S 11 SB 439/23

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 11 SB 439/23
Datum	10.07.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 2150/23
Datum	27.06.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Juli 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>Tatbestand</u>

Die KlÃ¤gerin begehrt die hÃ¶here Erstfeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 40.

Sie ist 1962 geboren, hat nach dem Abitur eine Ausbildung zur Schriftsetzerin abgeschlossen und in verschiedenen Bereichen wie dem Buchdruck, gearbeitet. AnschlieÃ□end hat sie in einer Firma fÃ¼r Softwareentwicklung fÃ¼r Verlagswesen angefangen. Zwischenzeitlich hat sie in der Schweiz in einem Medienhaus fÃ¼r fÃ¼nf Jahre gearbeitet. Derzeit ist sie als IT-Applikationsmanagerin tÃ¤tig. Die KlÃ¤gerin ist verheiratet, der Ehemann hat Kinder mit in die Ehe gebracht (vgl. Anamnese Rehabilitationsklinik B1, SachverstÃ¤ndiger J1).

Am 21. Dezember 2021 beantragte sie bei dem Landratsamt R1 erstmals die Feststellung des GdB. Vorgelegt wurde der Ã¤rztliche Entlassungsbericht der S1-Klinik O1 Ã¼ber die stationÃ¤re psychosomatische Behandlung vom 9. Oktober bis 12. November 2013. Als Diagnosen wurden mittelgradige depressive Episoden und AnpassungsstÃ¶rungen angegeben. Die Psychotherapie solle fortgesetzt werden, die Entlassung sei arbeitsunfÃ¤hig erfolgt.

Im Operationsbericht des S5 Klinikums O2 vom 28. November 2017 wurde bei morbider Adipositas eine Schlauchmagenoperation beschrieben, weiter eine laparoskopische Leberzystenresektion. Die Operation sei bei einem Body-Mass-Index (BMI) > 40 indiziert.

Im Bericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 7. bis 8. MÃ¤rz 2018 wurde der Verdacht auf eine Dumping-Symptomatik bei Z.n. laparoskopischer Leberzystenresektion und Sleeve-Gastrektomie geÃ¤uÃ□ert. Der BMI betrage 40,8. Das Abdomen sei weich, die Sonographie zeige keinen auffÃ¤lligen Befund. Die Laborwerte seien unauffÃ¤llig, ebenso die Endoskopie.

S2, ARCUS Versorgungszentrum P1, gab nach ambulanter Untersuchung vom 20. Juni 2018 an, dass sich die KlÃ¤gerin mit Schmerzen in der linken Schulter vorgestellt habe. Die Anteversion sei mit 90Â°, die Abduktion mit 60Â° mÃ¶glich. Die Kernspintomographie (MRT) vom 6. Juni 2018 zeige eine beginnende Omarthrose mit Dickenminderung des Knorpels. Klinisch liege eine Schultersteife vor, die Erkrankung und der selbstlimitierende Charakter seien erlÃ¤utert worden. Auf ein orales Kortison-Schema sei wegen der Magenoperation zunÃ¤chst verzichtet worden, bei ausbleibender Besserung eine Arthroskopie zu diskutieren.

Vom 29. bis 30. November 2018 wurde die KlÃ¤gerin stationÃ¤r in der Adipositas-Chirurgischen Klinik des S5 Klinikums O2 behandelt. In der klinischen Untersuchung sei das Abdomen weich, ohne Abwehrspannung und mit regelrechten DarmgerÃ¤uschen in allen Quadranten gewesen. Kardiopulmonal bestÃ¼nden vesikulÃ¤re AtemgerÃ¤usche ohne NebengerÃ¤usche, ein rhythmischer, normofrequenter Herzschlag mit reinen HerztÃ¶nen und ein Blutdruck im Normbereich. Die Symptome seien konservativ mit Infusion, Vitaminen und Schmerzmittel behandelt worden. Am 11. Januar 2019 wurde beschrieben, dass ein FrÃ¼hdumping bestehe, dessen Ursache unklar sei. Offensichtlich entleere sich der Magen sturzartig Ã¼ber den klaffenden Pylorus in das Duodenum, dessen Dehnrezeptoren das Dumping vermittelten. Die Behandlung sei die Umwandlung in einem Mini Gastric Bypass, mit dem auch die Gewichtskurve verbessert werde. Der operative Eingriff erfolgte wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Behandlung vom 20. bis 27. Februar 2019. Die Entlassung sei beschwerdefrei in die Weiterbehandlung erfolgt.

Der Bericht Ã¼ber die Kernspintomographie (MRT) des linken Kniegelenks vom 19. Oktober 2020 (W1) beschrieb ein Pes-anserius-Syndrom mit kleiner Verkalkung in der Bursa und eine Chondropathia patellae.

Das LRA holte den Befundschein des K1 ein, der eine schmerzhafte EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks im Sinne eines

Impingementsyndroms beschrieb. Es bestehe eine Tendinopathie sowie eine AC-Gelenkarthrose. Die Belastbarkeit sei schmerzhaft eingeschrÃ¤nkt, ebenso bestehe eine konsekutive Kraftminderung. Therapeutisch komme langfristige Physiotherapie in Frage. An den Kniegelenken bestÃ¼nden KnorpelschÃ¤den im Sinne einer Chondropathia patellae. Dies fÃ¼hre zu einer schmerzhaft eingeschrÃ¤nkten Beweglichkeit und Belastbarkeit.

Aufgrund der bariatrischen Operation zur Gewichtsreduktion bestÃ¼nden Verdauungsbeschwerden, es kÃ¶nne zu Mangelerscheinungen sowie zu rezidivierendem Erbrechen bei Ã¼bervollem Reservoirmagen kommen. Es bestehe ein funktionelles Kurzdarmsyndrom im Sinne eines FrÃ¼hdumping-Syndroms. Therapeutisch bestÃ¼nden keine Optionen mehr. Die arterielle Hypertonie sei medikamentÃ¶s eingestellt. Bei hÃ¤uslicher Selbstmessung lÃ¤gen keine einzelnen Messdaten vor. Ãber Organbeteiligungen oder OrganschÃ¤den lÃ¤gen keine Daten vor.

Weiter legte er Befundberichte vor, darunter, neben bereits aktenkundigen Berichten, den kardiologischen Arztbericht des M1 aufgrund ambulanter Behandlung vom 8. August 2017. Danach habe ein echokardiographischer Normalbefund imponiert.

Die MRT des rechten Kniegelenks vom 7. November 2018 (B2) zeigte eine degenerative Rissbildung des AuÃenmeniskus, einen Knorpelschaden am medialen Femurcondylus Grad II â III, eine lateral beginnende Gonarthrose sowie einen retropatellarer Knorpelschaden Grad II und einen Reizerguss.

Der Ambulanzbrief der Krankenhauses E1 vom 20. Oktober 2020 gab eine StuhlentleerungsstÃ¶rung und Stuhlinkontinenz an. Die Inspektion sei unauffÃ¤llig, eine wesentliche Blasensenkung nicht zu erkennen. Rektal-digital bestehe ein guter Ruhetonus und WillkÃ¼rtonus.

Die MRT der rechten Schulter vom 13. Juli 2021 (M2) zeigte eine Tendinopathie der Supraspinatussehne, keinen Nachweis einer Rotatorenmanschettenruptur und eine geringe Omarthrose sowie eine deutliche ACG-Arthrose.

S3 bewertete versorgungsÃ¤rztlich die Depression mit einem Teil-GdB von 30, den Teilverlust des Magens mit Dumping-Syndrom mit einem Teil-GdB von 20, die Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenks, die Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks und den unwillkÃ¼rlichen Harnabgang je mit einem Teil-GdB von 10.

Mit Bescheid vom 16. Mai 2022 stellte das LRA einen GdB von 30 seit dem 9. November 2021 fest.

Im Widerspruchsverfahren wurde der Bericht des Klinikums M3 Ã¼ber die ambulante Untersuchung vom 11. April 2022 vorgelegt. Danach seien der Allgemein- und der ErnÃ¤hrungszustand gut gewesen. In der Sonographie habe sich ein Harnstau 2. Grades rechts gezeigt. Am 12. April 2022 sei eine Steinreposition

und DJ-Anlage rechts erfolgt. Bei der Kontrolluntersuchung am 6.Â Mai 2022 wurde ein problemloser intra- und postoperativer Verlauf beschrieben.

