Er habe einen direkten Zusammenhang zwischen seiner Zwangssymptomatik und verdrängten beruflichen und privaten Problemen erkennen können. Zudem habe er sich um Lösungen für seine beruflichen Probleme bemüht und erkannt, dass er in der Vergangenheit oft durch inadäquate Wortwahl und ungerechtfertigte Ansprüche Konflikte mit Vorgesetzten initiiert habe.

Aus der stationären Rehabilitation vom 15. Mai bis 19. Juni 2013 im Rehabilitationszentrum M1 wurde der KIÄrger als arbeitsunfähig entlassen. Die zu Beginn der Behandlung vereinbarten Rehabilitationsziele hätten erreicht werden können. Der Schlaf habe sich verbessert, es sei zu einer Stimmungsaufhellung sowie einer Reduzierung der Ängste gekommen. Der KIÄrger berichte, jetzt wieder angstfrei einkaufen gehen zu können. Aufgrund der Zwanghaftigkeit und den Schwierigkeiten in der Interaktion mit Vorgesetzten werde der KIÄrger als Abteilungsleiter für nicht leistungsfähig angesehen.

Im Attest vom 6. Dezember 2019 beschrieb G1 eine seit Mai 2019 bestehende deutliche erschöpfungsdpressive Symptomatik. Es finde eine ambulante

psychotherapeutische Behandlung statt.

Das LRA zog Befundberichte des A2 bei, in denen aufgrund ambulanter Behandlungen am 11. Februar 2020 und 5. März 2020 ein Karpaltunnelsyndrom links mit Operationsindikation sowie eine beginnenden STT-Arthrose der Handwurzel links beschrieben wurde.

Im Bericht der R1 nach ambulanter Untersuchung vom 5. Mai 2020 wurde ausgeführt, dass am ehesten von einer entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankung auszugehen sei. Hierfür sprächen die arthrosonographischen Veränderungen in der linken Hand und die Entzündung im linken Ellenbogengelenk. Es solle eine Knochenszintigraphie durchgeführt und dann eine Therapie mit Stereoiden begonnen werden.

R2 bewertete versorgungsmäßig die Funktionsbehinderung des Handgelenks und die seelische Störung je mit einem Teil-GdB von 10. Das operierte Karpaltunnelsyndrom und die chronische Magenschleimhautentzündung führten zu keinen Teil-GdB von wenigstens 10.

Mit Bescheid vom 22. Juni 2020 lehnte das LRA die Feststellung des GdB ab. Die geltend gemachte Funktionseinschränkungen Funktionsbehinderung des Handgelenks und seelische Störung begründeten keinen GdB von wenigstens 20.

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, nicht am Karpaltunnel operiert worden zu sein.

H1 hielt versorgungsmäßig an der bisherigen Bewertung fest. Die Befunde belegten eine primär chronische Polyarthrit. Eine Therapie sei eingeleitet worden, die weitere Entwicklung müsse abgewartet werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 7. Oktober 2020 wies das Regierungspräsidium S1
Landesversorgungsamt den Widerspruch zurück. Die entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke und die seelische Störung bedingten je einen Teil-GdB von 10, sodass sich kein Gesamt-GdB von mindestens 20 ergebe.

Am 4. November 2020 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht (SG) Ulm erhoben und das bereits aktenkundige psychiatrische Attest der G1 vom 6. Dezember 2019 (vgl. oben) vorgelegt.

Zur weiteren Sachaufklärung hat das SG sachverständige Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte erhoben.

Die G1 hat mitgeteilt, den Kläger bis 2013 behandelt zu haben und seit 2019 erneut. Diagnostisch bestehe eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig ausgeprägt mit psychosomatischen Beschwerden. Seit Mai 2020 erfolge die Vorstellung im Abstand von sechs bis acht Wochen. Die Stimmungslage sei subdepressiv bis niedergeschlagen. Im Rahmen der ambulanten Psychotherapie

würden vermehrt traumatisierende Rück Erinnerungen aus seiner Biographie aufkommen. Eine medikamentöse Therapie mit Opipramol erfolge, ein Behandlungsversuch mit Duloxetin einschleichend habe wegen der Nebenwirkungen wieder abgesetzt werden müssen. Das bestehende Krankheitsbild der mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode gehöre zu den affektiven Störungen, bei dem Kläger sei die depressive Symptomatik erheblich ausgeprägt und werde unterstützt durch die sehr belastende, länger dauernde Schmerzsymptomatik bei rheumatologischer Erkrankung. Der GdB sei auf 30 einzuschätzen, seit November 2020 sei es zu einer Verschlechterung gekommen.

