S 19 SB 2544/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	8.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Ist eine rückwirkende Feststellung für eine Zeit vor der Antragstellung (vorliegend hinsichtlich des Grades der Behinderung nach § 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX in der vom 01.01.2018 bis 31.12.2023 geltenden Normfassung des Bundesteilhabegesetzes) beantragt und in der betreffenden Rechtsgrundlage geregelt, so richtet sich auch diese rückwirkende Feststellung grundsätzlich nach der ab Antragstellung geltenden Fassung der Rechtsgrundlage. 2. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind angesichts des in ihrer Fortentwicklung auch einbezogenen medizinischen Fortschritts stets – auch bei rückwirkenden Feststellungen für die Vergangenheit – in der für den betreffenden Zeitraum maßgeblichen Fassung anzuwenden. 3. Ein Grad der Behinderung von 40 nach Teil B Nr. 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze setzt grundsätzlich kumulativ eine an der Grenze zur schweren Störung bestehende Einschränkung sowohl der Erlebnisfähigkeit als auch der Gestaltungsfähigkeit voraus; an einer derartigen Beeinträchtigung letzterer fehlt es etwa regelmäßig ohne nachgewiesene höhergradige Einschränkungen in der Alltagsgestaltung.
Normenkette	SGB 9 § 152 Abs 1 SGB 9 § 152 Abs 1 aF SGB 10 § 48 Abs 1 S 1

	VersMedV Anlage zu § 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 19 SB 2544/20
Datum	17.03.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 SB 1175/22
Datum	14.06.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 17.03.2022 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Streitig ist zwischen den Beteiligten die HÃ¶he des beim KlÃ¤ger festzustellenden Grades der Behinderung (GdB).

Der KlÃ¤ger ist 1973 geboren. Er ist ursprÃ¼nglich ausgebildeter Gas- und Wasserinstallateur und seit 1997 als Instandhalter mit Reparaturen von Anlagen und Maschinen im D1-Werk M1 beschÃ¤ftigt. Er war vormals 3-mal verheiratet, nach seinen Angaben gegenÃ¼ber dem Gutachter H1 ist die dritte Ehe im Oktober 2023 geschieden worden. Im Jahr 2022 ist der KlÃ¤ger ausweislich seiner Angaben bei H1 wÃ¤hrend einer kurzen anderen Beziehung Vater geworden, sein Sohn lebt bei der Mutter.

Bereits mit Bescheid des Landratsamtes R1 vom 15.10.2012 wurde beim KlÃ¤ger auf dessen Antrag vom 29.08.2012 unter Aufhebung eines vormaligen Feststellungsbescheides vom 08.01.2009 ein GdB von 40 seit 29.08.2012 festgestellt. Dabei wurden an FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit WirbelsÃ¤ulenverformung, Bandscheibenschaden und Schulter-Arm-Syndrom, eine FunktionsstÃ¶rung durch beidseitige FuÃfehlform mit GebrauchseinschrÃ¤nkung beider FÃ¼Ãe sowie ein Kopfschmerzsyndrom mit seelischer StÃ¶rung berÃ¼cksichtigt. Zugrunde lag der Entscheidung eine gutachtliche versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme durch S1 vom 04.10.2012, wonach unter Auswertung der vorhandenen Ã¤rztlichen Unterlagen fÃ¼r das WirbelsÃ¤ulenleiden ein GdB von 30, fÃ¼r die BeeintrÃ¤chtigung der FÃ¼Ãe ein GdB von 10 und fÃ¼r die seelische StÃ¶rung mit Kopfschmerzsyndrom ein GdB von 20 vorgeschlagen wurden.

In der Folge wurden mit Bescheid des Landratsamtes R1 vom 18.03.2013 ein

ergÃ¤nzender Antrag vom 21.12.2012 u.a. auf rÃ¼ckwirkende GdB-Feststellung, mit Bescheid des Landratsamtes R1 vom 30.08.2016 ein Neufeststellungsantrag vom 21.06.2016 und mit Bescheid des Landratsamtes R1 vom 22.05.2018 ein Neufeststellungsantrag vom 05.12.2017 abgelehnt. An medizinischen Unterlagen fÃ¼r die Zeit nach 2012 gelangten dabei Befundberichte der Gemeinschaftspraxis S2, B1 und R2 vom 22.04.2013 (Diagnosen: Prellung der Schulter und des Oberarmes; Z.n. Operation rechts [Schulter]), des S3 vom 24.03.2016 (Diagnose: AnpassungsstÃ¶rung mit depressiver Komponente), des Radiologie-Zentrums M1 vom 17.05.2016 (MRT des Kopfes), des L1 vom 30.05.2016 (Diagnose: dringender V.a. craniomandibulÃ¤re Dysfunktion mit pseudoradikulÃ¤rer Beschwerdesymptomatik, Bruxismus und Malocclusion), des Radiologie-Zentrums M1 vom 16.06.2016 (CT der NasennebenhÃ¶hlen), des S3 vom 24.07.2016 (Diagnose: AnpassungsstÃ¶rung mit depressiver Komponente), der S4 vom 11.08.2017 (Diagnosen: undifferenzierte Polyarthralgien ohne sichere entzÃ¼ndliche Genese; Z.n. Operation Schultergelenk rechts bei Luxation [2002]), des S3 vom 28.09.2017 (bekannte depressive Entwicklung im Rahmen von BelastungszustÃ¤nden beruflich), der Radiologie Nuklearmedizin M1 vom 24.08.2017 (MRT der BWS) sowie des M2 vom 28.08.2017 (Diagnosen: nicht nÃ¤her bezeichnete Osteochondrose der WirbelsÃ¤ule im Zervikalbereich; sonstige Spondylose im Lumbalbereich) zu den Akten.

Am 17.12.2018 ging beim Landratsamt R1 erneut ein Neufeststellungsantrag des KlÃ¤gers mit dem Begehren einer rÃ¼ckwirkenden ErhÃ¶hung des GdB ab 2016 ein. Vorgelegt wurden zunÃ¤chst Befundberichte des L1 vom 22.10.2018 (Diagnosen: Zervikalsyndrom; Zervikobrachialsymptomatik; CMD; CVD; statisch-dynamische Beschwerdesymptomatik; WirbelsÃ¤ulendegeneration HWS/LWS; Fehlstatik der WirbelsÃ¤ule; BeschwerdefÃ¼hrung mit Blockierungen) und des S3 vom 04.12.2018 (zuletzt chronische affektive StÃ¶rung i.S. einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und einer depressiven Entwicklung). In einem ergÃ¤nzend am 20.01.2019 ausgefÃ¼llten Antragsformular gab der KlÃ¤ger an verschlimmerten oder neu aufgetretenen GesundheitsstÃ¶rungen dauernd anhaltende Schmerzen in GesÃ¤Ã, HÃ¼fte, Hals-, Brust- und LendenwirbelsÃ¤ule, dauernd anhaltende und teilweise starke Schmerzen an Nacken, Kopf, RÃ¼cken, Kreuz, Gelenken, Schulter, Arm, Stirn, Wangen, Gesicht usw., OhrgerÃ¤usche, Schwindel und NasennebenhÃ¶hlenentzÃ¼ndungen, stÃ¤ndige Kiefer- und Gebissschmerzen mit ZÃ¤hneknirschen, stÃ¤ndige BlÃ¤hung im Magen sowie SchlafstÃ¶rungen mit TagesmÃ¼digkeit, Ãngsten und ErschÃ¶pfung an. Das Landratsamt zog weitere Befundberichte des Z1 vom 13.10.2017 (Diagnosen: Ausschluss eines gastroduodenalen Ulkus und einer Helicobacter-pylori-Infektion), der MKG R3 vom 04.04.2018 (Diagnose: radikulÃ¤re Zysten in regio 25 und 26), des Radiologie-Zentrums M1 vom 04.05.2018 (CT der NasennebenhÃ¶hlen) und der M1 (Diagnose: chronisch-hyperplastische Sinusitis mit deutlichen regressiven VerÃ¤nderungen und herausgelÃ¶sten Cholesterinnadeln mit umgebender FremdkÃ¶rperreaktion ohne Gewebseosinophilie und ohne Anhalt fÃ¼r MalignitÃ¤t) bei.

In einer gutachtlichen versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 05.03.2019 wertete S1 die weiteren Unterlagen aus und schlug unter BerÃ¼cksichtigung eines GdB von 30 fÃ¼r degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit

WirbelsÃ¤ulenverformung, Bandscheibenschaden und Schulter-Arm-Syndrom, eines GdB von 10 fÃ¼r eine FunktionsstÃ¶rung durch beidseitige FuÃfehlform mit GebrauchseinschrÃ¤nkung beider FÃ¼Ãe und eines GdB von 20 fÃ¼r ein Kopfschmerzsyndrom und eine seelische StÃ¶rung weiterhin einen Gesamt-GdB von 40 vor. Eine SchwerhÃ¶rigkeit rechtfertige keinen GdB von mindestens 10. Nach Vorlage eines Befundberichtes des M2 vom 15.02.2019 (Diagnosen: Osteochondrose L3/L4 mit Bandscheibenprotrusion; weitere Bandscheibenprotrusion L5/S1; ISG-Arthrose) hielt S1 am 12.03.2019 an seinem Bewertungsvorschlag fest.