Z1 fÃ¼hrte versorgungsÃ¤rztlich aus, dass eine Teilabhilfe mÃ¶glich sei. Der geltend gemachte Magenbypass und die Anlage eines Sleeve-Magens seien bereits berÃ¼cksichtigt. Beschrieben sei ein residuelles FrÃ¼hdumping-Syndrom, sodass eine hÃ¶here Bewertung erfolgen kÃ¶nne. Eine dauerhafte und schwergradige BeeintrÃ¤chtigung des KrÃ¤fte- und des ErnÃ¤hrungszustands sei nicht erkennbar. Das geltend gemachten Nierensteinleiden, die SchilddrÃ¼senunterfunktion, der Bluthochdruck sowie der Zustand nach DJ-Einlage rechts bei Harnleitersteinen erreichten nicht das AusmaÃ einer Behinderung. Die Depression und der Teilverlust des Magens seien mit einem Teil-GdB von je 30 zu bewerten, der Gesamt-GdB mit 40.

Mit Teilabhilfebescheid vom 17. Oktober 2022 stellte das LRA einen GdB von 40 seit dem 9.Â November 2021 fest.

Weiter wurde der Entlassungsbericht des Rehabilitationszentrums B1 Ã¼ber die stationÃ¤re Rehabilitation vom 26. Juli bis 30. August 2022 vorgelegt. Danach seien wegen der gastoenterologischen Erkrankungen nur leichte TÃ¤tigkeiten zumutbar. Zuletzt sei die KlÃ¤gerin als IT-Applikationsmanagerin beschÃ¤ftigt gewesen, hierfÃ¼r bestehe eine LeistungsfÃ¤higkeit von sechs Stunden und mehr. AlltÃ¤gliche und berufliche AktivitÃ¤ten kÃ¶nnten ohne wesentliche EinschrÃ¤nkungen bewÃ¤ltigt werden.

Der KrÃ¤ftezustand sei normal, der ErnÃ¤hrungszustand adipÃ¶s (Aufnahmegewicht 105,9 kg, Entlassungsgewicht 105,6 kg). Es fÃ¤nden sich keine kardiopulmonalen Dekompensationszeichen, Kopf und Hals seien unauffÃ¤llig. Der Thorax sei symmetrisch und seitengleich beatmet. An den Lungen bestehe ein vesikulÃ¤res AtemgerÃ¤usch. Die HerztÃ¶ne seien rein, pathologische GerÃ¤usche imponierten keine.

Die Gelenke seien frei beweglich, es bestehe keine Gelenkschwellung, keine DeformitÃ¤ten, die periphere Pulse seien seitengleich tastbar. An der WirbelsÃ¤ule zeigten sich keine abnormen Verbiegungen, sie sei frei beweglich. Motorik und SensibilitÃ¤t seien unauffÃ¤llig, die Reflexe seitengleich und die Koordination regelrecht. Der allgemein psychische Befund sei unauffÃ¤llig.

Das Abdomen sei perkutorisch, palpatorisch und auskultatorisch unauffÃ¤llig. Die Leber sei normal groÃ, die Milz nicht tastbar. Die Nierenlager seien unauffÃ¤llig, inspektorisch finde sich keine perianale Wunde. Bei der digitalen Untersuchung zeige sich ein normaler Ruhetonus und ein deutlich reduzierter Kneiftonus. Die Stuhlinkontinenz sei mit Grad I, entsprechend einer Feinverschmutzung, zu bewerten. Die Stuhlfrequenz sei mit drei- bis viermal pro Tag angegeben worden. Die Harnblase sei ohne Befund, in der rechte Niere zeige sich ein Nierenstein ohne Stauung und Infektzeichen.

Die antihypertensive Therapie sei angepasst worden, das Dumpingprofil

unauffÃ¤llig. Ein 24-Stunden-Monitoring im ambulanten Bereich werde empfohlen. Die salznormalisierte Kost sei gut vertragen worden. In der Sonographie habe eine Nierenstauung ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Eine kardiologische Kontrolle sei empfohlen worden.

Der K1 fÃ¼hrte am 26. Oktober 2022 aus, dass die KlÃ¤gerin aufgrund einer schweren Covid-Infektion und prolongierter Beschwerdepersistenz an den Theorie- und Praxiskursen im Oktober und November 2022 fÃ¼r das Leistungsabzeichen in Bronze fÃ¼r den Blasmusikverband nicht teilnehmen kÃ¶nne.

Z1 legte versorgungsÃ¤rztlich dar, dass die im Entlassungsbericht beschriebene Stuhlinkontinenz bereits berÃ¼cksichtigt sei. Wesentliche und dauerhafte EinschrÃ¤nkungen des KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustandes seien nicht erkennbar. Aktuelle und aussagekrÃ¤ftige Facharztbefunde nach abgelaufener sechsmonatiger Ausheilungszeit nach geltend gemachter Covid-19-Infektion lÃ¤gen nicht vor. Wesentliche und somit GdB-relevante Residuen seien somit nicht erkennbar.

Den Widerspruch wies das RegierungsprÃ¤sidium S4 â□□ Landesversorgungsamt â□□ mit Widerspruchsbescheid vom 15. Februar 2023 zurÃ¼ck. Die vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen seien in vollem Umfang erfasst und unter BerÃ¼cksichtigung der VG angemessen bewertet worden. Die weiter geltend gemachten FunktionseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hrten zu keinen hÃ¶heren Teil-GdB als 10 und wirkten sich daher nicht erhÃ¶hend auf den Gesamt-GdB aus.

Am 22. Februar 2022 hat die KlÃ¤gerin Klage beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben und den Bericht Ã¼ber die Gastroskopie vom 24. MÃ¤rz 2023 (Z.n. Sleeve-Gastrektomie, erosive Gastritis) sowie den Antrag auf KostenÃ¼bernahme fÃ¼r Funktionstraining bei Lumboischialgie vorgelegt, weiter das Attest des K1 vom 4. April 2023. Danach bestehe ein chronisches Fatigue-Syndrom nach Covid-19-Infektion in Verbindung mit chronischen Muskelschmerzen, rascher ErmÃ¼dbarkeit und Leistungsmangel.

Besonders schwerwiegend und belastend sei das chronische degenerative Lumbalsyndrom mit Neuroforamenstenose und begleitender Nervenwurzelbeteiligung. Diese Situation fÃ¼hre zu merklichen EinschrÃ¤nkungen der MobilitÃ¤t und der Beweglichkeit. Es bestÃ¼nden auf verschiedenen HÃ¶hen der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) deutliche arthrotische VerÃ¤nderungen.

Auf den Hinweis des SG, dass keine Behandlung hinsichtlich einer Depression zu erkennen sei, hat die KlÃ¤gerin ein Schreiben des K1 vom 25. Mai 2023 vorgelegt. Danach bestehe eine chronische mittelgradige Depression mit flukturierendem Verlauf sowie eine chronische AngststÃ¶rung. Es bestehe eine medikamentÃ¶se Therapie und eine regelmÃ¤Ã□ige Ã¤rztliche Mitbehandlung. Weiterhin habe zudem die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung bestanden (Verweis auf den aktenkundigen Entlassungsbericht aus 2013). Aufgrund der sehr komplikationstrÃ¤chtigen postoperativen VerlÃ¤ufe und der rezidivierenden stationÃ¤ren Aufenthalte wegen eines chronischen Nierenleidens sei die psychische Situation zusÃ¤tzlich deutlich verschlechtert. Weiterhin habe sich das bekannte

Dumping-Syndrom merklich verschlechtert im Sinne einer ausgeprÃ¤gten vegetativen Dysregulation mit KollapszustÃ¤nden.

