

L 6 SB 464/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 SB 1233/19
Datum
21.01.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 464/21
Datum
18.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Januar 2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die höhere Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 40.

Sie ist 1957 geboren und hat nach dem Hauptschulabschluss zunächst in einer Krankenhausküche gearbeitet. Nach einer Tätigkeit als Verkäuferin war sie als LKW-Fahrerin tätig und zuletzt seit 2011 als Busfahrerin beschäftigt. Seit September 2020 bezieht sie Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie ist verheiratet, hat drei erwachsene Kinder und bewohnt mit ihrem Ehemann eine Eigentumswohnung im zweiten Stockwerk ohne Aufzug (vgl. Anamnese K2-Klinik; R).

Am 27. Januar 2011 beantragte sie beim Landratsamt K (LRA) erstmals die Feststellung des GdB und legte den Entlassungsbericht des HKlinikums über den stationären Aufenthalt vom 18. bis 25. Juni 2008 vor. Danach habe eine cavernöse Oberlappen-Tuberkulose (TBC) rechts bestanden. Es sei eine Thorakotomie mit atypischer Oberlappenresektion rechts durchgeführt worden. Die Computertomographie (CT) des Thorax zeigte am 27. August 2009 keine TBC-typischen Veränderungen mehr. Bei der Kontrolluntersuchung am 1. März 2010 (S) wurde ein TBC-Rezidiv verneint, die Lungenfunktion habe unverändert eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung gezeigt. Am 7. September 2010 lag die Sauerstoffsättigung bei 96%, der FEV1-Wert bei 65 %, subjektiv bestehe kaum eine Beeinträchtigung.

K1 sah versorgungsärztlich für den Teilverlust der rechten Lunge, die Lungentuberkulose und die chronische Bronchitis einen GdB von 30, den das LRA mit Bescheid vom 9. März 2011 ab dem 27. Januar 2011 feststellte.

Am 23. Oktober 2017 beantragte die Klägerin die Neufeststellung des GdB und legte Befundberichte vor. Der M beschrieb nach ambulanter Untersuchung am 14. September 2015 eine klinisch deutlich verspannte Halswirbelsäule (HWS) bis zur mittleren Brustwirbelsäule (BWS) bei freier Beweglichkeit und ohne radikuläre Ausfälle. Die R gab an, dass vor circa vier Wochen ein Infekt mit antibiotischer Therapie behandelt worden sei. Die Röntgen-Thorax-Aufnahme zeige im Vergleich zu 2011 einen weitgehend stabilen Befund mit ausgeprägter Schwielen links basal sowie ausgeprägtem Emphysem linksseitig. Der Husten bestehe nach bronchialem Infekt vor vier Wochen, klinisch bestehe kein Hinweis für eine Reaktivierung der TBC.

Das LRA erhob den Befundschein des Z, der eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung im Stadium II mit mittelgradig eingeschränkten pulmonalen Funktionsparametern beschrieb. Bei der letzten Untersuchung habe der FEV1-Wert mit 52 % vom Soll eine mittelgradige Einschränkung gezeigt. Die Klägerin berichte über Belastungsatemnot, teilweise auch thorakale Enge und Einschränkungen beim Treppengehen. Therapeutisch sei die Anwendung einer regelmäßigen inhalativen Kombinationstherapie sowie einer zusätzlich anzuwendenden inhalativen Bedarfstherapie indiziert. Vorgelegt wurde der Bericht der Radiologie S1 über die CT des Thorax vom 5. Februar 2016, wonach sich kein Anhalt für eine TBC und kein tumorverdächtiger Befund zeigten.

Der M gab in seinem Befundschein an, dass die Klägerin bei der Vorstellung im November 2017 über ständige Schmerzen vom Nacken bis

zur linken Schulter geklagt habe. An der linken Schulter habe eine mögliche Vorhebung von 170° und eine Seithebung von 180° mit schmerzhaftem Bogen bestanden. Radiologisch habe sich eine erhebliche Schultergelenk-Arthrose gezeigt.