Mit Bescheid des Landratsamtes R1 vom 18.03.2019 wurde der Neufeststellungsantrag dementsprechend abgelehnt, da eine wesentliche Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des KlÃ¤gers und der damit einhergehenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen nicht eingetreten sei.

Hiergegen erhob der KlÃ¤ger am 27.03.2019 zur Niederschrift beim Landratsamt R1 Widerspruch. Zur BegrÃ¼ndung wurde vorgetragen, der KlÃ¤ger und seine behandelnden Ãrzte seien der Auffassung, dass die GesundheitseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers nicht ausreichend berÃ¼cksichtigt worden seien. Dies gelte insbesondere fÃ¼r die seelische StÃ¶rung/Depression. Insgesamt sei ein GdB von 50 gegeben. Das Landratsamt zog weitere Befundberichte des S5 vom 06.02.2020 (seit 02.06.2016 durchgefÃ¼hrte Psychotherapie sei weiterhin indiziert und werde fortgesetzt), des Y1 (Lumboischialgie bei BSV L5/S1; HWS-Schulter-Arm-Syndrom; MigrÃ¤ne; Tinnitus, Vertigo; Klagen Ã¼ber ErektionsstÃ¶rung/Lustlosigkeit), der S4 vom 21.04.2020 (Diagnosen: chronifiziertes Schmerzsyndrom; chronische Lumbalgien bei aktivierter Osteochondrose L3/L4 und kleinem zentralen NPP L5/S1; Ausschluss Sakroiliitis bei negativem HLA-B27; Depression; Z.n. Operation Schultergelenk rechts bei Luxation [2002]), des Radiologie-Zentrums M1 vom 18.07.2019 (MRT der LWS), des M2 vom 03.09.2019 und vom 24.04.2020 (Diagnosen: ISG-Syndrom links; Bandscheibenprotrusionen der unteren drei Segmente; Osteochondrose L3/L4 mit Bandscheibenprotrusion; Kyphose als HaltungsstÃ¶rung mit nicht nÃ¤her bezeichneter Lokalisation), des S3 vom 06.05.2020, vom 09.05.2020 und vom 13.05.2020 (chronische affektive StÃ¶rung i.S. einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und einer depressiven Entwicklung mit 2019 und 2020 unverÃ¤nderter klinischer Konstellation, Behandlung mit Psychotherapie und mit Sertralin), der S6 vom 08.05.2020 (keine Vorstellung wegen Tinnitus nach 05/2016, Schwindel ohne Anhalt fÃ¼r otogene Ursache, NasennebenhÃ¶hlenbeschwerden zuletzt mit Pansinusoperation 06/2018) sowie der OrthopÃ¤dischen Klinik M3 vom 24.06.2020 (Diagnosen: Lumboischialgie bei Osteochondrose L3/L4 und NPP L5/S1) und des L1 vom 08.04.2020 (Diagnosen: craniomandibulÃ¤re Dysfunktion mit pseudoradikulÃ¤rer Beschwerdesymptomatik; Bruxismus mit Abrasionsgebiss; Malocclusion; Zervikalsyndrom; Zervikobrachialsymptomatik; statisch-dynamische Beschwerdesymptomatik; WirbelsÃ¤ulendegeneration HWS/LWS; Fehlstatik WirbelsÃ¤ule; BeschwerdefÃ¼hrung mit Blockierungen mit massiven MuskelhÃ¤rten HWS, Schultern, LWS; Lumbalsyndrom; psychoreaktive Beschwerdesymptomatik; kleiner NPP L5/S1 ohne Wurzelaffektion; aktivierte Osteochondritis intervertebralis L3/L4; chronische Diskopathie; hochgradige BelastungsstÃ¶rungen im psychosomatischen

Sektor; Belastung durch Mobbing durch Arbeitgeber; Senk-SpreizfuÃ bildung beidseits) bei.

In einer gutachtlichen versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 02.09.2020 wertete B2 die weiteren beigezogenen Unterlagen aus und gelangte weiterhin zu einem Gesamt-GdB von 40. GegenÃ¼ber der vorherigen Stellungnahme durch S1 wurde lediglich ein Tinnitus mit einem GdB von 10 zusÃ¤tzlich berÃ¼cksichtigt, fÃ¼r SchwerhÃ¶rigkeit und operierte Zysten wurde kein GdB von mindestens 10 berÃ¼cksichtigt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.10.2020 wies der Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 18.03.2019 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Eine wesentliche Ã nderung im Vergleich zum 15.10.2012 sei nicht festzustellen. Auch soweit zwischenzeitlich weitere FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen berÃ¼cksichtigt seien (u.a. Tinnitus), ergebe sich daraus kein hÃ¶herer Gesamt-GdB.

Am 08.10.2020 hat die vormalige ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und beantragt, den Beklagten zu verurteilen, den Bescheid vom 18.03.2019 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 01.10.2020 abzuÃ¤ndern und bei dem KlÃ¤ger einen GdB von mindestens 50 anzuerkennen. Zur BegrÃ¼ndung ist im Wesentlichen auf die BegrÃ¼ndung im Widerspruchsverfahren verwiesen worden. Insbesondere die seelische StÃ¶rung und die Depression seien nicht ausreichend bewertet worden. Zudem ist ein Bericht Ã¼ber eine Polysomnographie vom 06./07.11.2020 mit der Feststellung eines signifikanten Ã¼berwiegend obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms vorgelegt worden.

Das SG hat sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte des S5, des S3 und des Y1 eingeholt.

S5 hat in einer schriftlichen Auskunft vom 22.01.2021 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung des KlÃ¤gers seit Juni 2016 Ã¼ber insgesamt 65 verhaltenstherapeutische Sitzungen angegeben, 20 weitere Sitzungen seien bereits genehmigt. An Diagnosen hat er eine AnpassungsstÃ¶rung mit lÃ¤ngerer depressiver Reaktion und eine narzisstische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mitgeteilt.

S3 hat in einer schriftlichen Auskunft vom 30.01.2021 fÃ¼r die Zeit ab Juni 2018 eine regelmÃ¤Ã ige Behandlung des KlÃ¤gers mit 1-2 Behandlungskontakten pro Quartal angegeben. Es bestehe eine chronische affektive StÃ¶rung i.S. einer rezidivierenden depressiven StÃ¶rung und depressiven Entwicklung, die gesamte StÃ¶rung der Angst und DepressivitÃ¤t sei auf eine schwere reaktive depressive StÃ¶rung zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Aus psychiatrischer Sicht seien vom Beklagten bereits alle Behinderungen aufgefÃ¼hrt. Eventuell werde ein Restless-legs-Syndrom noch diagnostiziert und ein Lungenarzt sei involviert. Die psychische StÃ¶rung sei mit einem GdB von 30 zu bewerten und der Gesamt-GdB mit 50 anzusetzen.

Y1 hat in einer schriftlichen Auskunft vom 03.03.2021 eine hausÃ¤rztliche Behandlung des KlÃ¤gers seit 1999 angegeben. An GesundheitsstÃ¶rungen hat er

eine depressive StÃ¶rung als mittelgradige Episode, ein Schlafapnoe-Syndrom, einen Bandscheibenvorfall L5/S1, eine BWS-Skoliose, einen Morbus Scheuermann und eine Pollakisurie angegeben. Die seelische StÃ¶rung sollte hÃ¶her bewertet werden, im Ãbrigen sei die Bewertung durch den Beklagten nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat unter Vorlage einer versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme durch B3 vom 26.05.2021 an seiner Beurteilung festgehalten. Darin ist eine Anpassung der Teil-GdB-Werte vorgeschlagen worden, indem die seelische StÃ¶rung mit chronischem Schmerzsyndrom mit einem GdB von 30, das WirbelsÃ¤ulenleiden mit einem GdB von 20, das Schlafapnoe-Syndrom mit einem GdB von 20 sowie die BeeintrÃ¤chtigungen der FÃ¼Ãe, das Kopfschmerzsyndrom und die OhrgerÃ¤usche jeweils mit einem GdB von 10 zu bewerten seien.

Das SG hat von Amts wegen ein Gutachten des S7 vom 13.08.2021 eingeholt. Dieser hat beim KlÃ¤ger an GesundheitsstÃ¶rungen eine Funktionsminderung der WirbelsÃ¤ule bei initialen degenerativen Aufbraucherscheinungen monosegmental C6/C7 mit Streckfehlhaltung, monosegmentaler mittelgradig aktivierter Osteochondrose und Spondylose L3/L4 sowie MRT-gesichertem kleinem NPP L5/S1 mit insgesamt geringen funktionellen EinschrÃ¤nkungen, eine FuÃfehlform beidseits mit Fersensporn beidseits, eine beginnende Koxarthrose Stadium I nach Kellgren beidseits ohne relevante funktionelle EinschrÃ¤nkungen sowie eine operativ erfolgte Schulterstabilisierung rechts bei rezidivierenden Schultergelenksluxationen rechts mit sehr gutem postoperativen Ergebnis (stabil und frei beweglich) diagnostiziert. Das WirbelsÃ¤ulenleiden kÃ¶nne wohlwollend mit einem GdB von 20 bewertet werden, fÃ¼r die BeeintrÃ¤chtigung der FÃ¼Ãe sei ein GdB von 10 angemessen. Die Leiden im Bereich der HÃ¼fte und der Schulter seien nicht mit einem GdB von mindestens 10 zu bewerten. Insgesamt sei ein GdB von 40 angemessen. Ein Gutachten auf einem anderen Fachgebiet sei nicht erforderlich.