Die R1 hat bekundet, bei dem Kläger eine seropositive rheumatoide Arthritis diagnostiziert zu haben. Therapien mit Steroiden und MTX seien nicht gut vertragen worden. Es sei zu Luftnot und einem Druckgefühl auf der Brust gekommen. Der Kläger berichte über starke Schmerzen in den peripheren Gelenken. Aufgrund der therapeutisch schwer beeinflussbaren Krankheitsaktivität gehe sie von einem mittelgradigen Schweregrad aus. Der GdB betrage 50. Ergänzend hat sie den Befundbericht über die Kernspintomographie (MRT) des linken Handgelenks vom 31. Januar 2020 (K1) und der 2-Phasenskelettszintigraphie vom 8. Mai 2020 (G2) vorgelegt. In letzterem ist eine chronische Entzündung der linken Handwurzel beschrieben sowie eine diskrete flüchtige Synovialitis des rechten Kniegelenks. Das übrige Skelettsystem zeige einen altersentsprechend, unauffälligen Befund. Die S2 hat bei dem Kläger chronische Schmerzen, eine chronische Müdigkeit und eine mittelgradige reaktive Depression bedingt durch die rheumatoide Erkrankung angegeben. Die Beschwerden seien mittelschwer bis schwer. Der Gesundheitszustand sei seit November 2020 gleichgeblieben. Weiter hat sie den Befundbericht des H2 vom 3. September 2020 vorgelegt. Danach sei das Belastungs-EKG bis 250 Watt möglich gewesen, echokardiographisch habe sich eine gute linksventrikuläre Funktion gezeigt.

Der W1 hat nach ambulanter Untersuchung vom 13. Oktober 2020 eine unauffällige Lungenfunktion beschrieben. Die Diffusionskapazität liege im Normalbereich, die Blutgase seien unauffällig.

Der Beklagte ist der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des R3 entgegengetreten. Aus dem Arztbrief der Praxis für Rheumatologie ergebe sich eine seropositive rheumatoide Arthritis mit Erstdiagnose 5/2020. Es werde eine Steifigkeit der Hände von einer halben Stunde beschrieben sowie eine Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks, des linken Ellenbogengelenks und der rechten Schulter. Der von R1 angegebene GdB von 50 sei anhand der Befundlage nicht nachvollziehbar. Der GdB sei mit 10 zu bewerten, eine dauernde, wesentliche Funktionseinschränkung werde nicht beschrieben. Die Beschwerden seien leicht, eine dauernde entzündliche Aktivität liege nicht vor. Bei geklagter Luftnot sei die Lungenfunktion normal gewesen, kardiologisch habe sich eine Belastbarkeit bis 250 Watt ergeben. Das Blutdruckprotokoll beschreibe normotone Werte.

Weiter hat das SG das orthopädische Sachverständigengutachten des S3 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 15. Dezember 2021 erhoben. Danach habe

sich ein hinkendes Gangbild beim Klnger gezeigt. Das Aus- und Anziehen sei selbstständig möglich, der Klnger habe zwei Schienen für die Handgelenke. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute seien normal durchblutet. Die Herzne seien rein, im Bereich der gesamten Lunge bestehe ein sonorer Klopfeschall. Die Lungengrenzen seien normal.

Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) betrage für die Rotation 50-0-50, für die Seitneigung rechts/links 30-0-30. Es finde sich eine Hypästhesie der rechten Hand im Versorgungsgebiet C6, die sonstige Sensibilität sei normal. An der Brustwirbelsäule (BWS) betrage das Zeichen nach Ott 30:32 cm, die thorakolumbale Rotation rechts/links sei mit 50-0-35 möglich. An der Lendenwirbelsäule (LWS) bestehe ein Druckschmerz über allen Dornfortsätzen. Das Zeichen nach Schober liege bei 10:14 cm, der Finger-Boden-Abstand bei 14 cm. Zehen- und Fersenstand sowie der Einbeinstand seien normal möglich. Die Hocke sei mit Schmerzen an der LWS durchführbar, das Zeichen nach Lasèque negativ.