Die Computertomographie (CT) des Abdomens vom 3. Mai 2023 (Z2) ergebe den Nachweis zahlreicher Leberherde, am ehestens Zysten entsprechend. Nebenbefundlich bestehe eine Coxarthrose links.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 10. Juli 2023 abgewiesen. Im Funktionssystem â□□Verdauungsorganeâ□□ betrage der Teil-GdB 30. Es bestehe ein Z.n. Sleeve-Gastrektomie, FrÃ¼h-Dumpingsyndrom und Stuhlinkontinenz Grad I. Der Allgemeinzustand der KlÃ¤gerin werde als gut beschrieben, eine EinschrÃ¤nkung des KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustandes liege nicht vor. Im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ betrage der Teil-GdB maximal 20. Eine fachÃ¤rztliche Behandlung finde nicht statt, der Entlassungsbericht der Rehabilitation beschreibe einen unauffÃ¤lligen Befund. Die von K1 genannte Diagnose einer mittelgradigen Depression und AngststÃ¶rung entbehre jeder Grundlage. Die von ihm behauptete Medikation finde sich in den Klinikberichten nicht. Weitere FunktionseinschrÃ¤nkungen ergÃ¤ben sich insbesondere aus dem Entlassungsbericht Ã¼ber die Rehabilitation nicht. Weitere Ermittlungen von Amts wegen seien nicht durchzufÃ¼hren, die BeweisausforschungsantrÃ¤ge abzulehnen gewesen.

Am 27. Juli 2023 hat die KlÃ¤gerin Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Mehrfach sei erstinstanzlich darauf hingewiesen worden, dass die Einholung aktueller medizinischer Befundberichte im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes zwingende Voraussetzung sei, was jedoch seitens des Erstgerichts nicht veranlasst worden sei. Es sei kein SachverstÃ¤ndigengutachten eingeholt worden und keine Exploration erfolgt. Die EinschÃ¤tzungen des Beklagten basierten lediglich auf der Aktenlage und keiner konkreten Fragestellung, die seitens der behandelnden Ã□rzte und Therapeuten beantwortet worden wÃ¤re. Soweit sich das SG den Feststellungen des Beklagten angeschlossen habe, Ã¼berzeugten die BegrÃ¼ndungen nicht, da sie weder durch eingeholte Befundberichte der behandelnden Ã□rzte und Therapeuten mit konkreten Fragestellungen belegt worden seien, noch erkennbar sei, auf welcher medizinischer Fachkenntnis und medizinfachlichen Empfehlung die gerichtliche EinschÃ¤tzung beruhe. Es sei nicht einmal dargetan, dass das SG Ã¼ber eigene medizinische Fachkenntnis verfÃ¼ge, um derartige EinschÃ¤tzungen ohne Exploration und Untersuchung treffen zu kÃ¶nnen. Es werde die Verletzung rechtlichen GehÃ¶rs gerÃ¼gt, indem keine Befundberichte eingeholt und kein SachverstÃ¤ndigengutachten beauftragt worden sei.

Die Verletzung rechtlichen GehÃ¶rs werde auch dadurch begrÃ¼ndet, dass nicht nur der Amtsermittlungsgrundsatz verletzt worden sei, sondern dass gegen ihren Willen ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entschieden worden sei. Der Sachverhalt sei nur dann im Sinne des Â§ 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) geklÃ¤rt, wenn aufgrund des Sachvortrags der Beteiligten und der beigezogenen Akten Zweifel hinsichtlich des Sachverhalts ausgeschlossen seien.

Die Auswertung eingeholter Befundberichte der behandelnden Ãrzte genÃ¼ge nicht, um den Erfordernissen der Amtsermittlung gerecht zu werden, zumal vom SG keine eigene Befundanforderung veranlasst worden sei. Die eingereichten Befundberichte seien nur schriftliche Zeugenaussagen. Zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts in medizinischer Hinsicht bedÃ¼rfe es regelmÃ¤Ãig der Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens. Soweit das SG meine, die angefÃ¼hrte Diagnose einer mittelgradigen Depression und AnpassungsstÃ¶rung entbehre jeglicher Grundlage, seien keine eigenen Ermittlungen des SG erfolgt. Auch einem medizinisch Unkundigen dÃ¼rfte aufgrund eigener Lebenserfahrung bekannt sei, dass sich psychische BeeintrÃ¤chtigungen und Magen-Darm-Probleme bedingten. Sie sei seit Jahren bei dem K1 in Behandlung, sodass dieser sehr wohl berufen sei, Feststellungen zu den psychischen BeeintrÃ¤chtigungen zu treffen. Dass sie es ablehne, sich wegen der psychischen BeeintrÃ¤chtigungen medikamentÃ¶s behandeln zu lassen, rechtfertige nicht die Annahme, dass die BeeintrÃ¤chtigungen nicht bestÃ¼nden. Da das SG keine eigenen Ermittlungen angestellt habe, seien ihre AusfÃ¼hrungen zu ihren psychischen BeeintrÃ¤chtigungen als unstrittig anzusehen und mit einem eigenen GdB festzustellen.

Soweit auf eine chronische Schmerzsymptomatik verwiesen werde, sei kein Befundbericht angefordert worden, obwohl der Hausarzt dies bestÃ¤tigen kÃ¶nne. Es sei nicht ihre Aufgabe, ohne konkrete gerichtliche Hinweise ergÃ¤nzende medizinische Stellungnahmen im Parteibetrieb auf bloÃen Verdacht hin, beizubringen.

Das Rehabilitationszentrum B1 habe keine orthopÃ¤dische Rehabilitation durchgefÃ¼hrt, sodass die GdB-relevanten BewegungseinschrÃ¤nkungen dort nicht im GdB-relevanten Umfang exploriert worden seien. Weiter sei nicht ermittelt worden, weshalb sich bei ihr nach einem operativen Eingriff sofort neue Nierensteine bildeten. Die Magenbypassoperation begÃ¼nstige die Entstehung von Nierensteinen (Verweis auf einen in Kopie vorgelegten Aufsatz). Soweit das SG meine, der Bluthochdruck mit AugenhintergrundverÃ¤nderung ergebe sich aus dem Aktenmaterial nicht, habe es keine eigenen Ermittlungen durchgefÃ¼hrt. Dass sie bezÃ¼glich der arteriellen Hypertonie medikamentÃ¶s eingestellt sei, rechtfertige nicht die Annahme, dass keine GdB-relevante BeeintrÃ¤chtigung unter Einbeziehung anderer Organe bestÃ¼nden. Letztlich Ã¼berzeugten die AusfÃ¼hrungen zu den BeweisausforschungsantrÃ¤gen schon deshalb nicht, da im Verfahren kein konkreter Beweisantrag gestellt worden sei.

Weiter hat sie die Verordnung von KompressionsstrÃ¼mpfen (Angabe: â Zeitraum 6 Monateâ) und Physiotherapie vom 4. April 2024 sowie die Bescheinigung des K1 vom 3. Juni 2024 vorgelegt. Letzterer hat ausgefÃ¼hrt, dass die vorangegangene bariatrische Operation bezÃ¼glich des LipÃ¶dems keine Besserung gebracht habe, eine regelmÃ¤Ãige Lymphdrainage sei notwendig.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Juli 2023 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 16. Mai

2022 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 17. Oktober 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Februar 2023 einen Grad der Behinderung von nicht unter 50 ab dem 9. November 2021 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckzuweisen.
Er verweist auf die angefochtene Entscheidung. Im Funktionssystem â□□Verdauungâ□□ sei ein Teil-GdB von 30 anzunehmen, hier seien der Zustand nach Sleeve-Gastrektomie, ein FrÃ¼h-Dumpingsyndrom und einer Stuhlinkontinenz Grad I berÃ¼cksichtigt. Die Befundberichte beschrieben einen guten Allgemeinzustand und eine EinschrÃ¤nkung des KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustandes liege nicht vor, der BMI betrage 37,6. Die Depression bewerte das SG entgegen der EinschÃ¤tzung des Beklagten nur mit einem Teil-GdB von 20, die weiteren FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen wirkten nicht erhÃ¶hend.