Nachdem E versorgungsärztlich zusätzlich einen Teil-GdB von 20 für degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sah, stellte das LRA mit Bescheid vom 20. Februar 2018 einen GdB von 40 seit dem 23. Oktober 2017 fest.

Am 11. September 2018 wurde wiederum unter Vorlage von Befundberichten die Neufeststellung des GdB beantragt. Nach dem Bericht des R1 nach ambulanter Untersuchung vom 27. August 2015 zeigte die Kernspintomographie (MRT) der HWS keinen Bandscheibenvorfall bei freien Spinal- und Wurzelkanälen. Motorik, Koordination und Sensibilität seien regelrecht, die Muskeleigenreflexe symmetrisch beinbetont mittellebhaft bis lebhaft, pathologische Reflexe wurden verneint. Der U beschrieb nach MRT der Schulter vom 7. Dezember 2017 eine floride Tendinose der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksdegeneration und subacromialem Impingement. Der S2 gab aufgrund ambulanter Untersuchung vom 11. Dezember 2017 einen Druckschmerz über dem AC-Gelenk sowie eine Schmerzverstärkung bei Griff auf die Gegenseite an.

Weiter wurde vorgelegt der Entlassungsbericht der K2-Klinik über die stationäre Rehabilitation vom 15. August bis 5. September 2018. Es liege ein guter Rehabilitationserfolg bzw. Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele vor sowie ein adäquates Risikobewusstsein mit Motivation zur Fortsetzung der sekundärpräventiven Verhaltensänderung. Die Lungenfunktion habe zum überwiegenden Teil verbessert werden können, Exazerbationen seien keine aufgetreten. Die Entlassung sei arbeitsfähig für die bisherige Tätigkeit als Busfahrerin erfolgt.

K1 hielt versorgungsärztlich an der bisherigen Bewertung fest. Trotz neuer Beschwerden und den Befunden einer Rehabilitationsklinik läge eine wesentliche GdB-relevante Änderung nicht vor.

Mit Bescheid vom 4. Oktober 2018 lehnte das LRA den Neufeststellungsantrag ab, da keine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten sei.

Im Widerspruchsverfahren legte die Klägerin den Befundbericht des G über die MRT des HWS vom 18. Januar 2019 vor. Danach hätten sich eine S-formige Skoliose mit Osteochondrosis C5/6, C6/7 mit breitbasigen Protusionen, vorgeschaltet Unkarthrose linksseitig C3/4 sowie Unkarthrosen C4/5, C5/6 mit foraminale Enge gezeigt. Eine Myelopathie habe nicht bestanden.

M1 führte versorgungsärztlich aus, dass hinsichtlich der Lungenfunktion der Befund unter Behandlung maßgeblich sei. Die Vitalkapazität und die Einsekundenkapazität wichen um weniger als ein Drittel von den Referenzwerten ab. Es bestehe eine restriktive Störung im Sinne einer leichtgradigen gemischten Ventilationsstörung. Die Gehstrecke liege bei 461 Metern in sechs Minuten, in der Fahrradergometrie werde die 75-Watt-Stufe erreicht. Der Abbruch sei wegen Ermüdung der Beine erfolgt, Einschränkungen von Seiten der Lunge oder des Herzens seien nicht beschrieben. Der Teil-GdB sei weiter mit 30 zu bemessen. Im Bereich der HWS bestünden degenerative Veränderung ohne wesentliche neurologische Ausfallerscheinungen. Auffälligkeiten seien während der Rehabilitation keine dokumentiert worden. Der Teil-GdB sei weiter mit 20 einzuschätzen.

Den Widerspruch wies das Regierungspräsidium S3 – Landesversorgungsamt – mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2019 zurück. Zwar habe als weitere Funktionsbeeinträchtigung eine Funktionsbehinderung im linken Schultergelenk berücksichtigt werden können, diese führe aber zu keiner wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung und damit zu keinem höheren GdB. Bezüglich der übrigen bereits festgestellten Funktionsstörungen zeigten die aktenkundigen Befundunterlagen, dass diese im Wesentlichen unverändert vorlägen und weiterhin zutreffend bewertet seien.