An den Schultergelenken bestehe eine normale Gelenkfunktion, die Vorhebung sei rechts mit 150, links mit 160 möglich. Die Beweglichkeit der Ellenbogen für Streckung/Beugung betrage 0-0-130 rechts und 0-0-140 links. Es bestehe kein Erguss und keine Synovialitis bei normaler Hauttemperatur. Die Konturen der Handgelenke seien normal, ohne Weichteilschwellung und Synovialitis oder Überwärmung. Die Beweglichkeit betrage 65-0-60 rechts und 70-0-50 links. An den Händen zeige sich keine auffällige Verformung der Fingergelenke beidseits, ohne Synovialitis oder Überwärmung. Der kurze Faustschluss sei beidseits um 0,5 cm eingeschränkt, der volle Faustschluss gelinge beidseits normal. Der Pinzettengriff und die Fingerabduktion seien normal möglich, die Kraft sei normal, die peripheren Pulse seien beidseits normal tastbar.

An den Hüftgelenken seien die Gelenkkonturen normal, die Beweglichkeit für Streckung/Beugung betrage beidseits 0-0-110. Die Beweglichkeit der Kniegelenke liege bei rechts 0-10-125 und links 0-0-125. Es bestnden keine Synovialitis, keine Überwärmung und kein Erguss. Der Kapsel-Band-Apparat sei stabil, die Wadenmuskulatur unauffällig. An den Sprunggelenken bestnden keine Weichteilschwellung und keine Ergussbildung. Die Fußform sei beidseits normal.

Ein eindeutiger Befund für eine rheumatoide Arthritis habe sich nicht ergeben. Ein positives Testergebnis eines Rheumafaktors allein reiche für die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis nicht aus. Der Rheumafaktor sei kein spezifischer Laborwert, er könne bei verschiedenen rheumatischen Erkrankungen, aber auch bei nicht rheumatischen Erkrankungen oder Gesunden erhöht sein. Deswegen habe der G3 (vgl. unten) zur Zeit keinen Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis gesehen und sei der Meinung, dass es sich um degenerative Beschwerden handle.

Bei dem Klnger bestnden Erkrankungen der BWS und LWS mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, woraus ein Teil-GdB von 30 folge. Die Gonarthrose rechts mit Chondropathie III mit anhaltenden Reizerscheinungen und Bewegungseinschränkung führe zu einem GdB von 20. Das Impingementsyndrom der rechten Schulter führe zu einem GdB von 10, der

Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis sei mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten. Den Gesamt-GdB schätze er auf 40. Entgegen der Darlegungen der R1 beständen keine dauerhaften erheblichen Funktionseinbußen oder Beschwerden und keine therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität.

Ergänzend hat er Befundberichte des G3 vom 24. Februar 2021 und 6. September 2021 vorgelegt. Danach sei die beschriebene Symptomatik am ehesten degenerativer Genese. Weiter ist der Befundbericht über die MRT des rechten Fußes vom 11. Februar 2021 (K1) zu den Akten gelangt, wonach sich kein Hinweis auf eine Arthritis gezeigt habe.

Der Beklagte ist dem Sachverständigengutachten unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme der H3 entgegengetreten. Danach könne aufgrund des Verlaufs von einem GdB von 20 für die psychische Störung ausgegangen werden. Da im aktuellen Gutachten überhaupt nicht auf eine psychische Beeinträchtigung abgestellt werde, könne man nicht davon ausgehen, dass eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliege.

Eine höhergradige funktionelle Beeinträchtigung durch die entzündlich-rheumatische Erkrankung bestehe nicht. Die Diagnose einer chronischen Gelenkentzündung sei nicht endgültig gesichert. Nach dem orthopädischen Befund im Sachverständigengutachten bestehe keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung in allen drei Wirbelsäulenabschnitten. Am rechten Kniegelenk bestehe nur ein Streckdefizit von 10°, kein Erguss, keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Die Beinmuskulatur sei seitengleich ausgebildet. Weder an den unteren noch den oberen Extremitäten fänden sich Hinweise auf ein arthritisches Geschehen. Die Funktion der Hände sei nicht eingeschränkt. Ein Teil-GdB von 30 für die Wirbelsäule oder für 20 hinsichtlich die Kniegelenke rechtfertige sich nicht. Eine rheumatoide Arthritis lasse sich nicht diagnostizieren. Ein Gesamt-GdB von 20 könne anerkannt werden, ein solcher von 40 lasse sich nicht begründen.

