S 2 SB 2550/21

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 2 SB 2550/21
Datum	21.01.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 284/22
Datum	27.06.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Januar 2022 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Der KlÃ¤ger begehrt â im Wege des ÃberprÃ¼fungsverfahrens â die hÃ¶here Erstfeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 30.

Er ist 1984 im Kosovo geboren, lebt seit 2012 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und hat keinen Beruf erlernt. Er war seit 2015 durchgehend als GerÃ¼stbauer beschÃ¤ftigt. Seit einem Arbeitsunfall 2018, bei dem er sich am linken Sprunggelenk verletzte, ist er seiner TÃ¤tigkeit nicht mehr nachgegangen und arbeitet derzeit bei seinem alten Arbeitgeber fÃ¼nf Stunden die Woche als Staplerfahrer. Der KlÃ¤ger ist verheiratet und hat drei Kinder.

Am 12. September 2019 beantragte er bei dem Landratsamt R1 (LRA) erstmals die

Feststellung des GdB und legte Befundberichte vor.

Der Abschlussbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) L1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung zur tÃ¤tigkeitsorientierten Rehabilitation vom 18. Dezember 2018 bis 29.Â Januar 2019 beschrieb, dass der KlÃ¤ger am 23. Februar 2018 eine Syndesmosenruptur links sowie einen osteochondralen Defekt an der Talusschulter links erlitten habe. Am 4. April 2018 sei eine Doppel-Schraubenimplantation und am 30. Mai 2018 eine Teil-Metallentfernung bei Schraubenbruch erfolgt. Im weiteren Verlauf hÃ¤tten Dauerschmerzen im linken oberen Sprunggelenk (OSG) sowie im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) im Vordergrund gestanden. Die Beweglichkeit im OSG habe fÃ¼r die Extension/Flexion 10-0-40Â° und fÃ¼r die Pro-/Supination 10-0-25Â° betragen. Trotz der intensiven BeÃ¼bung bestehe nach wie vor ein Belastungsdefizit von Seiten des linken OSG. Ausdauer und Belastbarkeit hÃ¤tten aber gesteigert werden kÃ¶nnen. Eine ArbeitsfÃ¤higkeit in der TÃ¤tigkeit als GerÃ¼stbauer werde nicht mehr eintreten.

Im Befundbericht des S1 vom 28. Juni 2018 wurde ein Schonhinken links beschrieben, der Hacken- und Zehengang sei mit leichter UnterstÃ¼tzung beidseits mÃ¶glich. Eine HypÃ¤sthesie im Bereich der Ferse finde sich nicht, Paresen seien nicht nachweisbar. Am lateralen Malleolus bestehe im Seitenvergleich eine Schwellung, die Narbe knapp proximal des Malleolus sei reizlos. Der Muskulus extensor digitorum brevis sei links atrophiert. Die im Vordergrund stehende Taubheit der linken Ferse sei nicht eindeutig zuzuordnen. Die sensible Versorgung erfolge Ã¼ber den Ramus calcaneus Nervi tibialis, wobei sich letzterer neurographisch unauffÃ¤llig dargestellt habe. Das fehlende Potential bei Stimulation des Nervus peronaeus sei wahrscheinlich auf eine Atrophie des Muskulus extensor digitorum brevis zurÃ¼ckzufÃ¼hren. FÃ¼r ein eigentliches Nervenkompressionssyndrom bestÃ¼nden keine Hinweise.

Die H1 gab aufgrund ambulanter Untersuchung vom 19. Juni 2018 an, dass bei der Neurographie des Nervus peronaeus links keine Potentiale reproduzierbar gewesen seien, die Neurographie des Nervus tibialis links sei unauffÃ¤llig. Klinisch neurologisch finde sich eine linksseitige FuÃ heberschwÃ¤che mit Kraftgrad 4/5.

Nach dem vorlÃ¤ufigen Entlassungsbrief der UniversitÃ¤tsmedizin M1 Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 6. bis 10. April 2018 wurden regelmÃ¤Ã ige Wundkontrollen empfohlen. Bei Aufnahme habe die Beweglichkeit des linken OSG fÃ¼r die Extension/Flexion bei 10-0-45Â° gelegen und ein deutlicher Kompressionsschmerz bestanden. Die WundverhÃ¤ltnisse bei Entlassung seien reizlos.

Die Kernspintomographie (MRT) vom 28. MÃ¤rz 2018 ergab eine knÃ¶cherne Verletzung der lateralen Talusschulter mit KnochenÃ¶dem und kleiner osteochondralen LÃ¤sion. ZusÃ¤tzlich lÃ¤gen ein Riss der ventralen Syndesmose sowie eine Reizung des Ligamentum fibulotalare anterior und des ventralen Deltabandes vor. MÃ¶glicherweise sei es zu einer Ruptur der lateralen BÃ¤nder des Subtalargelenks lateral gekommen.