Am 26. Juni 2019 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben, welches zur weiteren Sachaufklärung sachverständige Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte eingeholt hat.

Der Z hat beschrieben, dass sich die Klägerin seit der letzten Vorstellung im Oktober 2017 nur noch einmal am 21. August 2019 in ambulanter Behandlung befunden habe. In der durchgeführten Untersuchung habe sich eine leichtgradige Einschränkung der Lungenfunktion gezeigt, die im Verlauf gegenüber Oktober 2017 nicht wesentlich verschlechtert gewesen sei. Es erfolge eine dauerhafte Therapie mit einem Bronchialerweiterer sowie einem Cortison. Da sich die Lungenfunktion unter Therapie im Verlauf gebessert habe, sei eine asthmoide Komponente zu unterstellen. Eine wechselnde Einschränkung sowie die Notwendigkeit zur dauerhaften Inhalation seien gegeben. Ergänzend hat er die Lungenfunktionsparameter vorgelegt.

Der M hat bekundet, dass die Klägerin über Schmerzen der HWS geklagt habe, mit zunehmender Tendenz und Ausstrahlung in die linke Schulter. Bei der nächsten Vorstellung und schon vorliegender Anfrage des SG seien zusätzlich Schmerzen in der Hüfte geklagt worden. Klinisch hätten sich ein Beckengeradstand, ein leichtes Hohlkreuz und ein leichter Rundrücken gezeigt. Die Beweglichkeit der rechten Hüfte habe für Streckung/Beugung bei 130-0-0° gelegen. Das Kniegelenk rechts habe ein leichtes Knirschen bei einer möglichen Beugung/Streckung von 130-0-0° gezeigt. Das Sprunggelenk sei frei beweglich. Für die HWS betrage der GdB 10 bis maximal 20, für die Hüften ebenfalls 10 bis 20. Orthopädisch ergäbe sich ein GdB von 20 bis 30.

Der G1 hat eine chronische Bronchitis sowie Schmerzen der Hüftgelenke, der HWS, die in die Schulter ausstrahlten, in der Lendenwirbelsäule (LWS) und in den Knie- und Hüftgelenken beschrieben. Der GdB für die COPD sei mit 50 und für die Wirbelsäule mit 30 einzuschätzen.

Die Z1 hat angegeben, die Klägerin von Februar 2015 bis März 2019 behandelt zu haben. Es bestehe eine COPD mit mittelgradiger bis schwerer Obstruktion. Beeinträchtigungen bestünden bei forschem Gehen, Treppensteigen über zwei Stockwerke und in Verbindung mit Nässe, Kälte, Zugluft oder äußeren Allergenen. Der GdB sei auf 50 einzuschätzen.

Der Beklagte ist der Klage unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme der H1 entgegengetreten. Diese hat ausgeführt, dass die Bewertung der Z1 weder den Bewertungsvorgaben entspreche, noch mit den Befunden der Rehabilitationsklinik vereinbar sei. Orthopädisch sei der Teil-GdB von 20 für die HWS nachvollziehbar, der vorgeschlagene GdB für die Wirbelsäule von 30 hingegen nicht. Im September 2019 sei erstmals über Beschwerden an der rechten Hüfte geklagt worden. Eine Funktionseinschränkung habe nicht objektiviert werden

können. Im Röntgenbild hätten sich eine mittelgradige Coxarthrose links und eine initiale Coxarthrose rechts gezeigt. Eine bleibende Funktionsstörung der Hüfte, die als eigenständige Behinderung anerkannt werden könne, lasse sich aus den Unterlagen nicht ableiten.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 21. Januar 2021 abgewiesen. Für das Lungenleiden sei ein Teil-GdB von 30 gerechtfertigt. Der behandelnde Lungenarzt berichte von sporadischen Kontakten und von einer Besserung der Lungenfunktion. Am 21. August 2019 habe nur eine leichtgradige Einschränkung der Lungenfunktion bestanden. Die Wirbelsäulenbeschwerden seien mit 20 zu bewerten, eine Höherbewertung rechtfertige sich nicht. Die Schulterbeschwerden begründeten einen Teil-GdB von 10, nachdem solche gegenüber dem M wohl gar nicht angegeben worden seien.