Nach AnhÃ¶rung mit Schreiben vom 11.11.2021 hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 17.03.2022 die Klage abgewiesen. FÃ¼r die seelische StÃ¶rung sei in Ãbereinstimmung mit dem behandelnden S3 ein GdB von 30 angemessen. Im Bereich der WirbelsÃ¤ule bestehe ein GdB von 20 und im Bereich der FÃ¼Ãe ein GdB von 10. Das Schlafapnoe-Syndrom rechtfertige einen GdB von 20. Insgesamt sei ein GdB von 40 angemessen, da bei den sich insbesondere in Schmerzen Ã¤uÃernden WirbelsÃ¤ulenbeschwerden eine Ãberschneidung mit den psychischen Beschwerden bestehe. Der Gerichtsbescheid ist der vormaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers am 21.03.2022 zugestellt worden.

Am 20.04.2022 hat der KlÃ¤ger beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg gegen den Gerichtsbescheid des SG Berufung eingelegt. Zur BegrÃ¼ndung hat die neue ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers ausgefÃ¼hrt, beim KlÃ¤ger bestehe eine seelische Erkrankung mit Angst, Depression und AnpassungsstÃ¶rung. Zudem leide er an einer Schmerzerkrankung bei VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule, einer FuÃfehlform mit Fersensporn beidseits, einer beginnenden Koxarthrose, einem Z.n. Schulterstabilisierung, MigrÃ¤ne und einer Schlafapnoe. Seit ein paar Jahren sei ihm zunehmend schwindlig und er leide

unter Tinnitus und leichter hochtonbetonter SchwerhÃ¶rigkeit, wofÃ¼r jeweils ein GdB anzusetzen sei. Unter Vorlage eines Befundberichtes derÂ H2 vom 13.07.2022 sei der Schwindel dem HalswirbelsÃ¤ulenleiden zuzuordnen, ein GdB von 30 fÃ¼r die WirbelsÃ¤ule erscheine angemessen. Neurologisch-psychiatrisch bestehe ein GdB von 40, sodass sich insgesamt ein GdB von 50 ergebe.

Der KlÃ¤ger beantragt,

unter Ãnderung des Gerichtsbescheids vom 17.03.2022 sowie unter Ãnderung des Bescheides des Beklagten vom 18.03.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.10.2020 beim KlÃ¤ger einen GdB von 50 anzuerkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Von KlÃ¤gerseite ist ein Attest des S3 vom 07.02.2023 vorgelegt worden. Der Senat hat erneute sachverstÃ¤ndige ZeugenauskÃ¼nfte des S5 und des S3 eingeholt.

S5 hat in einer schriftlichen Auskunft vom 08.03.2023 angegeben, es seien nunmehr 84 Sitzungen durchgefÃ¼hrt worden und weitere 20 Sitzungen wegen einer gegenwÃ¤rtigen beruflichen Belastungssituation und akuter Eheprobleme indiziert. Die vorliegenden Symptome seien als mittelschwer einzustufen, eine signifikante VerÃ¤nderung hinsichtlich des psychischen Gesamtbeschwerdebildes sei seit Therapiebeginn nicht eingetreten.

S3 hat in einer schriftlichen Auskunft vom 08.03.2023 bis Ende 2022 weiterhin etwa quartalsweise Termine und im ersten Quartal 2023 dann 4 Termine angegeben. Die anamnestischen Beschwerden seien unverÃ¤ndert. Mittlerweile bestehe auch eine familiÃ¤re Belastung mit Konflikten im hÃ¤uslichen Bereich. Die Beschwerden und die BeeintrÃ¤chtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft seien als schwer einzustufen.

Am 26.05.2023 ist vor der vormaligen Berichterstatterin ein Termin zur ErÃ¶rterung des Sachverhalts durchgefÃ¼hrt worden.

Auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat ein Gutachten des H1 vom 26.02.2024 eingeholt. Dieser hat beim KlÃ¤ger an GesundheitsstÃ¶rungen eine depressiv-narzisstische PersÃ¶nlichkeitsentwicklung und eine Dysthymia im Sinne einer chronischen depressiven Entwicklung diagnostiziert. HierfÃ¼r sei seit der letzten Antragstellung ein GdB von 40 angemessen. Insgesamt sei mindestens ein GdB von 50 anzunehmen.

Seitens der H2 sind in der Folge auf Anforderung des Senats noch die dortigen Behandlungsunterlagen vorgelegt worden.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 07.06.2024 unter Vorlage einer

versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme durch H3 vom 06.06.2024 ein Vergleichsangebot zur Feststellung eines GdB von 50 ab dem 26.02.2024 unterbreitet. Mit Schriftsatz vom 12.06.2024 hat die Prozessbevollmächtigte des KlÃ¤gers das Vergleichsangebot des Beklagten abgelehnt.

Zugleich hat die Prozessbevollmächtigte des KlÃ¤gers erklÃ¤rt, dass EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung besteht. Dies hat der Beklagte mit Schriftsatz vom 13.06.2024 ebenfalls erklÃ¤rt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die sozialgerichtlichen Akten beider RechtszÃ¼ge sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die nach Â§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten nach Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet, ist gemÃ¤Ã Â§ 143 SGG statthaft und zulÃ¤ssig.

Streitgegenstand ist das Begehren des KlÃ¤gers nach Feststellung eines GdB von 50. In Ermangelung eines im Klage- und im Berufungsantrag konkret angegebenen Zeitpunktes, ab wann diese Feststellung begehrt wird, ist der Antrag im Sinne der MeistbegÃ¼nstigung dahingehend auszulegen, dass eine entsprechende Feststellung entsprechend dem handschriftlichen Vermerk auf dem Neufeststellungsantrag vom 17.12.2018 rÃ¼ckwirkend ab 2016 begehrt wird. Statthaft ist hierfÃ¼r die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 Satz 1, Â§ 56 SGG), die unter Aufhebung des Bescheides des Landratsamtes R1 vom 18.03.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.10.2020 auf Verpflichtung des Beklagten zum Erlass des begehrten Verwaltungsaktes auf Feststellung des hÃ¶heren GdB gerichtet ist.

Die Berufung des KlÃ¤gers ist nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat die â nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage â zulÃ¤ssige Klage zu Recht als unbegrÃ¼ndet abgewiesen. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch darauf, dass bei ihm unter AbÃ¤nderung der vormaligen GdB-Feststellung ein hÃ¶herer GdB als 40 seit 2016 festgestellt wird. MaÃgebender Zeitpunkt zur Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist hier der Zeitpunkt der Entscheidung des Senats am 14.06.2024 (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 08.12.1988 â 2 RU 83/87 â juris Rn. 17; BSG, Beschluss vom 09.12.2018 â B 9 SB 48/19 B â juris Rn. 8).

Rechtsgrundlage fÃ¼r eine HÃ¶herbewertung des beim KlÃ¤ger festgestellten GdB ist Â§ 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit Â§ 152 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Nach Â§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung â hier der vorangegangene Feststellungsbescheid des Landratsamtes R1 vom 15.10.2012 â mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen

VerhÃ¤ltnissen, die beim Erlass des Verwaltungsaktes vorgelegen haben, eine wesentliche Ãnderung eintritt. Eine wesentliche Ãnderung liegt insbesondere vor, wenn ab einem bestimmten Zeitpunkt ein Anspruch des Betroffenen auf Erlass eines Verwaltungsaktes mit anderem Inhalt â etwa auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB â besteht. In diesen FÃ¤llen ist der Ausgangsbescheid abzuÃ¤ndern; dies erfolgt durch eine Neubescheidung ab Bestehen des neuen Anspruchs unter Aufhebung des Ausgangsbescheids fÃ¼r die Zukunft, soweit die Feststellung eines hÃ¶heren GdB damals verneint wurde.

Eine solche wesentliche Ãnderung vermag der Senat im vorliegenden Fall nicht festzustellen, da der KlÃ¤ger keinen Anspruch auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40 hat.