Nachdem der Kläger den entsprechenden Vergleichsvorschlag des Beklagten abgelehnt hat, hat das SG den Beklagten mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 7. November 2022 verpflichtet, unter Aufhebung des Bescheides vom 22. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Oktober 2020, einen Grad der Behinderung von 20 seit dem 5. Mai 2020 und einen Grad der Behinderung von 30 seit dem 15. Dezember 2021 festzustellen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ betrage der Teil-GdB 20. Nach dem Attest des G1 beständen bei dem Kläger seit 2008 immer wieder psychische Gesundheitsstörungen, die wechselnd stark ausgeprägt seien und teilweise stationäre Behandlungen erfordert hätten. Im Funktionssystem „Rumpf“ sei ein Teil-GdB von 20 ab dem 15. Dezember 2021 anzunehmen. Bei dem Kläger lägen mittelgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor, der S3 habe das Zeichen nach Ott mit 30:32 cm

bestimmt. Die Bewegungseinschränkung der HWS sei nur leicht. Hinsichtlich der rheumatischen Arthritis sei kein Teil-GdB zu berücksichtigen, da eine solche nicht endgültig gesichert sei. Die weiteren Funktionseinschränkungen erreichten keinen Teil-GdB von wenigstens 20. Ab dem 15. Dezember 2021 sei der Gesamt-GdB mit 30 festzustellen.

Am 9. Dezember 2022 hat der Kläger Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. S3 habe eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung für notwendig erachtet, dass SG habe eine solche nicht durchführen lassen. Die versorgungsärztliche Argumentation, dass im orthopädischen Sachverständigen Gutachten nicht auf die psychische Problematik eingegangen werde, verwundere.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. November 2022 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, unter weiterer Abänderung des Bescheides vom 22. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Oktober 2020 einen Grad der Behinderung von 50 seit dem 5. Mai 2020 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung. Die Bewertung der Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule sei bereits sehr weitreichend, aber als noch vertretbar anzusehen. Hinsichtlich der depressiven Stimmung änderten sich nur wenige Befunde.

Der Rechtsstreit ist vom vormaligen Berichterstatter in nichtöffentlicher Sitzung am 28. April 2023 erörtert worden (vgl. Protokoll). Der Kläger hat angegeben, dass er seit 2019 wieder bei G1 in Behandlung sei. Diese finde alle vier Wochen statt, ggf. auch in kürzeren Abständen. Daneben erfolge eine medikamentöse Therapie, eine stationäre Behandlung sei nicht erforderlich geworden. Einem Vergleich auf Feststellung eines GdB von 40 hat der Kläger, nicht aber der Beklagte nãhertreten können.

Der Senat hat das neurologisch-psychiatrische Sachverständigen Gutachten des W2 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 5. März 2024 erhoben. Diesem gegenüber hat der Kläger angegeben, als Medikation Opipramol 50 mg 0-0-2 und bei Bedarf Ibuprofen einzunehmen. Bei G1 sei er alle vier Wochen in Behandlung, ebenfalls alle vier Wochen erfolge eine Psychotherapie bei P1.

Der Kläger berichte, seit seinem 10. Lebensjahr unter wahnsinnigen Schlafstörungen zu leiden. Im Schlaflabor sei er noch nicht gewesen. Eine ganz schlimme Phase habe er gehabt, als er Abteilungsleiter gewesen sei. Da sei er viel unterwegs gewesen, habe vermehrt Alkohol getrunken. Er leide unter Depressionen, diese äußerten sich in einem Druckgefühl. Der Antrieb sei vor

allem morgens schlecht, wenn er dann "drin" sei, sei alles okay. Es gebe schon Dinge, die ihm Spaß machten. Er fahre gelegentlich Motorrad, mache ein bisschen Fitness, manchmal fahre er Fahrrad und gehe spazieren. 2009 habe er mal Suizidgedanken gehabt, solche beständen nicht mehr. In der Ehe sei nicht alles rosarot, sexuell beständen keine Einschränkungen. Er sei in keinem Verein, habe aber durchaus Freunde und Bekannte, es bestehe kein sozialer Rückzug.