Am 8. Februar 2021 hat die Klägerin Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Die Einschätzung des Lungenbefundes mit einem Teil-GdB von 30 erscheine außerordentlich restriktiv, die Berufung solle aber primär auf die orthopädische Befundlage gestützt werden. Betroffen seien die Schulter, der Zustand nach der erfolgten Schulteroperation sei alles andere als optimal, weiter die HWS mit ausstrahlenden Schmerzzuständen, degenerativen Veränderungen über mehrere Etagen hinweg und breitbasigen Protusionen. Eingeschränkt seien alle drei Segmente der Wirbelsäule und daneben auch die Hüftgelenke sowie das rechte Kniegelenk, wobei exakte Angaben zur Beurteilung fehlten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 21. Januar 2021 sowie den Bescheid vom 4. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2019 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 20. Februar 2018 einen GdB von mindestens 60 seit dem 11. September 2018 festzustellen, hilfsweise, den Sachverständigen R zu den versorgungsärztlichen Ausführungen des W zu hören.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das orthopädische Sachverständigengutachten des R vom 30. Juni 2021 aufgrund ambulanter Untersuchung erhoben, der auf orthopädisch-unfallchirurgischen Gebiet einen GdB von 30 gesehen hat. Diesem gegenüber hat die Klägerin zu sportlichen Aktivitäten/Hobbys angegeben, regelmäßig das Laufband zu benutzen. Das Gangbild sei nicht verlangsamt und normalschrittig ohne erkennbares Schonhinken gewesen. Das An- und Ausziehen habe sie alleine durchgeführt. Es habe sich ein ausgeprägter Druck- und Klopfschmerz über der Dornfortsatzreihe der unteren HWS und am Übergang zur BWS gezeigt. Dabei seien keine ausstrahlenden Sensationen/Beschwerden angegeben worden. Die paravertebrale HWS-Muskulatur sei verhärtet und verspannt. Im Bereich der Dornfortsätze der Wirbelsäule bestehe ein Klopfschmerz im Bereich des Übergangs von BWS zur LWS und stark ausgeprägt im Bereich der LWS selbst. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) habe bei 12 cm gelegen. Im Bereich der oberen Extremitäten hätten die Schulterergelenke beidseits prominente und links schmerzhaft Strukturen gezeigt. Die Radialispulse seien beidseits palpierbar gewesen. Bei der Beweglichkeitsprüfung der Schulterergelenke seien explizit mehrfach und assistiv-unterstützend die Bewegungsausmaße gemessen worden, um Über- oder Untertreibungen zu vermeiden. Die notierten Messwerte bei fixiertem Schulterblatt stellten die aktiven, also selbst von der Klägerin zu erreichenden Bewegungsausmaße dar. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke habe für Flexion/Extension rechts bei 100-0-0° und links bei 105-0-0° gelegen, die Zehenspitzen und Fersenhebung sowie die Großzehenhebung und -senkung seien im Stehen und Liegen beidseits kräftig und frei. Der Einbeinstand sei beidseits sicher vorführbar. Die Beweglichkeit des Kniegelenks habe für Flexion/Extension rechts bei 0-0-135° und links bei 0-0-140° gelegen. Bei der orientierenden neurologischen Untersuchung hätten sich keine zentralen motorischen Störungen nachweisen lassen. Im Bereich der Wirbelsäule liege seit Jahren ein rezidivierendes Wirbelsäulenschmerzsyndrom vor, was Gegenstand ärztlicher Behandlungen sei. Vor allem im Bereich der HWS sei bei einer Skoliose und Osteochondrosen und einer aktuell eingeschränkten Beweglichkeit ein häufiges Schmerzsyndrom als glaubhaft und wahrscheinlich anzunehmen. Im Bereich der BWS bestehe eine Kyphose und Skoliose, ebenso im Bereich der LWS. Die Funktionsstörungen der Wirbelsäule seien nicht sehr stark ausgeprägt, was sich an den typischen Funktionswerten der Wirbelsäule ablesen lasse. Diese Werte seien nicht sehr stark eingeschränkt, sodass die Funktion nur als leicht bis allenfalls mittelgradig eingeschränkt anzusehen sei. Vielmehr gehe er von einem latenten Schmerzsyndrom aus. Der GdB für die Wirbelsäule sei nicht einfach einzuschätzen, er schwanke zwischen 20 und 30. In der Gesamtschau des Wirbelsäulenbefundes gehe er von einem mit 20 vielleicht untergrenzwertig, aber doch korrekt eingeschätztem Wirbelsäulenbefund aus. Im linken Schulterergelenk seien die lokalen Verhältnisse reizlos und unauffällig, es bestehe aber ein Druckschmerz über dem Schulterergelenk und eine Schmerzhaftigkeit und Schwäche der Rotatorenmanschette. Die Armhebung habe zwischen 90 und 100° gelegen, die Vorneigung sei ebenfalls eingeschränkt gewesen. Die Drehfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen, bei Zustand nach Operation und im Vergleich zur Gegenseite sei ein Teil-GdB von 20 anzunehmen. Die Hüftgelenke zeigten klinisch wie radiologisch eine beidseitige Arthrose Grad I-II, jedoch habe die Beugefähigkeit rechts 100° und links 105° betragen, sodass ein Teil-GdB von 10 anzunehmen sei. Die übrigen Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet bedingten keinen relevanten GdB.