Der Anspruch auf Feststellung des GdB richtet sich fÃ¼r den Zeitraum bis 31.12.2023 nach Â§ 152 und Â§ 2 SGB IX in der vom 01.01.2018 bis 31.12.2023 geltenden Normfassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 (BGBl. I, S. 3234) und fÃ¼r die Zeit seit dem 01.01.2024 nach Â§ 152 SGB IX in der seit dem 01.01.2024 geltenden Normfassung des Gesetzes zur FÃ¶rderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vom 06.06.2023 (BGBl. I, Nr. 146, S. 2) i.V.m. Â§ 2 SGB IX. Dies gilt auch, soweit der KlÃ¤ger eine rÃ¼ckwirkende GdB-Feststellung fÃ¼r die Zeit vor der Antragstellung vom 17.12.2018 bereits ab dem 01.01.2016 geltend macht. Nach den GrundsÃ¤tzen des intertemporalen Rechts ist die Entstehung und der Fortbestand sozialrechtlicher AnsprÃ¼che oder RechtsverhÃ¤ltnisse grundsÃ¤tzlich â soweit Ãbergangsregelungen fehlen â nach dem Recht zu beurteilen, das zur Zeit der anspruchsbegrÃ¼ndenden Ereignisse oder UmstÃ¤nde gegolten hat (vgl. BSG, Beschluss vom 12.08.2021 â B 9 SB 20/21 B â juris Rn. 6). Die MÃ¶glichkeit einer rÃ¼ckwirkenden Feststellung des GdB fÃ¼r Zeiten vor der Antragstellung ist allerdings in der im Zeitpunkt des Neufeststellungsantrags vom 17.12.2018 geltenden Normfassung des Â§ 152 Abs. 1 SGB IX â insbesondere in dessen Satz 2 â ausdrÃ¼cklich geregelt, sodass sich ein etwaiger Anspruch auf eine rÃ¼ckwirkende GdB-Feststellung fÃ¼r Zeiten vor der Antragstellung ebenfalls nach diesen ab dem Zeitpunkt des Neufeststellungsantrags geltenden Normfassungen richtet.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes (bis 31.12.2023) bzw. des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (seit 01.01.2024) 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 oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafÃ¼r ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird (Â§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Menschen mit Behinderungen sind gemÃ¤Ã Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX 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. Eine BeeintrÃ¤chtigung nach Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX liegt vor, wenn der KÃ¶rper- und Gesundheitszustand von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Â§

2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung 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 (Â§ 2 Abs. 2 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der bis 31.12.2023 geltenden Normfassung bzw. Â§ 152 Abs. 1 Satz 4 SGB IX in der seit 01.01.2024 geltenden Normfassung). Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (Â§ 152 Abs. 1 Satz 6 SGB IX in der bis 31.12.2023 geltenden Normfassung bzw. Â§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der seit 01.01.2024 geltenden Normfassung). Liegen mehrere BeeintrÃ¤chtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der BeeintrÃ¤chtigungen in ihrer Gesamtheit unter BerÃ¼cksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt (Â§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX).

Das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales wird ermÃ¤chtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃ¤tze aufzustellen, die fÃ¼r die Bewertung des GdB, die Kriterien fÃ¼r die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind (Â§Â 153 Abs. 2 SGB IX). Da noch keine Verordnung nach Â§ 153 Abs. 2 SGB IX erlassen ist, gelten die MaÃstÃ¤be des Â§ 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der auf Grund des Â§Â 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend (Â§ 241 Abs. 5 SGB IX in der seit 01.01.2018 geltenden Normfassung). Hierbei handelt es sich um die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) in der vom 17.10.2012 bis 29.12.2016 geltenden Normfassung der FÃ¼nften Verordnung zur Ãnderung der VersMedV vom 11.10.2012 (BGBl. I, S. 2122), der vom 30.12.2016 bis 31.12.2017 geltenden Normfassung des BTHG vom 23.12.2016 (BGBl. I, S.Â 3234), der vom 01.01.2018 bis 19.12.2019 geltenden Normfassung des Gesetzes zur Ãnderung des BVG und anderer Vorschriften vom 17.07.2017 (BGBl. I, S. 2541), der vom 20.12.2019 bis 31.12.2023 geltenden Normfassung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen EntschÃ¤digungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I S. 2652, 2702) und der seit 01.01.2024 geltenden Normfassung des Gesetzes zur FÃ¶rderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vom 06.06.2023 (BGBl. I, Nr. 146, S. 6). Die GrundsÃ¤tze zur Feststellung des GdB sind in der Anlage zu Â§ 2 VersMedV als Bestandteil dieser Verordnung festgelegt (vgl. Â§ 2 VersMedV). Die Versorgungsmedizinischen GrundsÃ¤tze (VG) werden teilhabeorientiert auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik unter BerÃ¼cksichtigung versorgungsmedizinischer Erfordernisse fortentwickelt (Â§ 153a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX in der seit 14.06.2023 geltenden Normfassung des Gesetzes zur FÃ¶rderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vom 06.06.2023 bzw. Â§ 2 Satz 2 VersMedV in der bis zum 13.06.2023 geltenden Normfassung). Angesichts dieser Fortentwicklung entsprechend auch dem medizinischen Fortschritt sind die VersMedV und insbesondere die GdB-Tabelle in deren Anlage stets â auch bei rÃ¼ckwirkenden Feststellungen fÃ¼r die Vergangenheit â in der fÃ¼r den betreffenden Zeitraum maÃgeblichen Fassung

anzuwenden.

Allgemein gilt, dass der GdB nach den gleichen GrundsÃ¤tzen wie der Grad der SchÃ¤digungsfolgen (GdS) bemessen wird, aber auf alle GesundheitsstÃ¶rungen unabhÃ¤ngig von ihrer Ursache, also final bezogen ist (Teil A Nr. 2 lit. a VG). Der GdB ist ein MaÃ fÃ¼r die kÃ¶rperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer FunktionsbeeintrÃ¤chtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens (Teil A Nr. 2 lit. a VG). Der GdB ist unabhÃ¤ngig vom ausgeÃ¼bten oder angestrebten Beruf zu beurteilen (Teil A Nr. 2 lit. b VG). Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenÃ¼ber dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand voraus (Teil A Nr. 2 lit. c VG). 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) bezeichnet werden (Teil A Nr. 2 lit. c VG).

Bei der nach Zehnergraden abgestuften Feststellung des GdB (vgl. Â§ 152 Abs. 1 Satz 4 SGB IX in der seit 01.01.2024 geltenden Normfassung) sollen im Allgemeinen die folgenden Funktions-systeme zusammenfassend beurteilt werden: Gehirn einschlieÃlich Psyche, Augen, Ohren, Atmung, Herz und Kreislauf, Verdauung, Harnorgane, Geschlechtsapparat, Haut, Blut einschlieÃlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem, innere Sekretion und Stoffwechsel, Arme, Beine, Rumpf (Teil A Nr. 2 lit. e VG). Die in der GdB-Tabelle niedergelegten SÃ¤tze berÃ¼cksichtigen bereits die Ã¼blichen seelischen Begleiterscheinungen (Teil A Nr. 2 lit. i VG). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich hÃ¶her als aufgrund der organischen VerÃ¤nderungen zu erwarten wÃ¤re, so ist ein hÃ¶herer GdB gerechtfertigt. VergleichsmaÃstab ist dabei nicht der behinderte Mensch, der Ã¼berhaupt nicht oder kaum unter seinem KÃ¶rperschaden leidet, sondern die allgemeine Ã¤rztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. AuÃergewÃ¶hnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive StÃ¶rungen in einer solchen AusprÃ¤gung vorliegen, dass eine spezielle Ã¤rztliche Behandlung dieser StÃ¶rungen â z.B. eine Psychotherapie â erforderlich ist (Teil A Nr. 2 lit. i VG). Die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte schlieÃen die Ã¼blicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berÃ¼cksichtigen auch erfahrungsgemÃ¤Ã besonders schmerzhafte ZustÃ¤nde (Teil A Nr. 2 lit. j VG). Ist nach Ort und AusmaÃ der pathologischen VerÃ¤nderungen eine Ã¼ber das Ã¼bliche MaÃ hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine Ã¤rztliche Behandlung erfordert, kÃ¶nnen hÃ¶here Werte angesetzt werden (Teil A Nr. 2 lit. j VG). Liegen mehrere FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen vor, so sind zwar Einzel-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen dÃ¼rfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden (Teil A Nr. 3 lit. a VG). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der FunktionsbeeintrÃ¤chtigung auszugehen, die den hÃ¶chsten Einzel-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 (Teil A Nr. 3 lit. c VG). Die Beziehungen der FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen zueinander kÃ¶nnen unterschiedlich sein (Teil A Nr. 3 lit. d VG): 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. Die Auswirkungen von FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen kÃ¶nnen sich Ã¼berschneiden. Die Auswirkungen einer FunktionsbeeintrÃ¤chtigung werden durch eine hinzutretende GesundheitsstÃ¶rung nicht verstÃ¤rkt. Von AusnahmefÃ¤llen abgesehen, fÃ¼hren leichte GesundheitsstÃ¶rungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des AusmaÃes der GesamtbeeintrÃ¤chtigung, auch nicht, wenn mehrere derartige leichte GesundheitsstÃ¶rungen nebeneinander bestehen (Teil A Nr. 3 lit. d sublit. ee Satz 1 VG). 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 (Teil A Nr. 3 lit. d sublit. ee Satz 2 VG).