K1 bewertete versorgungsÃ¤rztlich die Funktionsbehinderung des linken OSG und die TeillÃ¤hmung des linken Wadenbeinnervs mit einem Teil-GdB von 30 sowie die degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit einem Teil-GdB von 10.

Mit Bescheid vom 30. Oktober 2019 stellte das LRA dem folgend einen GdB von 30 seit dem 23.Â Februar 2018 fest.

Den nicht begrÃ¼ndeten Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 16. Oktober 2020 zurÃ¼ck. Die ÃberprÃ¼fung habe ergeben, dass der angefochtene Bescheid keinen Anlass zu Beanstandungen gebe. Die vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen seien in vollem Umfang erfasst und angemessen bewertet.

Am 11. Februar 2021 beantragte der KlÃ¤ger die ÃberprÃ¼fung des Bescheides vom 30. Oktober 2019.

S3 hielt versorgungsÃ¤rztlich an der bisherigen Bewertung fest. Mit Bescheid vom 8.Â April 2021 lehnte das LRA die RÃ¼cknahme des Bescheides nach Â§ 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab. Ein Abweichen von der Bindungswirkung sei nur mÃ¶glich, wenn beim Erlass des Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden sei, der sich als unrichtig erweise. Der KlÃ¤ger habe keine neuen rechtserheblichen Tatsachen oder Gesichtspunkte vorgebracht.

Den wiederum nicht begrÃ¼ndeten Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S2 â Landesversorgungsamt â mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2021 zurÃ¼ck. Weder mit dem ÃberprÃ¼fungsantrag noch mit dem Widerspruch seien neue Gesichtspunkte oder rechtserhebliche Tatsachen vorgebracht worden, die eine HÃ¶herbewertung rechtfertigen kÃ¶nnten.

Am 27. Oktober 2021 hat der KlÃ¤ger Klage beim Sozialgericht (SG) Mannheim erhoben, welches am 21. Januar 2022 eine nichtÃ¶ffentliche Sitzung durchgefÃ¼hrt (vgl. Protokoll) und die Beteiligten darauf hingewiesen hat, dass eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid beabsichtigt ist.

Mit Gerichtsbescheid vom 21. Januar 2022 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Ãberzeugung der Kammer stehe fest, dass die behinderungsbedingten FunktionseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers mit keinem hÃ¶heren GdB als 30 zu bewerten seien. Im Funktionssystem âBeineâ komme sogar kein hÃ¶herer Teil-GdB als 20 in Frage. Bei der stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃnahme sei im OSG links eine Beweglichkeit von 10-0-40Â° befundet worden, damit lÃ¤gen in beide Bewegungsrichtungen bessere Werte als 0-0-30Â°, welche erst zu einem Teil-GdB von 10 fÃ¼hrten, vor. Nur unter BerÃ¼cksichtigung der mÃ¶glichen Pro-/Suspination und des verbliebenen Belastungsdefizits, das nicht zuletzt aus der versorgungsÃ¤rztlich herausgestellten TeillÃ¤hmung des linken Wadenbeinnervs resultiere, sei ein Teil-GdB von 30 angemessen, aber auch ausreichend. Eine ErhÃ¶hung wegen auÃergewÃ¶hnlicher Schmerzen sei nicht vorzunehmen. Der

KlÃ¤ger habe zuletzt Novalgin und zur Stimmungsaufhellung Amineurin erhalten. StÃ¤rkste Schmerzmittel wÃ¼rden daher nicht eingenommen, eine stationÃ¤re Schmerzbehandlung sei nicht durchgefÃ¼hrt worden.

Hinsichtlich der WirbelsÃ¤ule seien keine mindestens geringen funktionellen Auswirkungen erhoben worden, sodass ein Teil-GdB von 10 nicht einmal erreicht werde. In Bezug auf eine psychiatrische Erkrankung seien keine psychovegetativen oder psychischen StÃ¶rungen festgestellt worden. Der Wirkstoff Amineurin, der stimmungsaufhellend wirke, werde im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzt. Der vom Beklagten festgestellte GdB von 30 sei damit schon Ã¼berhÃ¶ht.

Am 31. Januar 2022 hat der KlÃ¤ger Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Er habe zahlreiche Ãrzte von der Schweigepflicht entbunden, der Amtsermittlungspflicht sei das SG nur unzureichend nachgekommen. Eine AufklÃ¤rung des Sachverhalts habe im Wesentlichen nicht stattgefunden. Das SG erkenne zwar an, dass trotz erhaltener ExtremitÃ¤t der Zustand ungÃ¼nstiger sein kÃ¶nne als der Verlust. Es ziehe hieraus nicht die notwendigen SchlÃ¼sse. Dass er nicht fortlaufend in Behandlung sei, kÃ¶nne ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden. Die fehlende Verabreichung von Opiaten zur SchmerzbekÃ¤mpfung sei ohne weitere Ermittlung zur Grundlage der Entscheidung gemacht worden. Neben dem Sprunggelenk seien die EinschrÃ¤nkungen der WirbelsÃ¤ule sowie der Gesundheitszustand allgemein weiter aufzuklÃ¤ren gewesen.