Der Beklagte ist dem Sachverständigengutachten unter Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des W entgegengetreten. Der Teil-GdB für die Funktionsminderung des linken Schulterergelenkes sei zu hoch gegriffen. Es werde ausdrücklich angegeben, dass die Beweglichkeit des Schulterergelenkes bei fixiertem Schulterblatt überprüft worden sei. Nach den Vorgaben müsse die Bewegungseinschränkung aber einschließlich Schultergürtel und somit bei freigegebenem Schulterblatt geprüft werden. Bei freigegebenem Schulterblatt seien daher noch bessere Bewegungsmaße zu erwarten. Für die Abduktion des linken Schulterergelenkes werde mit fixiertem Schulterblatt eine Bewegungseinschränkung von 90° angegeben, für die Armvorneigung aber noch von 100°. Der Armvorhebung komme funktionell gesehen im Alltag im Vergleich zur Seithebung die wesentliche größere Bedeutung zu. Der angegebene Teil-GdB von 10 für die Funktionsminderung der Hüftgelenke sei bei angegebener Beweglichkeit für Strecken/Beugen rechts 0-0-100° und links 0-0-105° ebenfalls zu weitreichend. Im Übrigen ergäbe sich selbst bei theoretischer Annahme einer Teil-GdB von 20 statt 10 für die linke Schulter sowie eines Teil-GdB von 10 für beide Hüftgelenke integrativ im Ergebnis dennoch kein höherer Gesamt-GdB als 40 wie bisher.

Der Sach- und Streitstand ist mit den Beteiligten in nichtöffentlicher Sitzung am 21. Oktober 2021 erörtert worden (vgl. Protokoll vom

gleichen Tag).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 21. Januar 2021, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) auf Neufeststellung des GdB unter Aufhebung des Bescheides vom 4. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([§ 95 SGG](#)) vom 6. September 2019 sowie unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 20. Februar 2018 abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08](#) –, juris, Rz. 26; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34).