Die auf diese Weise vorzunehmende Bemessung des GdB ist grundsÃ¤tzlich tatrichterliche Aufgabe, die in freier BeweiswÃ¼rdigung nach MaÃgabe der VG vorzunehmen ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 27.10.2022 â B 9 SB 4/21 R â juris Rn. 21 m.w.N.; BSG, Urteil vom 16.12.2021 â B 9 SB 6/19 R â juris Rn. 38 m.w.N.). Bei der rechtlichen Bewertung der Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind die Gerichte an die VorschlÃ¤ge der von ihnen gehÃ¶rten SachverstÃ¤ndigen nicht gebunden (vgl. BSG, Beschluss vom 04.05.2020 â B 9 SB 84/19 B â juris Rn. 6 m.w.N.).

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 Verwaltungsakts (vgl. BSG, Urteil vom 24.06.1998 â B 9 SB 17/97 R â juris Rn. 23). Der Einzel- bzw. Teil-GdB ist keiner eigenen Feststellung zugÃ¤nglich. Er erscheint nicht im VerfÃ¼gungssatz des Verwaltungsakts, ist nicht isoliert anfechtbar und erwÃ¤chst auch nicht in Bindung (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 05.05.1993 â 9/9a RVs 2/92 â juris Rn. 20; BSG, Beschluss vom 20.02.2019 â B 9 SB 67/18 B â juris Rn. 9).

Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen MaÃgaben und in Auswertung der vorliegenden medizinischen Unterlagen hat der KlÃ¤ger keinen Anspruch auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40. FÃ¼r die Zeit vor dem Neufeststellungsantrag vom 17.12.2018 ergibt sich dies bereits aus Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, wonach die GdB-Feststellung grundsÃ¤tzlich erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung folgt. Ein fÃ¼r eine GdB-Feststellung zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt nach Â§ 152 Abs.Â 1 Satz 2 SGB IX glaubhaft gemachtes besonderes Interesse ist nicht ersichtlich. Auch nach den materiellen Vorgaben der VG besteht

weder vor dem 17.12.2018 noch in der Zeit danach ein Anspruch des KlÃ¤gers auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40.

Die das Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers sind mit einem GdB von 10 zu bewerten.

Im Funktionssystem â□□Rumpfâ□□ besteht beim KlÃ¤ger eine Funktionsminderung der WirbelsÃ¤ule bei initialen degenerativen Aufbraucherscheinungen monosegmental C6/C7 mit Streckfehlhaltung, monosegmentaler mittelgradig aktivierter Osteochondrose und Spondylose L3/L4 sowie MRT-gesichertem kleinem NPP L5/S1 mit insgesamt geringen funktionellen EinschrÃ¤nkungen. Der Senat entnimmt dies dem schlÃ¼ssigen und Ã¼berzeugenden fachorthopÃ¤dischen Gutachten desÂ S7.

Nach Teil B Nr. 18.9 VG ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den (einschlieÃ□lich BandscheibenschÃ¤den, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem sogenannten Postdiskotomiesyndrom) primÃ¤r aus dem AusmaÃ□ der BewegungseinschrÃ¤nkung, der WirbelsÃ¤ulenverformung und -instabilitÃ¤t sowie aus der Anzahl der betroffenen WirbelsÃ¤ulenabschnitte. WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte WirbelsÃ¤ulensyndrome) sind mit einem GdB von 10 zu bewerten. WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit 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) rechtfertigen einen GdB von 20. Ein GdB von 30 setzt entweder schwere funktionelle Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt oder mindestens mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten voraus. Anhaltende FunktionsstÃ¶rungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen oder auch die intermittierenden StÃ¶rungen bei der Spinalkanalstenose sowie Auswirkungen auf die inneren Organe (z. B. 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.

In Anwendung dieser MaÃ□stÃ¤be ist fÃ¼r das WirbelsÃ¤ulenleiden des KlÃ¤gers ein GdB von 10 angemessen. Im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule hat der SachverstÃ¤ndige S7 keine Lotabweichung beschrieben. Zwar hat der KlÃ¤ger eine starke VerhÃ¤rtung der Nackenstreck- und Trapeziusrandmuskulatur angegeben, befundet hat S7 aber eine locker ausgebildete und nicht druckempfindliche Nackenstreck- und Trapeziusrandmuskulatur. Die Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule hat er u.a. mit einer Seitneigung um 45Â° beidseits, einer Drehung um 70Â° beidseits und einer Kopfvor- und RÃ¼ckneigung um 50-0-70Â° als frei beschrieben. Radiologisch haben sich lediglich monosegmentale initiale degenerative Aufbraucherscheinungen im Segment C6/C7 und eine geringe

Streckfehlhaltung der HWS bei ansonsten gut erhaltenen ZwischenwirbelrÃ¤umen gezeigt. Im Bereich der RumpfwirbelsÃ¤ule hat S7 einen regelrechten Aufbau von Brust- und LendenwirbelsÃ¤ule mit locker ausgebildeter und nicht druckempfindlicher RÃ¼ckenstreckermuskulatur befundet. Die Beweglichkeit hat er mit einer Seitneigung beidseits um 30Â°, einer Rotation beidseits um 30Â°, einer Reklination um 10Â° und einer Inklination bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 8 cm als frei und gut erhalten beschrieben. Dabei hat sich mit einem Ottâschen Zeichen von 30:37 cm und einem Schoberâschen Zeichen von 10:15 cm eine gute Entfaltbarkeit gezeigt, die Bewegungen zur Inklination inklusive dem Wiederaufrichten sind flÃ¼ssig gewesen. Radiologisch haben sich lediglich eine mittelgradige aktivierte Spondylose und Osteochondrose im Segment L3/L4 und eine beginnende Spondylarthrose L5/S1 mit zusÃ¤tzlich im MRT gesichertem kleinem Bandscheibenvorfall L5/S1 gezeigt. Im Bereich der oberen und unteren ExtremitÃ¤ten hat S7 einen unauffÃ¤lligen Reflexstatus erhoben und kein sensomotorisches Defizit festgestellt. In der Epikrise hat er daraus schlÃ¼ssig und Ã¼berzeugend keine wesentlichen funktionellen EinschrÃ¤nkungen abgeleitet. Hierzu passt auch die Befundung eines zÃ¼gigen, sicheren und aufrechten Gangbildes, einer problemlosen Demonstration der differenzierten Stand- und Gangarten sowie einer komplett mÃ¶glichen tiefen Hocke mit flÃ¼ssigem Wiederaufrichten ohne SchmerzÃ¤uÃerung oder AbstÃ¼tzung mit den HÃ¤nden.

Der von S7 selbst als wohlwollend vorgeschlagene GdB von 20 ist fÃ¼r das WirbelsÃ¤ulenleiden angesichts der allenfalls geringen funktionellen EinschrÃ¤nkungen als Ã¼berhÃ¶ht einzustufen. Lediglich eine gewisse durch die radiologischen degenerativen VerÃ¤nderungen erklÃ¤rbare Schmerzsymptomatik bei in der Vergangenheit gelegentlich dokumentierten WirbelsÃ¤ulensyndromen rechtfertigt Ã¼berhaupt die Feststellung eines GdB von 10. Mit fÃ¼r die Feststellung eines GdB von 20 erforderlichen mittelgradigen FunktionseinschrÃ¤nkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt ist das GesamtausmaÃ der von S7 objektivierten FunktionseinschrÃ¤nkungen hingegen nicht vergleichbar.

Die das Funktionssystem âArmeâ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers begrÃ¼nden keinen GdB von mindestens 10. Bei dem KlÃ¤ger besteht ein Z.n. bereits 2001 operativ erfolgter Schulterstabilisierung rechts bei rezidivierenden Schultergelenksluxationen rechts mit sehr gutem postoperativen Ergebnis. Der Senat entnimmt dies dem insofern schlÃ¼ssigen und Ã¼berzeugenden Gutachten des S7. Dieser hat im Bereich der Schultergelenke eine freie Beweglichkeit und auch an der rechten Schulter eine ausreichende StabilitÃ¤t beschrieben. Nacken- und SchÃ¼rzengriff sind beidseits durchfÃ¼hrbar gewesen und die Impingementtests sind negativ ausgefallen. An AuffÃ¤lligkeiten hat S7 neben der Operationsnarbe von der Schulterstabilisierung lediglich eine Druckempfindlichkeit im Supraspinatussehnenansatzgebiet der rechten Schulter mit sonografisch geringgradiger TexturstÃ¶rung ohne Hinweis auf Ruptur befundet. Hiernach liegt weder eine BewegungseinschrÃ¤nkung noch eine InstabilitÃ¤t der Schultergelenke vor, die nach Teil B Nr. 18.13 VG als GdB-relevante FunktionsbeeintrÃ¤chtigung angesehen werden kÃ¶nnte.

Die das Funktionssystem â□□Beineâ□□ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers sind mit einem GdB von 10 zu bewerten. Bei dem KlÃ¤ger bestehen eine FuÃ□fehlform beidseits mit Fersensporn beidseits sowie eine beginnende Koxarthrose Stadium I nach Kellgren beidseits ohne relevante funktionelle EinschrÃ¤nkungen. Der Senat entnimmt dies dem Gutachten des S7. Dieser hat im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten an klinischen AuffÃ¤lligkeiten lediglich eine milde Senk-SpreizfuÃ□-Fehlform beidseits mit mÃ¤Ã□iggradiger Druckempfindlichkeit unterhalb beider Fersen mit klassischem Fersensporndruck sowie eine geringe Druckempfindlichkeit der HÃ¼ftgelenke im Trochanter- und Leistenbereich befundet. Nach Teil B Nr. 18.14 VG ist die geringe Druckschmerzhaftigkeit der HÃ¼ftgelenke bei freier Funktion nicht GdB-relevant, die FuÃ□deformitÃ¤t mit statischer Auswirkung geringen Grades bei Bestehen eines Fersensporns rechtfertigt lediglich einen GdB von 10.