Der KlÃ¤ger beantragt, sinngemÃ¤Ã,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Januar 2022 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter Aufhebung des Bescheides vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2021 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 einen Grad der Behinderung von 60 seit dem 23. Februar 2018 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.

Zur weiteren SachaufklÃ¤rung hat der Senat sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte der behandelnden Ãrzte erhoben.

T1 hat mitgeteilt, dass seine VorgÃ¤ngerin H1 seit 1. Januar 2020 in Ruhestand sei, eine Behandlung habe seitdem nicht mehr stattgefunden, sodass keine Auskunft erteilt werden kÃ¶nne.

Der S1 hat auf seine Befundberichte aus 2018 verwiesen, seitdem sei es zu keiner Vorstellung mehr gekommen.

Der B1 hat bekundet, den KlÃ¤ger seit der Erstbehandlung in der UniversitÃ¤tsmedizin M1 2018 zu behandeln, die letzte Vorstellung sei am 19. April 2022 erfolgt. Nach der stationÃ¤ren Rehabilitation habe er sich mehrfach mit unverÃ¤ndertem Beschwerdebild vorgestellt. Die ab dem 6. Mai 2019 begonnene Wiedereingliederung habe wegen der Zunahme der Beschwerden abgebrochen werden mÃ¼ssen. Am 13. MÃ¤rz 2020 habe sich der KlÃ¤ger mit unverÃ¤ndertem Beschwerdebild wieder vorgestellt, es sei eine Ãberweisung zur Computertomographie (CT) erfolgt (Befund vorgelegt â keine wesentliche BefundÃ¤nderung zu 2020). Danach sei es bis zum 6. April 2022 zu keinen Vorstellungen mehr gekommen. Aufgrund der unverÃ¤nderten Missempfindungen am linken FuÃ habe er erneut eine neurologische Diagnostik veranlasst, ein Befundbericht darÃ¼ber liege ihm nicht vor.

Am linken Sprunggelenk bestehe eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung bei Streckung/Beugung im Seitenvergleich. Anamnestisch komme es zu einer belastungsabhÃ¤ngigen Schmerzzunahme und Schwellneigung. In der radiologischen Diagnostik zeige sich eine beginnende Arthrose des linken OSG. Die GesundheitsstÃ¶rungen seien als mittelschwer einzuschÃ¤tzen, hierbei mÃ¼sse aber auch die berufliche Situation des KlÃ¤gers als GerÃ¼stbauer gewÃ¼rdigt werden. Es sei medizinisch von einem Endzustand auszugehen. Ohne erneute Untersuchung kÃ¶nne er den GdB auf maximal 10 einschÃ¤tzen. Weiter hat er bereits aktenkundige Berichte vorgelegt.

Auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das neurologische SachverstÃ¤ndigengutachten des F1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 26. Februar 2024 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat der KlÃ¤ger angegeben, dass er auf dem GerÃ¼st mit dem linken FuÃ umgeknickt sei. In der MRT seien ein BÃ¤nderabriss und abgerissene KnochenstÃ¼cke festgestellt worden. Erst am 6. April 2018 habe er KrÃ¼cken erhalten und schon eine Taubheit der FuÃsohle wie permanente Schmerzen verspÃ¼rt. Am 30. Mai 2018 sei eine Schraubenentfernung erfolgt und dabei eine Schraube abgebrochen. Nach dieser Operation sei die Taubheit genauso gewesen wie nach der ersten Operation. Aktuell wÃ¼rden eine nÃ¤chtliche Unruhe und Schmerzen im Sprunggelenk beklagt. Er kÃ¶nne keine SpaziergÃ¤nge unternehmen, die maximale Gehstrecke unter Schmerzen liege bei 500 Metern. Bei unebenem GelÃ¤nde sei es schlimmer, am rechten FuÃ bestÃ¼nden keine Probleme. Im November 2012 sei er gestÃ¼rzt und einen Monat in der Unfallklinik in L1 behandelt worden. Seitdem bestÃ¼nden an der LWS Lumbago-Beschwerden, die sich durch die anhaltende Schonhaltung seit der Sprunggelenksverletzung wieder aggraviert hÃ¤tten.