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Der Bescheid vom 4. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2019 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Sie kann auch nach Überzeugung des Senats die Feststellung eines höheren GdB als 40 nicht beanspruchen. Das Sachverständigengutachten des R führt zu keiner anderen Beurteilung, nachdem dieser keine tragenden Befunde erhoben hat und seine GdB-Einschätzung den Bewertungsvorgaben nicht entspricht.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung im Gesundheitszustand ist auszugehen, wenn diese einen um wenigsten 10 veränderten Gesamt-GdB rechtfertigt (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 – [B 9 SB 1/03 R](#) –, juris, Rz. 12). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt – teilweise – aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 – [9a RVs 55/85](#) –, juris, Rz. 11 m. w. N.). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des – teilweise – aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 – [B 9 V 2/10 R](#) –, SozR 4-3100 § 35 Nr. 5, Rz. 38 m. w. N.).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, nachdem sich der Senat nicht davon überzeugend konnte, dass in den gesundheitlichen Verhältnissen, die dem maßgebenden Vergleichsbescheid vom 20. Februar 2018 zu Grunde lagen und mit dem der Beklagte den GdB auf 40 erhöht hat, eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die eine Neufeststellung des GdB rechtfertigt. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Der Anspruch richtet sich nach [§ 152 Abs. 1](#) und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der aktuellen, seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung durch Art. 1 und 26 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Menschen mit Behinderungen sind nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)). Nachdem noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)), entsprechend ([§ 241 Abs. 5 SGB IX](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu [§ 2 VersMedV](#) ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 – [B 9 V 25/98 R](#) –, SozR 3-3100 § 30 Nr. 22). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

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

Der Gesamt-GdB ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten, in freier richterlicher Beweismäßigkeit festzulegen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Teil- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 5).

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

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der GdB mit 40 nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig festgestellt ist.

Die vorwiegenden Funktionsbeeinträchtigungen liegen bei der Klägerin im Funktionssystem „Atmung“, welches mit einem Teil-GdB von 30 nicht zu niedrig bewertet ist.

Nach den VG, Teil B, Nr. 8.8 ist bei einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose ein GdB von 100 anzunehmen, bei einer nicht ansteckungsfähigen ohne Einschränkung der Lungenfunktion ein GdB von 0. Ansonsten ist der GdB je nach Einschränkung der Lungenfunktion zu bewerten. Nach den VG, Teil B, Nr. 8.3 liegt eine dauernde Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades vor bei einer das gewöhnliche Maß übersteigenden Atemnot mit mittelschwerer Belastung, statischen und dynamischen Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normalbereich, die mit einem GdB von 20 bis 40 zu bewerten ist.

Nach diesen Maßstäben hat bei der Klägerin eine TBC bestanden, wie der Senat dem Entlassungsbericht der HKlinik entnimmt, den er im Wege des Urkundsbeweises verwertet ([§ 118 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff.](#) Zivilprozessordnung [ZPO]). Indessen haben die nachfolgenden Kontrolluntersuchung kein aktives Krankheitsgeschehen mehr gezeigt und ein Rezidiv ist sowohl klinisch (vgl. die Befundberichte der R und Z) wie auch radiologisch (vgl. Befundbericht der Radiologie S1) ausgeschlossen worden.

Die Lungenfunktion konnte im Verlauf der stationären Rehabilitation gesteigert werden, wie der Senat dem urkundsbeweislich zu verwertenden Entlassungsbericht entnimmt. Der Z hat korrespondierend hierzu in seiner sachverständigen Zeugenauskunft eine unter Therapie gebesserte Lungenfunktion und eine nur leichtgradige Einschränkung mit einem FEV1-Wert von 75 % beschrieben. Dementsprechend hat sich die Klägerin bei diesem nach 2017 auch erst 2019 wieder vorgestellt, so dass noch nicht einmal eine fachärztliche Behandlung erforderlich war. Soweit die Z1 einen schlechteren Lungenbefund angenommen hat, beziehen sich diese Ausführungen auf einen Zeitraum vor dem Untersuchungsbefund des Z und stehen im Widerspruch dazu, dass dieser gerade keine Befundverschlechterung objektivieren konnte. H1 hat daher versorgungsärztlich für den Senat überzeugend dargelegt, dass deren erhobene Befunde die Schlussfolgerungen und dementsprechend den Bewertungsvorschlag hinsichtlich des GdB nicht tragen. Daneben hat M1