Die KlÃ¤gerin hat die Behandlungsdokumentation des K1 und weitere Befundberichte zur Akte gereicht, insoweit wird auf Blatt 60 ff. der Senatsakte verwiesen.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 SGG hat der Senat das SachverstÃ¤ndigengutachten desÂ J1, Schmerzzentrum B3, aufgrund ambulanter Untersuchung vom 17. Januar 2024 erhoben. Diesem gegenÃ¼ber hat die KlÃ¤ger bei der Untersuchung angegeben, Schmerzen im linken Knie zu haben sowie ein schmerzhaftes GefÃ¼hl im Brustbereich. In der linken Hand beginne ein Arthroseschub. Sie spiele tÃ¤glich Saxophon, habe einen Lehrer, da sie erst 2017 mit dem Spielen angefangen habe. Sie nehme â□□ganz oftâ□□ Novalgin ein, andere Schmerzmittel dÃ¼rfe sie wegen ihres Magens nicht einnehmen. Die Kopfschmerzen habe sie schon seit der PubertÃ¤t, sei deswegen auf der Arbeit auch oft ausgefallen. Diese wÃ¼rde sich bei kÃ¶rperlicher TÃ¤tigkeit nicht verstÃ¤rken. Sie sei deswegen Ã¶fter beim Arzt gewesen, in der MRT des Kopfes habe man nichts gefunden.

Auf die Nachfrage, weshalb die Kopfschmerzen bei den frÃ¼heren Begutachtungen nicht angegeben worden seien, habe die KlÃ¤gerin angefÃ¼hrt, dass sie das verdrÃ¤nge und auch keiner danach gefragt habe. Erst bei den jetzigen FragebÃ¶gen sei ihr das bewusst geworden. Die Schmerzen an der LWS bestÃ¼nden seit Jahren und wÃ¼rden im Laufe der Zeit immer schlimmer, die an der linken Schulter seien schon seit vielen Jahren vorhanden.

Die KlÃ¤gerin habe sich zÃ¼gig im Wartebereich erhoben und sei mit raumgreifenden Schritten rasch in das Untersuchungszimmer gelaufen. Sie habe die ganze Zeit sitzen bleiben kÃ¶nnen, zur kÃ¶rperlichen Untersuchung habe sie sich zÃ¼gig entkleidet, sich problemlos hinlegen und aufrichten kÃ¶nnen. Hinsichtlich des Schmerzes liege ein Chronifizierungsgrad II nach Gerbershagen vor.

Der Allgemeinzustand sei reduziert, der ErnÃ¤hrungszustand deutlich adipÃ¶s. Bei einer GrÃ¶Ã□e von 171 cm betrage das Gewicht 110 kg, entsprechend einem BMI

von 36,9 kg/m2. Haut und sichtbare SchleimhÃ¤ute seien gut durchblutet, es fÃ¤nden sich keine Ãdeme, kein Exanthem und kein Enanthem. Im Bereich des Halses sei die Bewegung mÃ¤Ãig eingeschrÃ¤nkt, die Nervenaustrittspunkte seien frei. Die Seitneigung von HWS und BWS sei erheblich eingeschrÃ¤nkt. An den Schultern zeige sich ein schlaffes Muskelprofil beidseits. Links sei der SchÃ¼rzengriff nicht vollstÃ¤ndig ausfÃ¼hrbar, das Anheben des linken Armes gelinge nur knapp Ã¼ber die Waagerechte. An den oberen ExtremitÃ¤ten bestehe ein unauffÃ¤lliges Muskelprofil beidseits, aktiv und passiv frei beweglich, bei unauffÃ¤lligem Muskeltonus. Die Handgelenke seien frei beweglich, die Muskelkonturen seien orientierend symmetrisch, weshalb auf die Messung der UmfÃ¤nge verzichtet worden sei.

Es zeige sich ein weitgehend lotrechter Aufbau der WirbelsÃ¤ule bei Schultergeradstand. Im Stehen von der Seite werde der Kopf deutlich vor dem Lot gehalten, bei L3 bis L5 werde ein Klopfschmerz angegeben. Die LWS sei gerade, bei normaler Schwingung. Druck- und Klopfschmerzen wÃ¼rden im Bereich der gesamten LWS angegeben, das Zeichen nach LasÃ¨que sei beidseits negativ. Der FBA betrage 50 cm. An den HÃ¼ftgelenken zeigten sich deutliche Zeichen einer Arthrose, insbesondere die AuÃenrotation der HÃ¼ftgelenke sei praktisch nicht mÃ¶glich. Die Beweglichkeit sei aktiv und passiv frei. An den Beinen bestehe ein deutliches LymphÃ¶dem beidseits. Die âTender-Pointsâ im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms seien negativ, der Reflexstatus unauffÃ¤llig.

Psychisch bestÃ¼nden schmerzbedingte Hinweise fÃ¼r Bewusstseinseinengungen, ansonsten keine Bewusstseinserweiterungen oder Bewusstseinsverschiebungen. Die Orientierung sei vollstÃ¤ndig, es bestehe eine leichtgradige BeeintrÃ¤chtigung der Auffassungsgabe, der KonzentrationsfÃ¤higkeit, der Entschluss- und VerantwortungsfÃ¤higkeit sowie der Anpassungs- und UmstellungsfÃ¤higkeit. Weiter lÃ¤gen Hinweise auf eine leichte StÃ¶rung der Lern- und MerkfÃ¤higkeit vor. AufmerksamkeitsstÃ¶rungen bestÃ¼nden keine, die Ablenkbarkeit sei leicht erhÃ¶ht, die kognitiven Funktionen ungestÃ¶rt. Das ReaktionsvermÃ¶gen sei leichtgradig verzÃ¶gert, Hinweise fÃ¼r StÃ¶rungen des Kurz- und LangzeitgedÃ¤chtnisses bestÃ¼nden nicht. Das formale Denken sei geordnet, nicht verlangsamt und nicht gehemmt. Hinweise auf eine Posttraumatische BelastungsstÃ¶rung (PTBS) bestÃ¼nden nicht. Affektiv sei die Stimmung leicht dysphorisch gereizt, die affektive ModulationsfÃ¤higkeit leicht reduziert im Zusammenhang mit den bestehenden FunktionseinschrÃ¤nkungen, InsuffizienzgefÃ¼hlen und reduziertem Selbstwert. Der Antrieb sei schmerzbedingt reduziert. Gestik und Mimik seien regelrecht und situationsadÃ¤quat, es bestehe eine leichte psychomotorische Unruhe. Die Impulskontrolle sei erhalten, eine chronische EinschlafstÃ¶rung werde berichtet. Eine akute oder latente SuizidalitÃ¤t bestehe nicht, der letzte Urlaub sei im Herbst in Sachsen verbracht worden, davor an der Nordsee und viel in Kroatien.

Der Einbeinstand sowie der Zehen- und Hackenstand seien beidseits sicher mÃ¶glich, der Unterberger Tretversuch ebenso unauffÃ¤llig wie der Romberg-Stehtest.

Nach der ICD-11 lÃ¤gen ein chronisches ausgeprÃ¤gtes Schmerzsyndrom, ein chronischer Spannungskopfschmerz, eine AnpassungsstÃ¶rung, eine depressive Episode und eine Adipositas per magna vor.
Gegen die Verwendung von FragebÃ¶gen in der Begutachtung werde immer wieder vorgebracht, dass sie nur subjektiv und deshalb weder aussagefÃ¤hig noch verwertbar seien. Diese Behauptung halte einer nur einer oberflÃ¤chlichen Betrachtung stand. Der Gutachter stehe vor der Herausforderung, subjektive EindrÃ¼cke und Empfindungen der Betroffenen objektivieren zu mÃ¼ssen. Dabei kÃ¶nnten die FragebÃ¶gen helfen, da sie eine KonsistenzprÃ¼fung ermÃ¶glichten.

Im Vordergrund des Beschwerdekomplexes der KlÃ¤gerin stehe eine chronifizierte StÃ¶rung der Schmerzverarbeitung, die zur AusprÃ¤gung eines Vollbildes einer eigenstÃ¤ndigen Krankheit gefÃ¼hrt habe. Dieser Umstand gewinne insbesondere an Bedeutung, da durch den weiteren Krankheitsverlauf gelegentlich der Gesamtbefund als Krankheitsstadium erkennbar werde und die bisher erhobenen einzelnen Befunde an Relevanz verlÃ¶ren.