Aktuell nehme der KlÃ¤ger Ibuprofen 800 bei Bedarf, die Schmerzen gingen dann auf eine SchmerzstÃ¤rke von 4/10 zurÃ¼ck. Der Versuch mittels eine Opiats wie Tramal habe zu Ãbelkeit und Erbrechen gefÃ¼hrt. Nebenbefundlich bestehe ein latentes Schielen seit der Geburt, der Visus sei beidseits gut. Aktuell sei er im Rahmen eines Mini-Jobs beim alten Arbeitgeber als Staplerfahrer mit fÃ¼nf Stunden pro Woche beschÃ¤ftigt. Er kÃ¶nne nicht im Sitzen arbeiten, weil ihm der RÃ¼cken weh tue.

Neurokognitiv sei der KlÃ¤ger wach, klar und orientiert. Es finde sich keine Sprech-/SprachstÃ¶rung bei Sprachbarriere aufgrund limitierter Deutsch-Kenntnisse. Psychopathologisch bestÃ¼nden keine inhaltlichen oder formalen DenkstÃ¶rungen. Die Stimmung sei gedrÃ¼ckt, aber schwingungsfÃ¤hig. Das Kurz- und LangzeitgedÃ¤chtnis seien unauffÃ¤llig, der Antrieb sei gemindert. Eine Freudlosigkeit werde beschrieben, sozial sei der KlÃ¤ger zurÃ¼ckgezogen. Motorisch bestehe eine leichte FuÃheberparese links mit Kraftgrad 4/5, ein normaler Muskeltonus, mittellebhafte seitengleiche Muskeleigenreflexe. Der Zehen-/Fersenstand und der Einbeinstand seien beidseits mÃ¶glich, links mit sofort angegebener Schmerzzunahme bei Belastung. An der linken FuÃsohle und am FuÃrÃ¼cken bestehe eine Taubheit auf epikritische BerÃ¼hrung und Schmerz. Der Unterschenkel sei unauffÃ¤llig und auch sonst die SensibilitÃ¤t ohne Defekt. Stand und Gang zeigten sich eingeschrÃ¤nkt, das linke Bein werde bei jedem Schritt humpelnd nachgezogen. Die SchrittlÃ¤nge sei gut, es wÃ¼rden zwei Wendeschritte bei 180Â° Drehung gemacht. Zehen- und Fersenstand seien bei Schmerzzunahme nur eine Sekunde mÃ¶glich. Der Romberg-Stehversuch und der Unterberger-Tretversuch seien ohne Pathologie. Die Vorstellung sei ohne Gehhilfen erfolgt, die MobilitÃ¤t gelinge selbststÃ¤ndig bei einer aktuell angegebenen SchmerzstÃ¤rke von 7/10.

In der Elektroneurographie und bei der Messung der somato-sensibel evozierten Potentiale der unteren ExtremitÃ¤t hÃ¤tten sich Normalbefunde gezeigt, das EEG zeige keinen Hinweis auf eine HirnfunktionsstÃ¶rung.

In der Zusammenschau seien die organischen FunktionsstÃ¶rungen und die berichteten Defizite korrekt wiedergegeben worden. Allerdings sei die medizinische Weiterversorgung und Berichtslage nach Januar 2019 dÃ¼rftig. In Anbetracht des biographischen Hintergrunds des KlÃ¤gers sei eine gewisse HÃ¼rde zur Wahrnehmung von ergÃ¤nzenden Therapieangeboten zwar nachvollziehbar, das Fehlen solcher BehandlungsmaÃnahmen aber auffÃ¤llig.

Die funktionelle EinschrÃ¤nkung des linken FuÃes mit Taubheit, FuÃheberparese und Lumbago-Beschwerden sei zumindest bis Mai 2019 mit einem GdB von 30 adÃ¤quat abgebildet. Die dann erfolgte Schmerzzunahme mit aktueller SchmerzstÃ¤rke von 8-9/10 bis 4-6/10 im Jahr 2018 und die nun zu diagnostizierende Depression seien bislang in den Beurteilungen nicht ausreichend gewertet worden. Der KlÃ¤ger zeige eine gewisse Selbstaufgabe und keine intrinsische Motivation mehr, immer wieder erneut schmerztherapeutische Optimierung oder gar eine fÃ¼r ihn ggf. stigmatisierende psychotherapeutische Behandlung aufnehmen zu wollen.

Jetzt sei sowohl die Schmerztherapie als auch die Depression therapeutisch noch nicht ausreichend adressiert worden und kÃ¶nne durch einen Aufenthalt in einer Schmerzklinik und/oder einer psychosomatischen Klinik verbessert werden. Dennoch sehe er bei mÃ¶glichem Verbesserungspotential einen Gesamt-GdB von 50 als gerechtfertigt an.