Das Gangbild sei normal ohne Schonhinken. Während des Gesprächs habe der Kläger in einem Stuhl mit Armlehnen gesessen, schmerzbedingte Ausgleichsbewegungen seien nicht erkennbar. Die Kopfbeweglichkeit sei frei, das Zeichen nach Lasèque beidseits negativ. Motorisch seien die Extremitäten frei beweglich, ohne umschriebene Atrophien oder Tremor. Tonus und Trophik seien intakt, die grobe Kraft allseits ungestört. Das monopedale Hüften sei beidseits mäßig. Pathologische Reflexe beständen nicht. Stehen und Gehen sei mit offenen und geschlossenen Augen sicher, im Unterberger-Versuch bestehe keine Drehtendenz.

Der Kläger sei bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Es fänden sich keine Auffassungsstörungen, die Konzentration sei unauffällig, Merkfähigkeitsstörungen seien nicht nachzuweisen. Das Kurz- und Langzeitgedächtnis sei unauffällig, der Gedankengang geordnet, nicht gehemmt und nicht verlangsamt. Die Stimmungslage sei allenfalls gedrückt, eine tiefgehende Depressivität bestehe nicht. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei regelrecht, es beständen keine Antriebsarmut und kein gesteigerter Antrieb. Psychomotorisch sei der Kläger ausgeglichen, primärpersönliche Auffälligkeiten beständen keine. Das Alpha-EEG habe einen regelrechten Befund gezeigt.

Diagnostisch liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, vor. Medikamentös werde im Hinblick auf die Schlafstörungen mit Opipramol in relativ niedriger Dosis behandelt. Körperlich-neurologisch beständen keine Auffälligkeiten, im psychischen Befund sei allenfalls eine etwas gedrückte Stimmungslage auffällig. Während im Gespräch keine eindeutigen simulativen Tendenzen fassbar gewesen seien, beschreibe der Kläger in den Selbstbeurteilungsskalen den Befund einer schweren depressiven Symptomatik, was so ausgeprägt dem psychopathologischen Befund widerspreche und mit erheblichen Verdeutlichungstendenzen zu erklären sei.

Die depressive Störung könne in Anbetracht des blanden psychopathologischen Befundes allenfalls noch als leichtgradig angesehen werden, sie sei nahezu remittiert. Dafür spreche, dass keine antidepressive Medikation erfolge. Opipramol werde zur Behandlung somatoformer Störungen eingesetzt, beim Kläger zur Behandlung der langjährigen Durchschlafstörungen.

Die rezidivierende depressive Störung sei im Sinne einer psychischen Störung zu werten, eine relevante Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei während der jetzigen Untersuchung nicht zu erkennen gewesen, sodass der GdB 20 betrage. Unter Berücksichtigung des GdB von 30 auf orthopädischen

Fachgebiet, wie er sich auch aus dem Urteil des SG ergebe, betrage der Gesamt-GdB 40. Ein Teil-GdB von 30 lasse sich aufgrund des psychischen Befundes nicht rechtfertigen.

Der Beklagte hat weiterhin einer vergleichweisen Erledigung des Verfahrens nicht nachzutreten können. Der Senat hat darauf hingewiesen, dass die orthopädischen Befunde die von W2 gesehene Erhöhung des Gesamt-GdB nicht tragen dürften.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([Â§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft ([Â§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 7. November 2022, soweit damit die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 SGG](#)) auf höhere Erstfeststellung des GdB mit mehr als 20 bzw. 30 unter weitergehender Abänderung des Bescheides vom 22. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([Â§ 95 SGG](#)) vom 7. Oktober 2020 abgewiesen worden ist. Gegen die Verpflichtung zur Feststellung eines GdB von 20 bzw. 30 hat der Beklagte weder Berufung noch Anschlussberufung erhoben, sodass das Urteil insoweit rechtskräftig geworden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08](#) –, 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 Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage im streitgegenständlichen Umfang (vgl. oben). Insoweit ist der Bescheid vom 22. Juni 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Oktober 2020 rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Zur Überzeugung des Senats kann er eine höhere Erstfeststellung des GdB, als sie vom SG bereits tenoriert worden ist, nicht beanspruchen. Dies ist durch das im Berufungsverfahren erhobene Sachverständigengutachten des W2 bestätigt worden, dessen Ausführungen zum Gesamt-GdB beruhen lediglich auf einer Fehlinterpretation der erstinstanzlichen Entscheidung. Hierauf kommt es aber schon deshalb nicht entscheidungserheblich an, da es sich bei der Bewertung des GdB um keine medizinische, sondern eine rechtliche Frage handelt, die vom Senat zu beurteilen ist. Das SG hat die Klage daher zu Recht im Übrigen abgewiesen.