Chronisch schmerzkrank seien alle Betroffenen, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und selbststÃ¤ndigen Krankheitswert erlangt habe. In diesen FÃ¤llen fÃ¼hre das Schmerzleiden zwangslÃ¤ufig zu psychopathologischen VerÃ¤nderungen. Die KlÃ¤gerin erhebe den Schmerz neben ihrem fÃ¼r sie letztendlich unverstÃ¤ndlichen Gewichtsproblem mit den nachfolgenden Operationen zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens, dadurch werde sie ihrem sozialen Umfeld entfremdet, was zu einer Vertiefung des psychopathologischen Krankheitsbildes oder zu entsprechenden PersÃ¶nlichkeitsverÃ¤nderungen fÃ¼hren kÃ¶nne. Es mÃ¼sse festgestellt werden, dass die Nichtbehandlung psychischer Probleme nicht bedeute, dass diese nicht vorhanden seien. Die KlÃ¤gerin verstehe die psychischen VerÃ¤nderungen als im Zusammenhang mit den BrÃ¼chen in ihrer Biographie, dies sei nicht falsch und kÃ¶nne nachvollzogen werden. Eine psychische Behandlung sei nur in einem dauerhaften Kontext sinnvoll und mÃ¶glich, hier seien die Ressourcen in WohnortnÃ¤he der KlÃ¤gerin sehr begrenzt, sodass ihr hieraus kein Nachteil erwachsen dÃ¼rfe. Kennzeichnend fÃ¼r diese chronischen Schmerzkranken seien oft Behandlungsversuche Ã¼ber eine lange Zeit, die nicht erfolgreich gewesen seien.

Der Teilverlust des Magens sei mit einem Teil-GdB von 30, die MigrÃ¤ne und die Kopfschmerzen ebenfalls mit einem Teil-GdB von 30 sowie die AnpassungsstÃ¶rung bei chronischen Schmerzen mit einem Teil-GdB von 30 zu bewerten, sodass sich ein Gesamt-GdB von 50 ergebe. Die bisher vorliegenden Feststellungen und Beurteilungen seien nicht umfangreich und berÃ¼cksichtigten den Gesamtzustand nur unzureichend. Die chronischen Schmerzen hÃ¤tten bisher keine BerÃ¼cksichtigung gefunden, lÃ¤gen aber vor und hÃ¤tten einen wenigstens mittelschweren AusprÃ¤gungsgrad.

Der Beklagte ist dem SachverstÃ¤ndigengutachten durch Vorlage der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme der B4 entgegengetreten. Diese hat ausgefÃ¼hrt, dass Ã¼ber die HÃ¤ufigkeit der Lymphdrainagen in dem Bericht vom

3. Juni 2024 nicht berichtet werde. Der Rehabilitationsentlassungsbericht aus B1 von 2022 beschreibe explizit keine Beinschwellungen, der Bericht gehe indessen davon aus, dass das Lip-/LymphÃ¶dem bereits nach der Hysterektomie 2009 aufgetreten sei. Im Befund des UniversitÃ¤tsklinikums F1 aus Juli 2023 sei ebenfalls vermerkt, dass BeinÃ¶deme nicht vorlÃ¤gen. Der SachverstÃ¤ndige J1 beschreibe ein deutliches LymphÃ¶dem beidseits. Die Stimmung der KlÃ¤gerin sei dysphorisch gereizt, der Antrieb schmerzbedingt reduziert. Die von ihm beschriebenen chronischen EinschlafstÃ¶rungen seien anhand der als gut beschriebenen EinschlaffÃ¤higkeit nicht nachvollziehbar, ein Kopfschmerzkalender werde nicht vorgelegt. Eine Schmerzmedikation werde nicht eingenommen, obwohl mittlerweile auch nebenwirkungsarme Substanzen vorfÃ¼gbar seien. Eine fachÃ¤rztliche schmerztherapeutische Begleitung sei nicht aktenkundig, bei vermuteter MigrÃ¤ne eine entsprechende Prophylaxe nicht dokumentiert. Ein Teil-GdB von 30 kÃ¶nne dem psychiatrischen Befund nicht entnommen werden, gleiches gelte fÃ¼r die mangelnden EinschrÃ¤nkungen in der Lebensgestaltung. Eine stimmungsaufhellende Medikation werde nicht eingenommen. Der Teil-GdB von 30 kÃ¶nne lediglich unter BerÃ¼cksichtigung der Schmerzanamnese angenommen werden, wobei sich Ãberschneidungen zum Nierensteinleiden und den orthopÃ¤dischen Erkrankungen ergÃ¤ben. Auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet ergÃ¤ben sich keine Hinweise auf lÃ¤ngerdauernde hÃ¶hergradige FunktionseinschrÃ¤nkungen. Die Gelenke seien in der Rehabilitation 2022 alle frei beweglich gewesen. Die Depression und das chronische Schmerzsyndrom seien mit einem Teil-GdB von 30, der Teilverlust des Magens mit einem Teil-GdB von 30 sowie die Funktionsbehinderung der Schultergelenke, die Funktionsbehinderungen des Kniegelenks, der unwillkÃ¼rliche Harnabgang sowie das Nierensteinleiden und das LymphÃ¶dem der unteren ExtremitÃ¤t seien jeweils mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten, ein hÃ¶herer Gesamt-GdB als 40 ergebe sich nicht.

Hierzu hat die KlÃ¤gerin geltend gemacht, dass die Darlegungen nur als Parteivortrag des Beklagten zu sehen seien, die nicht mit einem Gutachten nach Exploration gleichgesetzt werden kÃ¶nnten. J1 habe das LipÃ¶dem eindeutig erwÃ¤hnt und es nicht nur zum Bestandteil seiner EinschÃ¤tzungen gemacht. Dieser stÃ¼tze seine EinschÃ¤tzung vielmehr auf andere StÃ¶rungen, die er aufgezeigt, belegt und kommentiert habe. Der UniversitÃ¤tsklinikum F1 erwÃ¤hne die Ãdeme deshalb nicht, weil die Beine nicht untersucht worden seien. Der Befundbericht des K1 vom 3. Juni 2024 belege das LipÃ¶dem, es werde zweimal wÃ¶chentlich Lymphdrainage durchgefÃ¼hrt. Es bestehe deshalb schon seit Jahren eine schmerzhafte kÃ¶rperliche EinschrÃ¤nkung. Dass die bisher behandelnden Ãrzte und Therapeuten keine Untersuchungen und Befunderhebungen durchgefÃ¼hrt hÃ¤tten, rechtfertige nicht die Annahme, dass nicht bereits seit mehreren Jahren eine gesundheitliche BeeintrÃ¤chtigung bestehe. Die Krankenkasse habe am 11. Juni 2024 entsprechende Hilfsmittel bewilligt. Einem betroffenen Schmerzpatienten kÃ¶nne kein genereller Vorwurf gemacht werden, wenn er bei bestehenden Schmerzen keine Schmerzmittel einnehme. J1 habe durch eine leitliniengerechte Befunderhebung die bestehenden EinschrÃ¤nkungen erfasst und bewiesen. Weder aus dem Gesetz noch aus etwaigen Verordnungen ergebe sich eine Verpflichtung des Patienten zur âregelmÃ¤Ãigen medikamentÃ¶sen und fachÃ¤rztlichen Behandlungâ. Am 25. Juni 2024 finde eine CT-Untersuchung

der Niere statt, die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme sei J1 zur ErgÃ¤nzung seines Gutachtens zu Ã¼bersenden. Zu dem Ergebnis der erfolgten CT-Untersuchung ist in der mÃ¼ndlichen Verhandlung mitgeteilt worden, dass diese operationsbedÃ¼rftige Nierensteine von einer GrÃ¶Ãe bis 17 mm ergeben habe, die Blase sei normal gefÃ¼llt gewesen.

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

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die form- und fristgerecht (Â§ 151 SGG) eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin ist statthaft (Â§Â§ 143, 144 SGG) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 10. Juli 2023, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 SGG) auf hÃ¶here Erstfeststellung des GdB unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 16. Mai 2022 in der Fassung des Teilabhilfebescheides (Â§ 86 SGG) vom 17. Oktober 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides (Â§ 95 SGG) vom 15. Februar 2023 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsÃ¤tzlich der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. 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).