Das chronische regionale Schmerzsyndrom des linken Sprunggelenks sei mit einem

GdB von 30 zu bewerten, hierbei sei weniger der Funktionsausfall von Bedeutung als das damit verbundene Schmerzsyndrom, das das Ã¼bliche MaÃ Ã¼berschreite. Die reaktive Depression fÃ¼hre zu einem GdB von 30, hier sei bislang keine antidepressive Therapie durchgefÃ¼hrt worden, diese sei aber indiziert und damit liege eine auÃergewÃ¶hnliche seelische Begleiterscheinung vor. Bis zu einem Jahr nach der Metallentfernung, somit bis 30. Mai 2019, sei ein GdB von 30 plausibel, danach ein solcher von 50 begrÃ¼ndet.

Die funktionellen und organischen Befunderhebungen der Vorgutachten seien nicht zu bemÃ¤ngeln und fÃ¼r den jeweiligen Zeitpunkt der Befunderstellung nachvollziehbar wie plausibel. Aus seiner Sicht seien zum damaligen Zeitpunkt und auch in der weiteren medizinischen Betreuung das chronische Schmerzsyndrom und die begleitende Depression nicht ausreichend gewÃ¼rdigt worden. Ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS) kÃ¶nne erst im Verlauf diagnostiziert werden. Das sei keine primÃ¤r klinische Diagnose und finde sich insbesondere nach Traumata der distalen ExtremitÃ¤ten. Passend hierzu seien ein KnochenÃ¶dem in den MRT-Aufnahmen vom 28. MÃ¤rz 2018, ein Funktionsausfall im Sinne einer FuÃheberparese und ein sensibles Defizit des linken FuÃes sowie ein erst im Verlauf nach Wochen im Anschluss an das Trauma sich verstÃ¤rkendes Schmerzsyndrom beschrieben.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten durch Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des H2 entgegengetreten. Diese hat ausgefÃ¼hrt, dass S1 am 28.Â Juni 2018 ein Schonhinken links beschrieben habe, sichere Paresen hÃ¤tten sich nicht gezeigt.

F1 bestÃ¤tige den festgestellten GdB von 30 fÃ¼r die Funktionsbehinderung des OSG links mit leichter FuÃheberparese und chronischem regionalen Schmerzsyndrom. Der Teil-GdB von 30 sei allein aufgrund des somatischen Untersuchungsbefundes sehr groÃzÃ¼gig, unter BerÃ¼cksichtigung des Schmerzsyndroms aber vertretbar.

Dem Vorschlag eines Teil-GdB von 30 fÃ¼r die rezidivierende depressive StÃ¶rung kÃ¶nne nicht gefolgt werden. Auch wenn F1 eine antidepressive Therapie fÃ¼r indiziert erachte, bleibe festzuhalten, dass bisher keine psychiatrische Behandlung erfolgt sei. Alleine aufgrund eines wÃ¤hrend der gutachterlichen Untersuchung gewonnenen Eindrucks ohne Vorbefunde zum Krankheitsverlauf kÃ¶nne kein GdB-erhÃ¶hendes AusmaÃ angenommen werden. F1 schildere zwar einen kurzen psychopathologischen Befund, die AusfÃ¼hrungen zum Tagesablauf und zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten seien jedoch recht knapp gehalten.

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.

<u>EntscheidungsgrÃ¼nde</u>

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 SGG) eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet (Â§ 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (Â§Â§Â 143, 144 SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG Mannheim vom 21.Â Januar 2022, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§Â 54 Abs.1 SGG) auf hÃ¶here Feststellung des GdB im ÃberprÃ¼fungsverfahren unter Aufhebung des Bescheides vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 8. April 2021 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung des Antrags nach Â§ 44 SGB X ist die damalige Sach- und Rechtslage aus heutiger Sicht (âgelÃ¤uterte Rechtsauffassungâ vgl. BSG, Urteil vom 30.Â Januar 2020 â B 2 U 2/18 R â, juris, Rz. 16).

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2021 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Auch zur Ãberzeugung des Senats hat es der Beklagte zu Recht abgelehnt, den Bescheid vom 30. Oktober 2019 teilweise zurÃ¼ckzunehmen und bei dem KlÃ¤ger einen hÃ¶heren GdB festzustellen. Aus dem auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 SGG eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten folgt schon deshalb nichts anderes, da dieses nur MutmaÃungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes des KlÃ¤gers in der Vergangenheit enthÃ¤lt, ohne relevante medizinische AnknÃ¼pfungsbefunde benennen zu kÃ¶nnen. Dementsprechend kann auch der EinschÃ¤tzung des GdB nicht gefolgt werden. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Nach Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist, soweit es sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit zurÃ¼ckzunehmen.