Die das Funktionssystem â□□Atmungâ□□ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers sind mit einem GdB von 20 zu bewerten. Bei dem KlÃ¤ger besteht ein Ã¼berwiegend obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Maskenbeatmung. Der Senat entnimmt dies der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft des Y1 sowie den damit vorgelegten Befundberichten des S8 vom 06.02.2020 und Ã¼ber die Polysomnographie im T1-krankenhaus M1 vom 06. auf den 07.11.2020. In der Polysomnographie wurde ein signifikantes Ã¼berwiegend obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit zwar nur vereinzelten zentralen Apnoen aber vielen Hypopnoen und Atmungsschwankungen mit Desaturationen bis 87% festgestellt. Daher wurde eine CPAP-Therapie eingeleitet. Nach Teil B Nr.Â 8.7 VG rechtfertigt ein durch Untersuchung im Schlaflabor nachgewiesenes Schlafapnoe-Syndrom mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Ã□berdruckbeatmung einen GdB von 20, wohingegen ein GdB von 50 die NichtdurchfÃ¼hrbarkeit einer nasalen Ã□berdruckbeatmung voraussetzt. Hiernach ist die Bewertung mit einem GdB von 20 â□□ wie auch in der versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme durch B3 vom 26.05.2021 vorgeschlagen â□□ ausreichend. Die UnmÃ¶glichkeit einer Ã□berdruckbeatmung kann nicht festgestellt werden. GegenÃ¼ber H1 hat der KlÃ¤ger zwar einen schlechten Schlaf und MÃ¼digkeit angegeben, Probleme mit der Maskenbeatmung hat er jedoch nicht mitgeteilt. Zwar hat der KlÃ¤ger gegenÃ¼ber dem HNO-Zentrum R3 am 13.04.2021 angegeben, mit der CPAP-Therapie nicht gut zurechtzukommen, und nach Alternativen gefragt. Von einer NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der nasalen Ã□berdruckbeatmung kann aber nach der Rechtsprechung des Senats erst dann ausgegangen werden, wenn anatomische Besonderheiten einer nasalen Ã□berdruckbeatmung entgegenstehen oder wenn durch das Scheitern entsprechender Therapieversuche der Nachweis der NichtdurchfÃ¼hrbarkeit der nasalen Ã□berdruckbeatmung erbracht ist. Dazu gehÃ¶rt, dass der Betroffene verschiedene Masken ausgetestet und ein GewÃ¶hnungstraining erfolglos durchlaufen hat. Es reicht nicht, wenn die Beatmungsmaske wegen subjektiver Beschwerden nicht mehr benutzt wird (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 16.12.2022 â□□ L 8 SB 1259/21 â□□ juris Rn. 50 m.w.N.). Solche gescheiterten BemÃ¼hungen oder anatomischen Besonderheiten sind hier nicht ersichtlich, sodass eine hÃ¶here Bewertung des Schlafapnoe-Syndroms als mit einem GdB von 20 nicht mÃ¶glich ist.

Soweit S3 ausweislich seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft vom 30.01.2021 aufgrund eines Tests im Juni 2019 ein Restless-legs-Syndrom erwogen hat und auch gegenÃ¼ber S8 entsprechende anamnestische Angaben gemacht wurden, ist ein solches im Rahmen der Polysomnographie im November 2020 nicht festgestellt worden und auch S3 hat in seiner neuerlichen sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft vom 08.03.2023 keine diesbezÃ¼glichen EinschrÃ¤nkungen berichtet. Y1 hat ebenfalls ein Restless-legs-Syndrom nicht angegeben, sodass ein solches mit Relevanz fÃ¼r die GdB-Bewertung nicht nachgewiesen ist.

Die das Funktionssystem â□□Gehirn einschlieÃ□lich Psycheâ□□ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers sind mit einem GdB von 30 zu bewerten.

Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehen bei dem KlÃ¤ger eine depressiv-narzisstische PersÃ¶nlichkeitsentwicklung und eine Dysthymia. Der Senat entnimmt dies dem Gutachten des H1.

Nach Teil B Nr. 3.7 VG sind leichtere psychovegetative oder psychische StÃ¶rungen mit einem GdB von 0 bis 20 zu bewerten. StÃ¤rker behindernde 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) rechtfertigen 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 ICD-10 F30.- oder F40.- 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 BSG in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10.07.2017 â□□ B 9 V 12/17 B â□□ juris Rn. 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. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 12.01.2017 â□□ L 6 VH 2746/15 â□□ juris Rn. 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 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 (gleichgestellter) psychotherapeutischer Behandlung in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden Ã¼ber eine leichtere psychische StÃ¶rung hinausgeht und bereits eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung im Sinne der

GdB-BewertungsgrundsÃ¤tze darstellt (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17.12.2010 â L 8 SB 1549/10 â juris Rn. 31; LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22.02.2018 â L 6 SB 4718/16 â juris Rn. 42; LSG Baden-WÃ¼rttemberg Urteil vom 10.08.2023 â L 6 SB 1549/21 â juris Rn. 67).

Unter Anwendung dieser MaÃstÃ¤be sind die BeeintrÃ¤chtigungen des KlÃ¤gers im Funktionssystem Gehirn/Psyche mit einem GdB von 30 ausreichend bewertet H1 hat in seinem ausfÃ¼hrlichen psychischen Befund den KlÃ¤ger u.a. als wach und allseits ausreichend orientiert ohne Hinweis auf hÃ¶hergradige mnestische FunktionsstÃ¶rungen beschrieben. Im Kontakt ist der KlÃ¤ger zugewandt gewesen, NÃ¤he und Distanz adÃ¤quat regulierend. Die Stimmung des KlÃ¤gers hat H1 als subdepressiv mit reduzierter emotionaler SchwingungsfÃ¤higkeit beschrieben, den formalen Gedankengang als geordnet. Eine Anspannung zu Beginn der Untersuchung mit hastigem Vortrag hat im weiteren Verlauf der Untersuchung abgenommen und der Bericht ist konzentrierter geworden. Ein Nachlassen der konzentrativen FÃ¤higkeiten hat H1 nicht beobachtet. Eine Dysthymia ist nach ICD-10 F34.1 als chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung klassifiziert, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven StÃ¶rung zu erfÃ¼llen. Hierzu passen die Beschreibung der Stimmung als subdepressiv, also das AusmaÃ einer selbst leichten depressiven Episode nicht ganz erreichend, und der anamnestisch angegebene wie auch durch den behandelnden S3 dokumentierte chronische Verlauf Ã¼ber mehrere Jahre S3 selbst hat ausweislich seiner sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nfte vom 30.01.2021 und vom 08.03.2023 nach Befundung einer depressiven Stimmung mit affektiver Traurigkeit und Angst sowie der Diagnose einer depressiven Episode im Jahr 2016 in der Folge v.a. eine subdepressive Stimmungslage mit affektiver Traurigkeit und vegetativen FunktionsstÃ¶rungen befundet und auch den dysthymen Charakter der StÃ¶rung betont. Behandlungen bestehen im Wesentlichen in einer Psychotherapie mit mittlerweile monatlichen GesprÃ¤chsterminen bei S5 und einer psychiatrischen Therapie mit etwa quartalsweisen Kontakten zu S3 sowie einer Medikation mit Sertralin und Opipramol. Eine tagesklinische oder gar stationÃ¤re psychiatrische Behandlung ist in den letzten Jahren offensichtlich nicht fÃ¼r erforderlich gehalten worden. GegenÃ¼ber H1 hat der KlÃ¤ger selbst noch einen relativ geregelten Tagesablauf beschrieben, wonach er etwa mit dem Auto trotz dortiger Konfliktsituationen zur Arbeit fÃ¤hrt, nach der Arbeit die in seiner Wohnung lebenden Katzen mit Futter, Wasser und Reinigung der Katzenklos versorgt â was ihm nach eigenen Angaben gut tut â sowie gegen Abend einen Freund besucht oder zu seiner Freundin geht. Manchmal Ã¼bernachtet er bei der Freundin, manchmal in seiner Wohnung. Der KlÃ¤ger ist demnach in der Lage, eine Beziehung auch ohne feste eheliche Bindung zu fÃ¼hren, und die sozialen Kontakte sucht er nach eigenen Angaben auf, weil ihn das Alleinsein bedrÃ¼ckt. Noch wÃ¤hrend der letzten Ehe ist er im Jahr 2022 aus einer kurzen anderen Beziehung Vater eines Sohnes geworden. Ein hÃ¶hergradiger sozialer RÃ¼ckzug ist daher nicht feststellbar. Allein das dysthyme AusmaÃ der depressiven Erkrankung lieÃe vor diesem Hintergrund noch nicht die Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 20 i.S. einer mehr als nur leichten StÃ¶rung zu. Erst unter MitberÃ¼cksichtigung der durch H1 herausgearbeiteten Verhaftung des KlÃ¤gers in

einer Opferrolle und der damit verbundenen Schwierigkeit im Umgang mit belastenden Emotionen wie EnttÃ¤uschung, KrÃ¤nkung oder ZurÃ¼ckweisung sowie der bereits von S3 beschriebenen psychosomatischen vegetativen Begleiterscheinungen wie Schmerzerleben kann Ã¼berhaupt eine stÃ¤rker behindernde StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit i.S.v. Teil B Nr. 3.7 VG begrÃ¼ndet werden.