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 16. Mai 2022 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 17. Oktober 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Februar 2023 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten (Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG). Auch zur Ãberzeugung des Senats, wie des SG, hat der Beklagte den Gesamt-GdB mit 40 nicht rechtswidrig zu niedrig festgestellt. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen. Aus dem auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 SGG eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten folgt nichts anderes, da die rechtliche Bewertung des SachverstÃ¤ndigen zu den Teil- GdB und dem Gesamt-GdB in Ermangelung von tragfÃ¤higen Befunden, die seine EinschÃ¤tzung tragen kÃ¶nnten, nicht Ã¼berzeugend war. Insbesondere war der SachverstÃ¤ndige zu der von B4 versorgungsÃ¤rztlich ebenfalls beanstandeten Teil- und Gesamt-GdB-Bildung nicht ergÃ¤nzend zu hÃ¶ren, da es sich um eine rechtliche Bewertung handelt. Im Ãbrigen hat die VersorgungsÃ¤rztin nur die Aktenlage referiert und auf dort dokumentierte Befunde hingewiesen, dieses Vorbringen des Beklagten hatte der Senat zu wÃ¼rdigen.

Die versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme verwertet der Senat als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen, da die Beteiligten schon nicht gehindert sind, eigene Gutachten in das Verfahren einzubringen (Urteil des Senats vom 9. Dezember 2021 â L 6 VG 2424/21 â, juris, Rz. 96), sodass fÃ¼r eine versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme, die sich mit dem eingeholten Gutachten insbesondere im Hinblick

auf SchlÃ¼ssigkeit, Ãberzeugungskraft und Beurteilungsgrundlage auseinandersetzt und damit selbst kein Gutachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 5. Februar 2008 â B 2 U 8/07 R â, juris, Rz. 26), nicht anderes gilt (so auch BSG, Urteil vom 6. Oktober 2016 â B 5 R 45/16 B â, juris, Rz. 19). Zwar handelt es sich bei der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme um kein Beweismittel im Sinne des Beweises durch SachverstÃ¤ndige, sie ist aber im Rahmen des Gesamtergebnisses des Verfahrens zu wÃ¼rdigen (vgl. BSG, Urteil vom 6. Oktober 2016 â B 5 R 45/16 B â, juris, Rz. 19; BSG, Urteil vom 23. September 1957 â 2 RU 113/57 â, juris, Rz. 8).

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 Ma□ 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¤Ã□ig 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 Ausma□ der Behinderung grÃ¶□er 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 Gliedma□en 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 Gesamt-GdB mit 40 nicht rechtswidrig zu niedrig festgestellt worden ist.

Die vorwiegenden FunktionseinschrÃ¤nkungen der KlÃ¤gerin liegen im Funktionssystem â€Verdauungâ€, welches entgegen der versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzung des Z1 und in Ãbereinstimmung mit dem S3 nur mit einem Teil-GdB von 20 zu bewerten ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 10.2.1 ist eine Teilentfernung des Magens je nach Beschwerden mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten, bei anhaltenden Beschwerden wie z.B. einem Dumping Syndrom mit einem GdB von 20 bis 40. Eine Totalentfernung des Magens ohne BeeintrÃ¤chtigung des KrÃ¤fte- und

ErnÃ¤hrungszustandes fÃ¼hrt zu einem GdB von 20 bis 30, bei BeeintrÃ¤chtigung des KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustandes und/oder Komplikationen zu einem GdB von 40 bis 50.

Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben kommt ein hÃ¶herer Teil-GdB als 20, wie ihn S3 versorgungsÃ¤rztlich ebenfalls eingeschÃ¤tzt hat, nicht in Betracht. Eine Totalentfernung des Magens liegt bei der KlÃ¤gerin bereits nicht vor. Aber auch eine BeeintrÃ¤chtigung des KrÃ¤fte- und ErnÃ¤hrungszustandes, schon gar nicht dauerhafter Art, sind nicht objektiviert, worauf Z1 versorgungsÃ¤rztlich zu Recht hingewiesen hat. Dem aktuellen Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik B1 2022 Ã¼ber die vierwÃ¶chige MaÃnahme mit der MÃ¶glichkeit einer lÃ¤ngeren Verlaufsbetrachtung ist vielmehr in aller Deutlichkeit das Gegenteil zu entnehmen, nÃ¤mlich, dass ihr KrÃ¤ftezustand normal und der ErnÃ¤hrungszustand (weiterhin) deutlich adipÃ¶s gewesen ist. Das Dumpingprofil wird als unauffÃ¤llig beschrieben, die Stuhlinkontinenz mit Grad I nur im Sinne einer Feinverschmutzung bewertet, somit hat sich der im MÃ¤rz 2018 und dann erneut im Januar 2019 geÃ¤uÃerte Verdacht im Rahmen der damaligen stationÃ¤ren Behandlung nicht bestÃ¤tigt. Z1 ist daher versorgungsÃ¤rztlich zu Unrecht von einem FrÃ¼hdumping-Syndrom ausgegangen, was allein die Annahme seines Abhilfevorschlags hÃ¤tte rechtfertigen kÃ¶nnen, wofÃ¼r es aber an tatsÃ¤chlichen Anhaltspunkten fehlt. J1 hat diesen Teil-GdB ungeprÃ¼ft Ã¼bernommen, was Teil seiner Ã¼berhÃ¶hten Annahme eines Gesamt-GdB von 50 ist.

Im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃlich Psycheâ□□ kommt ein hÃ¶herer Teil-GdB von 20, wie ihn auch das SG nur gesehen hat, angesichts der hohen FunktionalitÃ¤t der KlÃ¤gerin und der Ermangelung jeglicher Therapie, insoweit mit fehlender Verifizierung der Behauptungen des SachverstÃ¤ndigen J1, nicht in Betracht.

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

maÃgeblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 â€Â LÂ 6Â VHÂ 2746/15Â â€, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu wÃ¼rdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine â€wesentliche EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeitâ€ meint schon begrifflich eher EinschrÃ¤nkungen in der inneren GefÃ¼hlswelt, wÃ¤hrend StÃ¶rungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der â€sozialen Anpassungsschwierigkeitenâ€ fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die StÃ¤rke des empfundenen Leidensdrucks Ã¤uÃert sich nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats auch und maÃgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender Ã¤rztlicher oder der gleichgestellten (Â§Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â€ Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch â€ bei gesetzlich Versicherten zugelassene â€ Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden Ã¼ber eine leichtere psychische StÃ¶rung hinausgeht und bereits eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung im Sinne der GdB-BewertungsgrundsÃ¤tze darstellt (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 MaÃstÃ¤ben ist eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit nicht objektiviert. Eine solche folgt schon aus dem â€ mehrfach in Bezug genommenen â€ Entlassungsbericht aus dem Jahr 2013 gerade nicht. Abgesehen davon, dass dieser nur eine mittelgradige depressive Episode beschreibt, also keinen Dauerzustand, wird zur weiteren Stabilisierung lediglich die FortfÃ¼hrung der Psychotherapie empfohlen, aber kein weitergehender Behandlungsbedarf beschrieben. Daneben kann aus einer Behandlung 2013 allein nicht auf GdB-relevante EinschrÃ¤nkungen zum Zeitpunkt der Antragstellung 2019, also fÃ¼nf Jahre spÃ¤ter, geschlossen werden, zumal danach erst die operativen MaÃnahmen wegen des massiven Ãbergewichts erfolgten.

Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass in der Zwischenzeit, also noch weitere fÃ¼nf Jahre, d.h. insgesamt zehn Jahre nach der einmaligen Fachdiagnose, fachÃ¤rztliche Behandlungen notwendig geworden oder durchgefÃ¼hrt worden wÃ¤ren, bestehen nÃ¤mlich nicht, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat. Aus den AusfÃ¼hrungen des K1, als Internist fachfremd, ergibt sich nichts Anderes, da dieser weder tragende Befunde mitgeteilt hat, noch solche aus seiner Behandlungsdokumentation folgen. Dort sind vielmehr nur Diagnosen mit einmaliger Kodierung vermerkt, aus denen allein keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf tatsÃ¤chliche psychische Erkrankungen gezogen werden kÃ¶nnen.