versorgungszünftig, ebenfalls überzeugend, herausgearbeitet, dass die Vitalkapazität und die Einsekundenkapazität nicht um weniger als ein Drittel von den Referenzwerten abweichen. Es zeigte sich nur eine leichtgradige gemischte Ventilationsstörung und in der Fahrradergometrie wurde die 75-Watt-Stufe erreicht, ohne dass Einschränkungen von Seiten der Lungen oder des Herzens beschrieben worden sind. Vielmehr erfolgte der Abbruch wegen einer Ermüdung der Beine. Ein höherer Teil-GdB als 30 ist daher weiterhin nicht begründet.

Im Funktionssystem „Rumpf“, zu dem auch die Wirbelsäule zu rechnen ist, kommt, entgegen der Einschätzung des Sachverständigen R, kein Teil-GdB von 20 in Betracht.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhaft eingeschränkte Bewegungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen. Bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind unter Beachtung der Krankheitsentwicklung neben der strukturellen und funktionellen Einbuße die Aktivität mit ihren Auswirkungen auf den Allgemeinzustand und die Beteiligung weiterer Organe zu berücksichtigen.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 ergibt sich der GdB bei angeborenen und erworbenen Wirbelsäulenschäden (einschließlich Bandscheibenschäden, Scheuermann-Krankheit, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose und dem so genannten „Postdiskotomiesyndrom“) primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Der Begriff Instabilität beinhaltet die abnorme Beweglichkeit zweier Wirbel gegeneinander unter physiologischer Belastung und die daraus resultierenden Weichteilveränderungen und Schmerzen. So genannte „Wirbelsäulensyndrome“ (wie Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie sowie andere Nerven- und Muskelreizerscheinungen) können bei Instabilität und bei Einengungen des Spinalkanals oder der Zwischenwirbellöcher auftreten. Für die Bewertung von chronisch-rezidivierenden Bandscheibensyndromen sind aussagekräftige anamnestiche Daten und klinische Untersuchungsbefunde über einen ausreichend langen Zeitraum von besonderer Bedeutung. Im beschwerdefreien Intervall können die objektiven Untersuchungsbefunde nur gering ausgeprägt sein.

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

Nach diesen Maßstäben ergeben sich auch aus dem Sachverständigengutachten des R keine wenigstens mittelgradigen Funktionseinschränkungen in wenigstens einem Wirbelsäulenabschnitt.

Im Bereich der HWS hat der Sachverständige einen Kinn-Jugulum-Abstand von 2/17 cm befundet, eine Beweglichkeit für Flexion/Extension von 50-0-60° (Norm: 50 bis 70°-0-40 bis 50°), für die Seitneigung rechts/links von 35-0-30° (Norm: 30 bis 40°-0-30 bis 40°) und für die Rotation rechts/links von 70-0-75° (Norm: 60 bis 80°-0-60 bis 80°). Somit liegen maximal endgradige Funktionseinschränkung in zwei Bewegungsrichtungen vor, für die Rotation zeigt sich eine Normalbeweglichkeit. Bei beschriebenen Druck- und Klopfschmerzen sind ausstrahlende Sensationen/Beschwerden verneint worden, sodass die von M beschriebene Tendenz zur Schmerzausstrahlung nicht bestätigt worden ist. Im Übrigen hat dieser in seinen Befundberichten jeweils nur Verspannungen der HWS bei freier Beweglichkeit beschrieben und radiokuläre Ausfälle verneint. Ebenso hat der Neurologe Dr. Roick einen unauffälligen Befund an der HWS erhoben, einen Bandscheibenvorfall verneint sowie auf freie Wurzel- und Spinalkanäle verwiesen. Damit einhergehend hat M1 die MRT vom 18. Januar 2019 versorgungszünftig überzeugend dahingehend ausgewertet, dass sich nur degenerative Veränderungen ohne neurologische Ausfallerscheinungen gezeigt haben, wobei dabei zu berücksichtigen ist, dass das radiologische Bild allein jedoch für die Einschätzung des GdB nicht relevant ist (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.1).