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 Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von

Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([  152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([  152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Menschen mit Behinderungen sind nach   2 Abs. 1 Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für 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 gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [  156 SGB IX](#) rechtmässig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([  152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([  153 Abs. 2 SGB IX](#)). Nachdem noch keine Verordnung nach [  153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des [  30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [  30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des   1 Abs. 1 und 3, des [  30 Abs. 1](#) und des [  35 Abs. 1 BVG](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)), entsprechend ([  241 Abs. 5 SGB IX](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage – Versorgungsmedizinische Grundsätze – (VG) zu [  2 VersMedV](#) ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden – Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht – (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 – [B 9 V 25/98 R](#) –, [SozR 3-3100   30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im

Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (etwa „Altersdiabetes“ oder „Altersstar“) bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c). Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd 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 Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 – [B 9 SB 1/03 R](#) –, juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu

berücksichtigend, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 – [B 9 SB 35/10 B](#) –, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt ([BSGE 82, 176](#) [177 f.]). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz 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 Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchststrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der GdB nicht mit mehr als 20 bzw. 30 ab dem 15. Dezember 2021 festzustellen ist.

Soweit nach Aktenlage eine rheumatische Erkrankung bei dem Kläger in den Raum gestellt worden ist und R1 diese sogar mit einem GdB von 50 bewertet hat, liegt eine solche nicht vor, sodass eine Berücksichtigung nach VG, Teil B, Nr. 18.2.1 ausscheidet. Für den Senat überzeugend hat S3 herausgearbeitet, dass ein positives Ergebnis für einen Rheumafaktor nicht ausreicht, um die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis stellen zu können. Es handelt sich, so der Sachverständige weiter, bei dem Rheumafaktor nämlich um keinen spezifischen Laborwert, der sogar bei Gesunden erhoben sein kann. Dies korrespondiert mit den von S3 in Bezug genommenen Befunden des G3, der die entsprechende Diagnose ebenfalls nicht bestätigt hat. Die Ausführungen der R1 basieren somit auf nicht erwiesenen Anknüpfungsbefunden und gehen deshalb fehl. Nachdem eine entzündlich-rheumatische Erkrankung somit nicht gegeben und deshalb nicht GdB-relevant ist, kann der Senat dahinstehen lassen, in welchem Funktionssystem diese zu bewerten wäre.

Im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ wird ein höherer Teil-GdB als 20 nicht erreicht, wie durch das Sachverständigengutachten des W2 bestätigt worden ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begründeten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata in Form leichter psychovegetativer oder psychischer Störungen einen GdB von 0 bis 20, stärkere Störungen mit wesentlicher

Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere Störungen (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 Störung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, körperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 – [B 9 V 12/17 B](#) –, juris, Rz. 2). Dabei ist für die GdB-Bewertung, da diese die Einbußen in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 – [L 6 VH 2746/15](#) –, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu würdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit meint schon begrifflich eher Einschränkungen in der inneren Gefühlswelt, während Störungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der sozialen Anpassungsschwierigkeiten fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die Stärke des empfundenen Leidensdrucks äußert sich nach ständiger Rechtsprechung des Senats auch und maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender ärztlicher oder der gleichgestellten ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch bei gesetzlich Versicherten zugelassene Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31).

Hiervon ausgehend ist eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht objektiviert. Anders als G1 meint, lassen sich aus der Tatsache, dass der Kläger 2010 und 2013 stationär behandelt werden musste, keine Rückschlüsse auf die Funktionseinschränkungen zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 2020 ziehen. G1 selbst hat nämlich dargelegt, dass eine Behandlungslücke zwischen 2013 bis 2019 bestanden hat. Soweit sie, ebenso wie die S2, auf Einschränkungen im Rahmen der rheumatischen Erkrankung verweist, geht sie von einem nicht gesicherten Befund aus (vgl. oben), sodass sie insoweit nicht erwiesene Anknüpfungstatsachen zu Grunde legt, was nicht überzeugen kann.