Das kann aber schon deshalb dahinstehen, da sich in der Rehabilitationsklinik wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Rehabilitation â€ immerhin Ã¼ber einen Zeitraum von gut vier Wochen â€ ein psychisch unauffÃ¤lliger Befund zeigte, wie aus dem Entlassungsbericht folgt. Weder sind psychische AuffÃ¤lligkeiten beschrieben, noch hieraus resultierende FunktionseinschrÃ¤nkungen, sodass sich korrespondierend

hierzu keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine medikamentÃ¶se Behandlungsnotwendigkeit ergeben. Hierauf hat das SG zu Recht hingewiesen und damit die dokumentierten Ã¤rztlichen Befunde gewÃ¼rdigt und, anders als die KlÃ¤gerin glauben machen will, keine eigene medizinische Beurteilung vorgenommen. Im Ãbrigen hat die KlÃ¤gerin selbst keine weitergehenden Behandlungen berichtet, sodass ersichtlich kein Ermittlungsbedarf Ã¼ber die bereits aktenkundigen Befundunterlagen hinaus bestanden hat. Ihre AusfÃ¼hrungen, dass ihr Beschwerdevorbringen deshalb âunstrittigâ sei, weil das SG keine weiteren Ermittlungen angestellt habe, gehen in der Sache fehl. Das SG hat vielmehr, wie es seiner Aufgabe entspricht, die Befundunterlagen ausgewertet, hierauf die â rechtliche â Bewertung des GdB gestÃ¼tzt und ist schlÃ¼ssig zu dem Ergebnis gelangt, dass die versorgungsÃ¤rztliche Bewertung von der Befundlage nicht getragen wird. Soweit S3 und Z1 von einem Teil-GdB von 30 ausgehen, Ã¼berzeugt dies angesichts der objektivierten Befunde nÃ¤mlich nicht und anderes folgt aus dem Vorbringen der KlÃ¤gerin, dass keine Pflicht bestehe, sich medikamentÃ¶s oder fachÃ¤rztlich behandeln zu lassen, nicht. Abgesehen davon, dass bei fehlender Ã¤rztlicher Behandlung keine Verlaufsdokumentation vorliegt und damit keine AnknÃ¼pfungstatsachen gesichert sind, auf die sich die Bewertung stÃ¼tzen kÃ¶nnte, ist vorliegend, wie oben dargelegt, wÃ¤hrend der mehrwÃ¶chigen Rehabilitation gerade ein unauffÃ¤lliger Befund erhoben worden.

Aus dem Gutachten des J1 folgt nichts Anderes. Dieser hat zunÃ¤chst Bewusstseinserweiterungen oder Bewusstseinsverschiebungen verneint, die Orientierung als vollstÃ¤ndig erhalten beschrieben und nur leichtgradige BeeintrÃ¤chtigungen der Auffassungsgabe, der KonzentrationsfÃ¤higkeit, der Entschluss- und VerantwortungsfÃ¤higkeit sowie der Anpassungs- und UmstellungsfÃ¤higkeit gesehen. Die kognitiven Funktionen beschreibt er dazu passend als ungestÃ¶rt, bei geordnetem formalen Denken zeigten sich keine Hinweise fÃ¼r StÃ¶rungen des Kurz- und LangzeitgedÃ¤chtnisses. Gestik und Mimik beschreibt er als regelrecht und situationsadÃ¤quat, lediglich den Antrieb als schmerzbedingt reduziert. EinschlafstÃ¶rungen sind von der KlÃ¤gerin verneint worden. Pathologische Befunde, die die Annahme einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung rechtfertigen wÃ¼rden, sind von ihm somit nicht erhoben worden. Auch steht sein Befund in keinem Widerspruch zu den AusfÃ¼hrungen der Rehabilitationsklinik B1, sondern stÃ¼tzt diesen vielmehr.

Vorstehendes wird in tatsÃ¤chlicher Hinsicht dadurch untermauert, dass J1 bei der KlÃ¤gerin einen geregelten Tagesablauf und ein erhaltenes Interessenspektrum erhoben hat. Sie hat ihm berichtet, neben ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit â vorwiegend im Homeoffice â den Haushalt zu versorgen, sich um die Enkel zu kÃ¼mmern und Besorgungen zu erledigen. Somit ist sie sogar auÃerordentlich belastbar. Weiter ist dargelegt, dass sie Saxophon im Orchester spielt, dort Aufgaben im Vorstand wahrnimmt sowie gerne Musik hÃ¶rt. Weiter sind regelmÃ¤Ãige Urlaubsreisen beschrieben worden, sodass eine relevante EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit nach den eigenen Erhebungen des SachverstÃ¤ndigen gerade nicht objektiviert ist, woraus dieser aber nicht die erforderlichen Schlussfolgerungen zieht. Seine rechtliche Bewertung der HÃ¶he von Teil-GdB und Gesamt-GdB beruhen damit auf einer unzureichenden

WÃ¼rdigung der AnknÃ¼pfungstatsachen, sind unschlÃ¼ssig und kÃ¶nnen deshalb nicht Ã¼berzeugen.

Soweit die KlÃ¤gerin dem SachverstÃ¤ndigen J1 erstmals Ã¼ber seit Jahren bestehende Kopfschmerzen berichtet hat, rechtfertigt sich hieraus die Annahme eines Teil-GdB (vgl. zur MigrÃ¤ne VG, Teil B, Nr. 2.3) nicht. Der SachverstÃ¤ndige stÃ¼tzt sich hier nur auf ihre subjektiven Angaben, ohne dies zu hinterfragen und dies, obwohl er selbst darauf hingewiesen hat, dass sich nach Aktenlage weder Befunde noch Beschwerdeangaben finden. Das wÃ¼rdigt er aber nicht, obzwar kein Grund ersichtlich ist, warum sie darÃ¼ber bei den zahlreichen Behandlungen nicht hÃ¤tte berichten sollen. Anhaltspunkte fÃ¼r LeistungseinschrÃ¤nkungen aufgrund einer Kopfschmerzsymptomatik ergeben sich aus
dem Rehabilitationsentlassungsbericht nicht, wo dies aber angesichts der lÃ¤ngeren Verlaufsbeobachtung hÃ¤tte auffallen mÃ¼ssen. Solche sind angesichts des der KlÃ¤gerin mÃ¶glichen Tagesablaufs (dazu im Einzelnen oben) nicht plausibel. Eine fachÃ¤rztliche Diagnostik ist ebenso wenig ersichtlich wie eine medikamentÃ¶se Behandlungsnotwendigkeit. Ein weiterer Teil-GdB von 30, der bei diesem Krankheitsbild ohnehin nur bei einer massiven Problematik in dieser HÃ¶he in Betracht kommt, wie der SachverstÃ¤ndige meint, kommt somit mangels tragender Befunde schon nicht in Betracht. Es kann daher dahinstehen, wie sich ein solcher auf die GdB-Bildung im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ auswirken wÃ¼rde.

Im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ ist kein Teil-GdB begrÃ¼ndet.

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.

Hiervon ausgehend sind wenigstens mittelgradige FunktionseinschrÃ¤nkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt nicht objektiviert. Vielmehr entnimmt der Senat dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik B1, das sich an der WirbelsÃ¤ule der KlÃ¤gerin keine abnormen Verbiegungen zeigten, diese auch frei beweglich war und

sich Motorik und SensibilitÃ¤t unauffÃ¤llig darstellten. Passend hierzu beschreibt der im Berufungsverfahren vorgelegte Befund der MRT der LWS vom 20. Januar 2022 keine Wurzelkompressionen. Diese objektivierten, nicht pathologischen Befunde, werden, entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin, nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Rehabilitationsbehandlung keinen orthopÃ¤dischen Schwerpunkt gehabt haben mag. Das ist aber nicht erforderlich, denn in aller Regel wird in einer Rehabilitationsklinik der gesundheitliche Status des Patienten umfassend erhoben, weil daraus RÃ¼ckschlÃ¼sse auf den jeweiligen Behandlungsbedarf gezogen werden mÃ¼ssen. So hat es sich auch im Falle der KlÃ¤gerin gestaltet. Ihre orthopÃ¤dischen Befunde sind tatsÃ¤chlich Ã¤rztlich erhoben worden. Nichts Anderes folgt daraus, dass J1 BewegungseinschrÃ¤nkungen in einzelnen Bewegungsrichtungen gesehen hat. Dies gilt schon deshalb nicht, da er der von ihm gesehenen MobilitÃ¤t gerade keinen funktionellen OrganschÃ¤den zuschreibt, sondern dem von ihm beschriebenen Schmerzsyndrom. Eine gesonderte Bewertung neben dem Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ scheidet damit auch mit dem SachverstÃ¤ndigen aus.