Ziel von Â§ 44 SGB X ist es, die Konfliktsituation zwischen der Bindungswirkung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes und der materiellen Gerechtigkeit zugunsten letzterer aufzulÃ¶sen (vgl. BSG, Urteil vom 4. Februar 1998 â B 9 V 16/96 R â, SozR 3-1300 Â§ 44 Nr. 24). Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, haben Betroffene einen einklagbaren Anspruch auf RÃ¼cknahme des Verwaltungsaktes unabhÃ¤ngig davon, ob dieser durch ein rechtskrÃ¤ftiges Urteil bestÃ¤tigt wurde (BSG, Urteil vom 28. Januar 1981 â 9 RV 29/80 â, BSGE 51, 139). Selbst wenn Betroffene schon einmal einen ÃberprÃ¼fungsantrag nach Â§ 44 SGB X gestellt haben, darf die Verwaltung ein erneutes Begehren nicht ohne RÃ¼cksicht auf die wirkliche Sach- und Rechtslage zurÃ¼ckweisen. Entsprechend dem Umfang des Vorbringens muss sie in eine erneute PrÃ¼fung eintreten und Antragstellende bescheiden (BSG, Urteil vom 5. September 2006 â B 2 U 24/05 R â, BSGE 97,

54).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt, da der Beklagte mit dem Bescheid vom 30.Â Oktober 2019 jedenfalls das Recht nicht zu Lasten des KlÃ¤gers unrichtig angewandt und nicht zu Ungunsten von einem Sachverhalt ausgegangen ist, der sich als unrichtig erweist.
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¤Ãig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (Â§Â 152Â Abs.Â 1Â SatzÂ 5Â SGBÂ IX). Das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die Bewertung des GdB maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind (Â§Â 153Â Abs.Â 2Â SGBÂ IX). Nachdem noch keine Verordnung nach Â§Â 153Â Abs.Â 2Â SGB IX erlassen ist, gelten die MaÃstÃ¤be des Â§Â 30Â Abs.Â 1Â BVG und der aufgrund des Â§Â 30Â Abs.Â 16Â BVG erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1.Â JanuarÂ 2009 in Kraft getretene Verordnung zur DurchfÃ¼hrung des Â§ 1 Abs. 1 und 3, des Â§Â 30Â Abs.Â 1 und des Â§Â 35Â Abs.Â 1Â BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung â VersMedV) vom 10.Â DezemberÂ 2008 (BGBl I S. 2412), entsprechend (Â§Â 241Â Abs.Â 5Â SGBÂ IX). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der GrundsÃ¤tze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage â Versorgungsmedizinische GrundsÃ¤tzeâ (VG) zu Â§Â 2Â VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31.Â DezemberÂ 2008 heranzuziehenden â Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit im Sozialen EntschÃ¤digungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrechtâ (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand fÃ¼r die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (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 Ãberzeugung des Senats fest, dass der GdB mit dem zu Ã¼berprÃ¼fenden Bescheid vom 30. Oktober 2019 nicht rechtswidrig zu niedrig festgestellt worden ist.

Die vorwiegenden FunktionseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers liegen im Funktionssystem â€Beineâ€, die schon nur unter zusÃ¤tzlicher BerÃ¼cksichtigung eines verbliebenen Belastungsdefizits aufgrund der TeillÃ¤hmung des linken Wadenbeinnervs mit einem Teil-GdB von 30 bewertetet werden kÃ¶nnen, wie das SG zutreffend ausgefÃ¼hrt hat und worauf der Senat gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 2 SGG Bezug nimmt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 ist eine BewegungseinschrÃ¤nkung im OSG geringen Grades mit einem GdB von 0, eine mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30Â°) mit einem GdB von 10 und eine stÃ¤rkeren Grades mit einem GdB von 20 zu bewerten.

Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben ergibt sich aus dem Abschlussbefund der BGU

L1 eine Beweglichkeit des linken OSG von 10-0-40Â° und damit ein besserer Status, als er fÃ¼r eine BewegungseinschrÃ¤nkung mittleren Grades vorausgesetzt wird. Dieser Befund hat sich bei der Untersuchung in der UniversitÃ¤tsmedizin M1 bestÃ¤tigt, die die Beweglichkeit mit 10-0-45Â° gemessen hat.

Ãberzeugend hat K1 versorgungsÃ¤rztlich ausgefÃ¼hrt, dass unter BerÃ¼cksichtigung der von der H1 beschriebenen FuÃheberschwÃ¤che mit Kraftgrad 4/5 und den nicht reproduzierbaren Potentialen des Nervus peronaeus links eine ErhÃ¶hung des Teil-GdB im Funktionssystem âBeineâ auf 30 erfolgen kann.