Zum psychischen Befund hat W2 erhoben, dass der KlÄxger bewusstseinsklar, Ärtlich, zeitlich und zur Person orientiert gewesen ist. Bei unauffÄxlliger Konzentration zeigten sich weder Auffassungs- noch MerkfÄxhigkeitsstÄxrunen. Das Kurz- und LangzeitgedÄxchtnis war geordnet, ebenso der Gedankengang. Die Stimmungslage des KlÄxgers beschreibt der SachverstÄxndige als allenfalls leicht gedrÄxckt, die affektive SchwingungsFÄxhigkeit war regelrecht. SchlÄxssig verneint W2 daher eine tiefgehende DepressivitÄx und weist darauf hin, dass aufgrund des blanden psychopathologischen Befundes nur von einer leichtgradigen StÄxrung ausgegangen werden kann. ErgÄxnzend fÄxhrt er aus, dass keine medikamentÄxse Behandlung erforderlich ist, die Medikation mit Opipramol dient, so W2 weiter, der Behandlung der beschriebenen SchlafstÄxrunen. Letztlich hat er Äxberzeugend herausgestellt, dass sich die auffÄxlligen Werte in den Selbstbeurteilungsbeurteilungen mit dem klinischen Befund in keiner Weise vereinbaren lassen, sodass er aus fachlicher Sicht von Verdeutlichungstendenzen ausgeht.

Im Funktionssystem âRumpffâ stellt die vom SG vorgenommene Bewertung mit einem Teil-GdB von 20 bereits eine Maximalbewertung dar, worauf der Beklagte zur Berufungserwiderung zu Recht hingewiesen hat und wie bereits H3 versorgungsÄxrtlich dargelegt hat. Die gegenteilige rechtliche Bewertung des S3 korrespondiert mit den einschläxgigen Bewertungsvorgaben nicht und kann deshalb nicht Äxberzeugen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB fÄxr angeborene und erworbene SchÄxden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der FunktionsbeeintrÄxchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die Äxblischerweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberÄxcksichtigt. AuÄxergewÄxhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusÄxtzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhaftige BewegungseinschrÄxnkungen der Gelenke kÄxnnen schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei HaltungsschÄxden und/oder degenerativen VerÄxnderungen an GliedmaÄxngelenken und an der WirbelsÄxule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskulÄxre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berÄxcksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte VerÄxnderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer GliedmaÄxe oder an der WirbelsÄxule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgefÄxhrt wurde, fÄxr sich allein nicht die Annahme eines GdB begrÄxnden. Bei den entzÄxndlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen EinbuÄxe die AktivitÄx mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berÄxcksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen WirbelsÄxulenschÄxden (einschlieÄxlich BandscheibenschÄxden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten âPostdiskotomiesyndromâ) primÄx aus dem AusmaÄx der BewegungseinschrÄxnkung, der WirbelsÄxulenverformung und -instabilitÄx sowie

aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte „Wirbelsäulensyndrome“ (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbelfächer auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestische Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität haben einen GdB von 0 zur Folge. Gehen diese mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz-dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) einher, ist ein GdB von 10 gerechtfertigt. Ein GdB von 20 ist bei mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) vorgesehen. Liegen schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt vor (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ist ein Teil-GdB von 30 angemessen. Ein GdB-Rahmen von 30 bis 40 ist bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorgesehen. Besonders schwere Auswirkungen (etwa Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z.B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]) eröffnen einen GdB-Rahmen von 50 bis 70. Schließlich ist bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehuntauglichkeit ein GdB-Rahmen zwischen 80 und 100 vorgesehen. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen oder auch die intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (etwa Atemfunktionsstörungen) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen kann auch ohne nachweisbare neurologische Ausfallerscheinungen (z. B. Postdiskotomiesyndrom) ein GdB über 30 in Betracht kommen.

Hiervon ausgehend sind durch den Sachverständigen S3 keine wenigstens mittelgradigen Funktionseinschränkungen in wenigstens einem Wirbelsäulenabschnitt gesichert worden. Vielmehr hat dieser im Bereich der HWS mit einer möglichen Rotation von 50-0-50° (Norm: 60 bis 80-0-60 bis 80°) und einer Seitneigung rechts/links von 30-0-30° (Norm: 30 bis 40-0-30 bis 40°) nur in einzelnen Bewegungsrichtungen mehr als endgradige, indessen keine häufigen Einschränkungen erhoben. Das Zeichen nach Ott (Beweglichkeit der BWS) ergab