Im Funktionssystem â□□Harnorganeâ□□ wird ein Teil-GdB von 20 ebenfalls nicht erreicht. Soweit ein Nierensteinleiden beschrieben wird, hat Z1 versorgungsÃ¤rztlich Ã¼berzeugend dargelegt, dass diese Erkrankung bei der KlÃ¤gerin kein GdB-relevantes AusmaÃ□ erreicht. Daneben ist in Rechnung zu stellen, dass nach den VG, Teil B, Nr. 12.1.1 ein Nierensteinleiden ohne FunktionseinschrÃ¤nkung der Niere erst dann mit einem Teil-GdB von 20 bis 30 zu bewerten sein kann, wenn es zu hÃ¤ufigen Koliken, Intervallbeschwerden und wiederholten Harnwegsinfekten kommt, was bei der KlÃ¤gerin in keiner Weise objektiviert ist. Vielmehr ist dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik B1 zu entnehmen, dass die Harnblase sogar ohne Befund gewesen ist, sich bei erkennbarem Nierenstein keine Stauung oder Infektzeichen ergaben. Auf eine Ermittlung der Ursache fÃ¼r das Entstehen des Nierensteines kommt es, entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin, nicht an, ebenso nicht darauf, dass eine weitere CT durchgefÃ¼hrt wurde, zumal es nach den VG nicht auf die bildgebenden Befunde, sondern ausschlieÃ□lich funktionale Befunde ankommt. Denn bei der GdB-Bewertung sind nicht die Ursachen, sondern die Auswirkungen der festgestellten Behinderungen auf die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft maÃ□geblich (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2022 â□□ B 9 SB 4/21 R â□□, SozR 4-3250 Â§ 152 Nr. 4, Rz. 38). Solche FunktionseinschrÃ¤nkungen sind gerade nicht beschrieben worden, was die versorgungsÃ¤rztliche EinschÃ¤tzung stÃ¼tzt. Diese wird ebenfalls durch den im Berufungsverfahren vorgelegten Befund des urologischen Zentrums M3 vom 15. September 2023 belegt, wonach sich die KlÃ¤gerin beschwerdefrei bei unauffÃ¤lliger Miktionsfrequenz zur Untersuchung vorgestellt hat. Das Abdomen wird als weich, die Nierenlager als beidseits frei beschrieben, also erneut ohne pathologischen Befund. Nichts anderes ergibt sich aufgrund des in der mÃ¼ndlichen Verhandlung mitgeteilten Ergebnis der ganz aktuellen CT. Dass dort operationsbedÃ¼rftige Nierensteine mit einer GrÃ¶Ã□e von 17 mm gesehen worden sind, erweist sich nicht als GdB-relevant, sondern belegt nur einen aktuellen Operationsbedarf, nÃ¤mlich die erforderliche ZertrÃ¼mmerung der Steine, die aufgrund ihrer GrÃ¶Ã□e nicht normal durch die Harnleiter abgehen kÃ¶nnen. Nachdem weiter angegeben wurde, dass die Harnblase normal gefÃ¼llt

gewesen ist, arbeitet die Niere weiterhin korrekt, also ohne Anhaltspunkte fÃ¼r relevante FunktionseinschrÃ¤nkungen, es hat sich insoweit schon kein von den Vorbefunden abweichender Befund ergeben. Anhaltspunkte fÃ¼r die eine NierenfunktionseinschrÃ¤nkung bestehen damit weiterhin nicht, worauf auch der Beklagte in der mÃ¼ndlichen Verhandlung hingewiesen hat.
Â
Weiter ist kein Teil-GdB im Funktionssystem â□□Herz und Kreislaufâ□□ (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.1) begrÃ¼ndet. Dem Arztbericht des M1 entnimmt der Senat vielmehr, dass sich bei der KlÃ¤gerin ein echokardiographischer Normalbefund zeigte. Dieser unauffÃ¤llige Befund hat sich zuletzt in der Rehabilitationsklinik B1 bestÃ¤tigt, die ebenfalls keine kardiopulmonalen Dekompensationszeichen gesehen hat. Daneben folgt schon aus dem Befundschein des K1, dass die arterielle Hypertonie (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.3) medikamentÃ¶s eingestellt ist und keine Dokumentation von Messwerten vorliegt, aus denen sich ein diastolischer Blutdruck von mehrfach Ã¼ber 100 mmHg ableiten lÃ¤sst. Organbeteiligungen oder OrganschÃ¤den hat der Internist ebenfalls nicht erhoben.

Daraus, dass der K1 in seinem Attest vom 3. Juni 2024 ein Lip-/LymphÃ¶dem beschrieben und Kompressionsbandagen verordnet hat, folgt nicht anderes. B4 hat hinsichtlich dieser Befunde versorgungsÃ¤rztlich nÃ¤mlich zu Recht darauf hingewiesen, dass wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Rehabilitation gerade keine pathologischen Befunde an den Beinen erhoben worden sind, sondern ein regelrechter Zustand beschrieben ist. Ebenso fÃ¼hrt B4 zutreffend aus, dass das UniversitÃ¤tsklinikum F1 am 19. Juli 2023 keine pathologischen Befunde im Bereich der Beine erhoben, sondern ausdrÃ¼cklich festgehalten hat, dass sich bei der kÃ¶rperlichen Untersuchung keine BeinÃ¶deme zeigten. Dass keine Untersuchung erfolgt wÃ¤re, wie die KlÃ¤gerin behauptet, trifft nach dem von ihr selbst vorgelegten Bericht somit nicht zu. Die Befunde widerlegen weiter ihr Vorbringen, dass die FunktionseinschrÃ¤nkungen bereits seit Jahren bestÃ¼nden und nur von keinem Untersucher behandelt worden seien. TatsÃ¤chlich haben sich bei den Ã¤rztlichen Untersuchungen keine pathologischen Befunde sichern lassen, sodass keine dauerhaften stÃ¤rkergradigen FunktionseinschrÃ¤nkungen objektiviert sind. Ein hÃ¶herer Teil-GdB als 10 (vgl. VG, Teil B, Nr. 9.2.3), wie ihn auch B4 eingeschÃ¤tzt hat, lÃ¤sst sich aber nicht begrÃ¼nden.

Letztlich besteht aufgrund der in den MRT beschriebenen KnorpelschÃ¤den am Kniegelenk kein Teil-GdB von wenigstens 20 im Funktionssystem â□□Beineâ□□ (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14), nachdem die Rehabilitationsklinik B1 Gelenkschwellungen ausdrÃ¼cklich ausgeschlossen hat, sodass sich keine klinischen Zeichen anhaltender Reizerscheinungen ergaben. Eine BewegungseinschrÃ¤nkung der Knie ist ebenfalls nicht dokumentiert.

Aus den Teil-GdB von 20 im Funktionssystem â□□Verdauungâ□□ und 20 im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ lÃ¤sst sich bereits der vom Beklagten festgestellte Gesamt-GdB von 40 nicht bilden. Daraus folgt gleichzeitig, dass sich eine andere Beurteilung im Sinne einer Schwerbehinderung auch dann nicht ergibt, wenn mit dem SachverstÃ¤ndigen J1 und der versorgungsÃ¤rztlichen EinschÃ¤tzung im Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ ein Teil-

GdB von 30 angenommen wird.

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: 24.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024