Dabei kann angesichts der objektivierbaren geringen AuffÃ¤lligkeiten im psychopathologischen Befund des H1 und der erhaltenen Alltagskompetenzen entgegen dem Vorschlag desÂ H1 und der sich dem anschlieÃenden versorgungsÃ¤rztlichen Stellungnahme durch H3 vom 06.06.2024 der vorgesehene GdB-Rahmen bis 40 allein mit den psychischen Leiden nicht ausgeschÃ¶pft werden. Ein GdB von 40 nach Teil B Nr. 3.7 VG setzt grundsÃ¤tzlich kumulativ eine an der Grenze zur schweren StÃ¶rung bestehende EinschrÃ¤nkung sowohl der ErlebnisfÃ¤higkeit als auch der GestaltungsfÃ¤higkeit voraus. WÃ¤hrend die ErlebnisfÃ¤higkeit auf das befundgestÃ¼tzt zu objektivierende subjektive Erleben abhebt, geht es bei der GestaltungsfÃ¤higkeit um Auswirkungen der psychischen FunktionseinschrÃ¤nkungen insbesondere auf Alltagskompetenzen, sodass etwa ohne nachgewiesene hÃ¶hergradige EinschrÃ¤nkungen in der Alltagsgestaltung ein GdB von 40 regelmÃ¤Ãig nicht zu begrÃ¼nden ist. Hinsichtlich der ErlebnisfÃ¤higkeit besteht mit der Verhaftung des KlÃ¤gers in einer Opferrolle und der damit verbundenen Schwierigkeit im Umgang mit belastenden Emotionen wie EnttÃ¤uschung, KrÃ¤nkung oder ZurÃ¼ckweisung zwar eine wesentliche EinschrÃ¤nkung. Jedoch kann angesichts der Beschreibung des KlÃ¤gers im Befund desÂ H1 â mit geordnetem formalen Gedankengang und ohne Hinweis auf eine inhaltliche DenkstÃ¶rung sowie bei fehlenden Angaben im Befundteil zu einer wesentlichen Einengung des Denkens und bei nur leichtgradigen (als subdepressiv beschriebenen) EinschrÃ¤nkungen der Stimmung â eine die AusschÃ¶pfung des GdB-Rahmens rechtfertigende EinschrÃ¤nkung der ErlebnisfÃ¤higkeit an der Grenze zur schwergradigen EinschrÃ¤nkung nicht festgestellt werden. Hinsichtlich der GestaltungsfÃ¤higkeit sind zwar gewisse Konflikte im Alltag aufgrund des EnttÃ¤uschungs- und KrÃ¤nkungserlebens beispielsweise bei als unzureichend empfundener beruflicher FÃ¶rderung und Anerkennung durchaus nachvollziehbar. Solche sind auch in den sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nften des S3 und des S5 im Klage- und Berufungsverfahren angegeben worden, wobei allerdings nicht immer hinreichend deutlich wird, inwiefern die psychischen EinschrÃ¤nkungen sich im Entstehen der Konflikte selbst oder vielmehr in deren subjektivem Erleben zeigen. Der verhaltenstherapeutisch behandelnde S5 hat laut seiner Auskunft vom 08.03.2023 in der horizontalen Verhaltensanalyse insbesondere die Entwicklung der depressiven Symptomatik als Folge einer anamnestisch beschriebenen Mobbingsituation am Arbeitsplatz mit hinzutretenden Eheproblemen eingeordnet, wobei die psychische Dekompensation zur Selbstwertregulation bei GefÃ¼hlen etwa der Leere, der Anhedonie, der Hoffnungslosigkeit, der EnttÃ¤uschung sowie des Insuffizienz- und Einsamkeitserlebens dient. Bereits in der Auskunft vom 22.01.2021 hat S5 etwa die erhÃ¶hte Selbstbeobachtung als primÃ¤ren Krankheitsgewinn betont. Dies beschreibt im Wesentlichen EinschrÃ¤nkungen des intrinsischen Erlebens, wohingegen an Auswirkungen auf soziale Verhaltenskompetenzen etwa am 08.03.2023 insbesondere eine gestÃ¶rte

Impulskontrolle und ein sozialer RÃ¼ckzug angegeben worden sind H1 allerdings hat den KlÃ¤ger in seiner Befunderhebung als im Kontakt zugewandt und mit adÃ¤quater Regulierung von NÃ¤he und Distanz beschrieben, eine anfÃ¤nglich deutliche Anspannung mit hastigem Vortrag hat im Verlauf der Untersuchung abgenommen und der Vortrag ist konzentrierter geworden ohne beobachtbares Nachlassen der KonzentrationsfÃ¤higkeit im weiteren Verlauf. Soweit die drei Ehen des KlÃ¤gers jeweils nach ein paar Jahren wieder geschieden wurden, hat er in der ersten, als glÃ¼cklich beschriebenen Ehe Konflikte insbesondere durch die Schwierigkeit, sowohl seine eigene Familie als auch die Familie der Ehefrau finanziell zu unterstÃ¼tzen, beschrieben. In der zweiten Ehe, deren Eingehung der KlÃ¤ger selbst als verfrÃ¼ht eingeordnet hat, hat er Konflikte bezÃ¼glich der GewÃ¤hrung finanzieller UnterstÃ¼tzung an seine Familie sowie Streit insbesondere zwischen der damaligen Ehefrau und seiner Stiefschwester beschrieben. Diesen als sozialadÃ¤quat nachvollziehbaren Konflikten ist ein besonderes Beruhen gerade auf einer eingeschrÃ¤nkten Sozialkompetenz des KlÃ¤gers nicht zu entnehmen. Die dritte Ehe, in der sich die Frau nach einer verbalen Auseinandersetzung Anfang 2023 mit Einsatz der Polizei endgÃ¼ltig vom KlÃ¤ger getrennt hat, war dieser bereits nur auf DrÃ¤ngen der Frau eingegangen, obwohl er selbst eigentlich nicht heiraten wollte. Im Ãbrigen hatte der KlÃ¤ger nach seinen Angaben bei H1 immer wieder kurze Beziehungen, aus einer solchen ging sogar noch wÃ¤hrend der letzten Ehe im Jahr 2022 ein Sohn hervor. Auch aktuell hat der KlÃ¤ger nach eigenen Angaben eine Freundin und trifft sich regelmÃ¤Ãig nach der Arbeit mit ihr oder mit einem Freund, weil ihn das Alleinsein bedrÃ¼ckt. Er ist also durchaus in der Lage, eine Beziehung zu fÃ¼hren und Freundschaften zu pflegen, deren Kontakt er auch aktiv sucht. Ein hÃ¶hergradiger sozialer RÃ¼ckzug ist nicht feststellbar. Daneben kÃ¼mmert er sich gerne um die bei ihm lebenden Katzen seiner geschiedenen vormaligen Ehefrau und ist seit nunmehr Ã¼ber 25 Jahren â wenngleich mit deutlich konfliktreichem Erleben der Arbeitsplatzsituation â beim gleichen Arbeitgeber beschÃ¤ftigt. Angesichts dieser erhaltenen Alltagskompetenzen kann auch hinsichtlich der GestaltungsfÃ¤higkeit keine EinschrÃ¤nkung von solchem AusmaÃ festgestellt werden, dass eine AusschÃ¶pfung des bis zu einem GdB von 40 reichenden GdB-Rahmens gerechtfertigt wÃ¤re. Angemessen ist daher vielmehr â wie auch bereits vom behandelnden S3 in seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft vom 30.01.2021 vorgeschlagen â ein GdB von 30.

Im Rahmen der vegetativen Begleiterscheinungen bereits mitberÃ¼cksichtigt sind dabei sowohl der von S3 und von L1 etwa in dessen Berichten vom 27.01.2020 und vom 08.04.2020 beschriebene psychosomatische Anteil des Schmerzerlebens des KlÃ¤gers als auch die etwa beim HNO-Zentrum R3 am 25.05.2020 geklagten Schwindelbeschwerden u.a. mit Kopfschmerzen sowie Tinnitusbeschwerden. Ausweislich der Berichte des HNO-Zentrums etwa vom 08.05.2020, vom 25.05.2020 und vom 13.04.2021 ist eine otogene Ursache fÃ¼r den Schwindel nicht festgestellt worden, am 22.07.2022 ist nach DurchfÃ¼hrung u.a. einer Vestibulo-Nystagmographie ein Therapieversuch mit Betahistin eingeleitet worden. Zuletzt ist am 11.03.2024 eine deutliche Besserung des Schwindels und des Tinnitus angegeben worden und auch gegenÃ¼ber H1 sind keine diesbezÃ¼glichen Beschwerden mehr geklagt worden.