Das SG hat weiter zutreffend herausgestellt, dass keine FunktionseinschrÃ¤nkungen der WirbelsÃ¤ule (Funktionssystem âRumpfâ [vgl. VG, Teil B, Nr. 18.9]) dokumentiert sind, die eine Bewertung mit einem Teil-GdB von wenigstens 20 rechtfertigen wÃ¼rden. Entsprechendes gilt fÃ¼r die AusfÃ¼hrungen, dass keine psychovegetativen oder psychischen StÃ¶rungen festgestellt worden sind, die eine eigenstÃ¤ndige Bewertung im Funktionssystem âGehirn einschlieÃlich Psycheâ (vgl. VG, Teil B, Nr. 3.7) rechtfertigen.

Die Richtigkeit der Darlegungen des SG hat sich durch die vom Senat eingeholten sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nfte in aller Deutlichkeit bestÃ¤tigt. Der Praxisnachfolger von H1 hat keine Ã¼ber die bereits aktenkundigen Befunde hinausgehenden Angaben machen kÃ¶nnen. S4 hat mitgeteilt, den KlÃ¤ger seit 2018 nicht mehr behandelt zu haben, sodass er nur auf seinen bereits aktenkundigen Befundbericht verwiesen hat. Es wird somit deutlich ersichtlich, dass sich das SG zu Recht nicht zu weiteren Ermittlungen veranlasst gesehen hat und die Angabe von Ãrzten allein keinen Ermittlungsbedarf begrÃ¼ndet. In beiden FÃ¤llen konnten nÃ¤mlich keine neuen Befunde mitgeteilt werden, sondern es ist lediglich auf bereits Aktenkundiges verwiesen worden.

Eine aktuellere Behandlung konnte lediglich der B1 mitteilen, wobei dieser auch eine deutliche BehandlungslÃ¼cke beschreibt, der zu Ã¼berprÃ¼fende Bescheid daneben schon vom 30. Oktober 2019 datiert und es deshalb auf nach diesem Zeitpunkt erhobene FunktionseinschrÃ¤nkungen nicht entscheidungserheblich ankommt. Relevant abweichende Befunde hat dieser ebenfalls nicht beschrieben, sondern nur bestÃ¤tigt, dass sich der KlÃ¤ger im MÃ¤rz 2020 mit unverÃ¤ndertem Beschwerdebild vorgestellt hat. Am linken OSG hat er nur eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung beschrieben, was mit den Vorbefunden korrespondiert. Die belastungsabhÃ¤ngigen Schmerzen und die Schwellneigung beruhen nur auf anamnestische Angaben des KlÃ¤gers, einen eigenen Befund hat er insofern nicht erhoben. Soweit er davon ausgeht, dass die berufliche Situation des KlÃ¤gers, der nicht mehr als GerÃ¼stbauer arbeiten kÃ¶nne, berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼sse, handelt es sich um keinen im Rahmen der GdB-Bewertung zu berÃ¼cksichtigenden Umstand. Denn der GdB ist unabhÃ¤ngig von der beruflichen Situation einzuschÃ¤tzen (vgl. VG, Teil A, Nr. 2a). Im Ãbrigen hat er berichtet, dass von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei und hat einen Teil-GdB von 10 ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt.
Aus dem auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 SGG erhobenen

SachverstÃ¤ndigengutachten des F1 folgt â insbesondere bezogen auf den maÃgebenden Beurteilungszeitpunkt â nichts anderes. Dieser bestÃ¤tigt zunÃ¤chst die leichte FuÃheberschwÃ¤che, sieht aber einen normalen Muskeltonus und mittellebhafte seitengleiche Muskeleigenreflexe. Der Zehen-/Fersenstand und der Einbeinstand waren beidseits mÃ¶glich, links wurde eine Schmerzzunahme bei Belastung angegeben. Eine relevante funktionelle EinschrÃ¤nkung hat er damit nicht erhoben, daneben hat er den linken Unterschenkel als unauffÃ¤llig beschrieben, also keine Zeichen eines relevanten Mindergebrauchs festgestellt. Die SchrittlÃ¤nge wird bei humpelnden Gangbild als gut beschrieben, die Versuche nach Romberg und Unterberger als ohne Pathologie.

Soweit der SachverstÃ¤ndige von einer Schmerzzunahme und einer nunmehr zu diagnostizierenden Depression ausgeht, fÃ¼hrt dies hinsichtlich des maÃgebenden Beurteilungszeitpunkts schon nicht weiter, zumal F1 selbst einrÃ¤umt, dass eine nur dÃ¼rftige Befundlage vorliegt, also keinen medizinischen AnknÃ¼pfungstatsachen dokumentiert bzw. Befunde objektiviert sind, die eine tragfÃ¤hige Verlaufsbetrachtung ermÃ¶glichen.