mit 30:32 cm einen Normalbefund, sodass es nicht $\frac{1}{4}$ berzeugt, wenn das SG hieraus eine mittelgradige Funktionseinschränkung ableitet. Ebenso war das Zeichen nach Schober (Beweglichkeit der LWS) mit 10:14 cm (Norm: 10:15 cm) nur geringgradig eingeschränkt. Die Rotation von BWS/LWS lag mit 50-0-35° (Norm: 30 bis 50°-0-30 bis 50°) ebenfalls im Normalbereich. Das Zeichen nach Lasèque war beidseits negativ, sodass auch keine neurologischen Ausfälle objektiviert werden konnten. Letzteres ist durch W2 bestätigt worden, der in tatsächlicher Hinsicht darauf hingewiesen hat, dass der Kläger während der Untersuchung in einem Stuhl mit Armlehnen sitzen konnte, ohne dass es zu schmerzbedingten Ausgleichsbewegungen gekommen ist, was ebenfalls gegen stärkergradige Funktionseinschränkungen spricht.

Im Funktionssystem $\hat{=}$ Beine $\hat{=}$ wird ein Teil-GdB von 20 entgegen der Auffassung des S3 nicht erreicht, wie H3 versorgungsärztlich zutreffend dargelegt hat.

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

Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae Stadium II bis IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen werden einseitig ohne Bewegungseinschränkungen mit einem GdB von 10 bis 30 und mit Bewegungseinschränkungen mit einem GdB von 20 bis 40 bewertet. Unter anhaltenden Reizerscheinungen sind sichtbare Veränderungen an den Kniegelenken in Form von Ödemen, Schwellungen oder Ergüssen zu verstehen, die zumindest längerfristig vorhanden sind (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18. August 2011 $\hat{=}$ [L 13 SB 161/10](#) $\hat{=}$, juris, Rz. 28).

Entsprechende Befunde hat S3 beim Kläger nicht erhoben. Die Beweglichkeit der Kniegelenke für Streckung/Beugung hat er mit 0-10-125° rechts und 0-0-125° links erhoben und somit keine wenigstens geringgradige Einschränkungen befundet. Das Streckdefizit von 10° rechts allein begründet solche nicht, nachdem die Beugung bis 125° möglich war. Ebenso hat er eine Synovialitis, eine Ödem, Schwellung und einen Erguss ausdrücklich verneint, also keine Zeichen anhaltender Reizerscheinungen objektiviert. Radiologisch sichtbare Veränderungen allein begründen keinen Teil-GdB.

Ebenso hat der Sachverständige keine Einschränkungen an den Sprunggelenken bei normaler Fußform gesehen, korrespondierend hierzu ergab sich eine unauffällige Wadenmuskulatur, also keine Zeichen für einen Mindergebrauch.

Ein Teil-GdB im Funktionssystem $\hat{=}$ Arme $\hat{=}$ ist ebenfalls nicht gerechtfertigt, da S3 hier keine relevanten Funktionseinschränkungen (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.13) befundet hat.

An den Schultern zeigte sich eine normale Gelenkfunktion, die Vorhebung war

rechts bis 150° und links bis 160° möglich und damit nicht wenigstens auf 120° eingeschränkt, wie es für einen Teil-GdB von 10 erforderlich wäre. Weiter waren die Ellbogen mit 0-0-130° und 0-0-140° links frei beweglich. An den Handgelenken bestanden normale Konturen, eine Verformung der Fingergelenke oder eine Synovialitis und Überwärmung war nicht festzustellen. Der volle Faustschluss war beidseits möglich, der Pinzettengriff nicht eingeschränkt.

Letztlich kommt ein Teil-GdB im Funktionssystem „Herz und Kreislauf“ bei einer von dem H2 beschriebenen guten linksventrikulären Funktion und einer Leistungsfähigkeit von 250 Watt im Belastungs-EKG (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.1) ebenso wenig in Betracht, wie aufgrund der von dem W1 befundeten normalen Lungenfunktion (vgl. VG, Teil B, Nr. 8.3) im Funktionssystem „Atmung“.

Aus den Teil-GdB von 20 im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ und maximal 20 im Funktionssystem „Rumpf“ ab der Untersuchung bei S3 am 15. Dezember 2021 lässt sich ein höherer Gesamt-GdB als 30, wie ihn das SG bereits tenoriert hat, nicht bilden.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 10.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024