Die das Funktionssystem â□□Ohrenâ□□ betreffenden GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers sind allenfalls mit einem GdB von 15 ab dem 11.03.2024 zu bewerten. Ausweislich des Befundberichts des HNO-Zentrums R3 von diesem Tag besteht ein HÃ¶rverlust durch SchallempfindungsstÃ¶rung beidseits. Ein Tonaudiogramm vom 11.03.2024 dokumentiert rechts einen TonhÃ¶rverlust von 30 dB bei 500 Hz und bei 1 kHz, von 40 dB bei 2 kHz und von 45 dB bei 4 kHz sowie links einen TonhÃ¶rverlust von 25 dB bei 500 Hz, bei 1 kHz und bei 2 kHz und von 55 dB bei 4 kHz. Daraus ergibt sich unter Anwendung der 4-Frequenztabelle nach RÃ¶ser 1973 gemÃ¤Ã□ Teil B Nr.Â 5.2.2 VG ein prozentualer HÃ¶rverlust von 37 % rechts und von 29 % links. Dies entspricht nach Teil B Nr. 5.2.4 VG jeweils einer geringgradigen SchwerhÃ¶rigkeit, fÃ¼r die bei beidseitiger Betroffenheit ein GdB von 15 angemessen ist. Hinsichtlich des vormals geklagten Tinnitus ist ebenso wie bezÃ¼glich der Schwindelbeschwerden, soweit man diese dem Funktionssystem Ohren zuweisen wollte, am 11.03.2024 eine deutliche Besserung berichtet worden, sodass ein diesbezÃ¼glich GdB-relevantes AusmaÃ□ nicht mehr ersichtlich ist. Zuvor rechtfertigten der Tinnitus und der Schwindel auch im Falle einer gemeinsamen Bewertung im Funktionssystem Ohren nach Teil B Nr. 5.3 VG allenfalls einen GdB von 10, da Ã¼ber ein UnsicherheitsgefÃ¼hl des KlÃ¤gers hinausgehend nennenswerte objektivierbare Abweichungen in den Geh- und Stehversuchen bei sicherem Stand im Romberg-Versuch und keiner Seitabweichung im Unterberger-Versuch am 13.04.2021 beim HNO-Zentrum R3 nicht beschrieben worden sind, und da S5 in seinen sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nften nicht gesondert auf einen Tinnitus eingegangen ist, sodass die Psychotherapie auch nicht als Ausdruck nennenswerter therapiebedÃ¼rftiger psychischer Begleiterscheinungen gerade des Tinnitus angesehen werden kann. Hinsichtlich der HÃ¶rstÃ¶rung hingegen sind in den frÃ¼heren Tonaudiogrammen vor dem 11.03.2024 unterschiedliche Werte ermittelt worden. Zuletzt sind allerdings im Tonaudiogramm vom 22.04.2022 Werte entsprechend einem prozentualen HÃ¶rverlust von 17 % rechts (= NormalhÃ¶rigkeit) und 21 % links (= Beginn der geringgradigen SchwerhÃ¶rigkeit) ermittelt worden, was einen GdB von 0 begrÃ¼ndet. Insofern kann fÃ¼r die Zeit vor dem 11.03.2024 jedenfalls noch kein anhaltender GdB-relevanter HÃ¶rverlust nachgewiesen werden. Im Funktionssystem Ohren kann somit vor dem 11.02.2024 allenfalls ein GdB von 10 und danach ein GdB von 15 festgestellt werden.

Im Funktionssystem â□□mÃ¤nnliche Geschlechtsorganeâ□□ kÃ¶nnen keine mit einem GdB von mindestens 10 zu bewertenden FunktionseinschrÃ¤nkungen festgestellt werden. Zwar wurde in einem Befundbericht der Urologischen Klinik des UniversitÃ¤tsklinikums M1 vom 17.06.2020 u.a. eine erektile Dysfunktion angegeben. Der KlÃ¤ger selbst hat bei H1 aber Ã¼ber sexuelle Probleme in der Vergangenheitsform gesprochen, wobei nach urologischer AbklÃ¤rung alles in Ordnung gewesen sei und es ein Problem in der Ehe gewesen sei. Soweit mit der neuen Freundin des KlÃ¤gers sexuell nichts â□□geheâ□□, fÃ¼hrt der KlÃ¤ger selbst dies darauf zurÃ¼ck, dass die Freundin sagt, er sei ein alter Mann, und dass er seine Erwartungen zurÃ¼ckgestellt hat. Gegen eine impotentia coeundi, also ein UnvermÃ¶gen Ã¼berhaupt zum Vollzug des Geschlechtsverkehrs, spricht zudem, dass der KlÃ¤ger im Rahmen einer anderen kurzen Beziehung im Jahr 2022 Vater eines Sohnes wurde. Eine GdB-relevante FunktionseinschrÃ¤nkung der mÃ¤nnlichen

Geschlechtsorgane ist somit nicht feststellbar.

Soweit schlieÃlich zuletzt in den Befundberichten des HNO-Zentrums R3 vom 11.03.2024 bis zum 23.04.2024 u.a. ein V.a. craniomandibulÃ¤re Dysfunktion, ein Bruxismus und ein Kribbeln der linken Gesichtsseite angegeben worden sind, ist eine fÃ¼r die GdB-Bewertung von Kiefer- und KiefergelenkstÃ¶rungen nach Teil B Nr. 7 VG maÃgebliche BeeintrÃ¤chtigung des Sprech-, Kau- oder SchluckvermÃ¶gens nicht ersichtlich. Hinsichtlich des am 23.04.2024 angegebenen Kribbelns im Gesicht ist bereits ein 6 Monate anhaltender Zustand nicht feststellbar und auch kein zu einem GdB von mehr als 0 fÃ¼hrendes AusmaÃ nach Teil B Nr. 2.2 VG objektivierbar beschrieben.

Bei der Bildung des Gesamt-GdB ist von dem GdB von 30 im Funktionssystem Gehirn einschlieÃlich Psyche auszugehen. Der weitere GdB-Wert von 20 im Funktionssystem Atmung rechtfertigt eine ErhÃ¶hung um 10, sodass sich ein Gesamt-GdB von 40 ergibt. Der mittlerweile festzustellende GdB von 15 im Funktionssystem Ohren rechtfertigt keine weitere ErhÃ¶hung auf einen Gesamt-GdB von 50, da es sich â wenn auch beidseitig â nur um eine geringgradige SchwerhÃ¶rigkeit handelt. Hierdurch wird keine derartige ErhÃ¶hung des GesamtausmaÃes der Behinderungen erreicht, welche die Anerkennung einer Schwerbehinderung rechtfertigen kÃ¶nnte. Gleiches gilt fÃ¼r die GdB-Werte von 10 in den Funktionssystem Rumpf und Beine sowie vormals im Funktionssystem Ohren. Dies wÃ¼rde im Ãbrigen auch dann gelten, wenn unter stÃ¤rkerer BerÃ¼cksichtigung der angegebenen Schmerzsymptomatik das WirbelsÃ¤ulenleiden mit einem GdB von 20 bewertet wÃ¼rde. In diesem Fall bestÃ¼nde eine erhebliche Ãberschneidung zu den beim GdB von 30 im Funktionssystem Gehirn/Psyche bereits mitberÃ¼cksichtigten psychosomatischen Schmerzanteilen, sodass eine ErhÃ¶hung des Gesamt-GdB durch das WirbelsÃ¤ulenleiden wiederum nicht gerechtfertigt wÃ¤re.

Ein Gesamt-GdB von 40 ist auch bei einem Vergleich mit konkreten Werten in der GdB-Tabelle angemessen. HierfÃ¼r bietet sich insbesondere Teil B Nr. 3.7 VG an, da die typischen Auswirkungen einer Schlafapnoe mit gestÃ¶rtem Schlaf und TagesmÃ¼digkeit sich Ã¤hnlich einer depressiven Antriebshemmung auf die Verrichtung von AktivitÃ¤ten im Alltag auswirken und im Ãbrigen etwa L1 sowie S3 bei dem Gesamtbeschwerdebild des KlÃ¤gers eine deutliche psychosomatische Ãberlagerung beschrieben haben. Insofern ist das GesamtausmaÃ der beim KlÃ¤ger bestehenden FunktionseinschrÃ¤nkungen vergleichbar mit einer stÃ¤rker behindernden StÃ¶rung mit wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Erlebnis- und GestaltungsfÃ¤higkeit am oberen Ende des dafÃ¼r vorgesehenen GdB-Rahmens von 30-40. Mit einer schweren StÃ¶rung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, welche einen GdB von 50 rechtfertigen kÃ¶nnte, ist das GesamtausmaÃ angesichts der gegenÃ¼ber H1 angegebenen erhaltenen Alltagskompetenzen des KlÃ¤gers jedoch nicht vergleichbar. Der KlÃ¤ger hat somit keinen Anspruch auf Feststellung eines hÃ¶heren GdB als 40.

Die Berufung war dementsprechend zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 09.08.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024