Abgesehen davon, dass sich der SachverstÃ¤ndige auf keinerlei richtungsweisende Arztberichte stÃ¼tzen kann, konstatiert er selbst, dass die von ihm gesehenen FunktionseinschrÃ¤nkungen einer therapeutischen Behandlung zugÃ¤nglich sind, die bislang in keiner Weise durchgefÃ¼hrt worden ist. Es ist daher vor dem Hintergrund seiner eigenen AusfÃ¼hrungen unschlÃ¼ssig, wie hieraus auf eine dauerhafte BeeintrÃ¤chtigung geschlossen werden, die daneben noch den Teil-GdB von 30 aufgrund der EinschrÃ¤nkungen am OSG, der ohnehin nur unter BerÃ¼cksichtigung der Schmerzsymptomatik erreicht wird, auf einen Gesamt-GdB von 50 erhÃ¶hen kÃ¶nnen soll. Es fehlt daher sowohl an einer dauerhaften FunktionseinschrÃ¤nkung als auch eine solche wegen der Ãberschneidung jedenfalls nicht Gesamt-GdB erhÃ¶hend sein kann. Hierauf hat H2 versorgungsÃ¤rztlich ebenso Ã¼berzeugend hingewiesen, wie darauf, dass der Teil-GdB von 30 im Funktionssystem âBeineâ aufgrund des Funktionsbefundes sehr groÃzÃ¼gig sei und nur unter BerÃ¼cksichtigung des Schmerzsyndroms vertretbar erscheint.

Lediglich ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass der von dem SachverstÃ¤ndigen erhobene psychopathologische Befund einen Teil-GdB von 30 nicht stÃ¼tzt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begrÃ¼nden Neurosen, PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer StÃ¶rungen einen GdB von 0 bis 20, stÃ¤rkere StÃ¶rungen mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit (z. B. ausgeprÃ¤gtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische StÃ¶rungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme StÃ¶rungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere StÃ¶rungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische StÃ¶rung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt,

manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, kÃ¶rperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhÃ¤ngigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen StÃ¶rungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 â□□Â BÂ 9Â VÂ 12/17Â BÂ â□□, juris, Rz. 2). Dabei ist fÃ¼r die GdB-Bewertung, da diese die EinbuÃ□en in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maÃ□geblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 â□□Â LÂ 6Â VHÂ 2746/15Â â□□, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wÃ¼rdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine â□□wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeitâ□□ meint schon begrifflich eher EinschrÃ¤nkungen in der inneren GefÃ¼hlswelt, wÃ¤hrend StÃ¶rungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der â□□sozialen Anpassungsschwierigkeitenâ□□ fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die StÃ¤rke des empfundenen Leidensdrucks Ã¤uÃ□ert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maÃ□geblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender Ã¤rztlicher oder der gleichgestellten (Â§Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â□□ Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch â□□ bei gesetzlich Versicherten zugelassene â□□ Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden Ã¼ber eine leichtere psychische StÃ¶rung hinausgeht und bereits eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung im Sinne der GdB-BewertungsgrundsÃ¤tze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 â□□Â LÂ 6Â SBÂ 4718/16Â â□□, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 â□□Â LÂ 8Â SBÂ 1549/10Â â□□, juris, Rz. 31).

Ausgehend von diesen MaÃ□stÃ¤ben hat F1 keinen Befund beschrieben, der die Annahme einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit stÃ¼tzt. Vielmehr beschreibt er den KlÃ¤ger als kognitiv wach, klar und orientiert. Formale oder inhaltliche DenkstÃ¶rungen bestanden nicht, lediglich die Stimmung wird als gedrÃ¼ckt, aber schwingungsfÃ¤hig angegeben, der Antrieb nur als gemindert. Soweit er darÃ¼ber hinaus einen sozialen RÃ¼ckzug beschreibt, werden nur anamnestische Angaben des KlÃ¤gers referiert, entsprechende AnknÃ¼pfungstatsachen hierzu aber weder erfragt, noch mitgeteilt. Also fehlt es an jeglicher Verifizierung und Ã□berprÃ¼fung der klÃ¤gerischen Angaben, wie es aber eigentlich Aufgabe des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen ist.

Der Teil-GdB im Funktionssystem â□□Beineâ□□ von 30 entsprach zum maÃ□geblichen Beurteilungszeitpunkt und entspricht auch weiter dem Gesamt-GdB, sodass der Beklagte die RÃ¼cknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 zu Recht abgelehnt hat.
Nachdem der KlÃ¤ger somit die Feststellung eines hÃ¶heren GdB nicht beanspruchen kann, lÃ¤sst der Senat dahinstehen, ob der Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Voraussetzungen fÃ¼r eine Feststellung des GdB fÃ¼r

Zeiten vor der Antragstellung vorgelegen haben (vgl. Â§Â 153 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), zumal sich das ohnehin nur zu Gunsten des KlÃ¤gers ausgewirkt hat.

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: 10.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024