Die Beweglichkeit der Wirbelsäule (BWS/LWS) ist für die Seitneigung mit 30-0-30° (Norm: 30 bis 40°-0-30 bis 40°) und für die Rotation mit 35-0-35° (Norm: 30 bis 50°-0-30 bis 50°) befundet worden, der Finger-Boden-Abstand lag bei 13 cm. Das Zeichen nach Ott ist mit 30:32,5 cm (Norm: 30:32 cm) bestimmt worden, sodass sich auch hier nur endgradige Bewegungseinschränkungen zeigten. Lediglich das Zeichen nach Schober war mit 10:11,5 cm (Norm: 10:15cm) deutlicher eingeschränkt, rechtfertigt in der Gesamtschau der Befunde aber die Annahme mittelgradiger Einschränkungen ebenfalls nicht. Soweit der Sachverständige auf die radiologischen Befunde verweist, rechtfertigt sich hieraus keine andere Beurteilung, da diese nur zur Plausibilisierung von Funktionseinschränkungen heranzuziehen sind, aus dem radiologischen Befund selbst aber nicht auf die Höhe des GdB zu schließen ist (vgl. oben). Die Funktionsbefunde ergeben, wie R selbst einräumt, im Wesentlichen nur leichtgradige Einschränkungen. Eine Höherbewertung ist auch nicht aufgrund der beklagten Schmerzen gerechtfertigt, die der Sachverständige ohnehin nur als latent, also nicht aktuell beschrieben hat. Abgesehen davon, dass die üblichen Schmerzen von der GdB-Bewertung bereits umfasst sind (vgl. VG, Teil A, Nr. 2i), hat der Sachverständige ein außergewöhnliches

Schmerzsyndrom – wie aber erforderlich – nicht gesichert, vielmehr hält er es nur aufgrund der Grunderkrankungen einer Skoliose und der Osteochondrosen für wahrscheinlich. Im Vollbeweis gesichert hat er es nicht, im Übrigen hat deswegen bislang keine Behandlung in Anspruch genommen werden müssen. Im Übrigen fehlt es hierfür auch an einem organischen Korrelat. Ein Teil-GdB von 20 ergibt sich somit nicht.

Im Funktionssystem „Arme“ ist ebenfalls kein Teil-GdB von 20 gegeben. Diesem Funktionssystem sind die geklagten Schulterprobleme zuzurechnen, wie sich schon aus der systematischen Stellung in den VG ergibt. Danach werden Schulterbeschwerden unter VG, Teil B, Nr. 18.13 und damit bei den „oberen Gliedmaßen“ bewertet (so auch Senatsurteile vom 18. Juli 2019 – [L 6 SB 785/19](#) –, juris, Rz. 48 und vom 6. September 2018 – [L 6 SB 4262/17](#) –, juris, Rz. 46) und nicht im Funktionssystem „Rumpf“, wie es R letztlich einordnet, wenn er die Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden zu einem „Gesamt-GdB“ auf orthopädischem Gebiet zusammenfasst.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 führt eine Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit einer nur bis 120° möglichen Armhebung mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit zu einem GdB von 10, eine nur bis 90° mögliche Armhebung mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit zu einem GdB von 20.

Nach den Feststellungen des Sachverständigen R lag die Beweglichkeit für die Hebung arm seitwärts/körperwärts rechts bei 120-0-25° und links bei 90-0-30°, die Beweglichkeit für die Armhebung rückwärts/vorwärts bei rechts 35-0-125° und links bei 30-0-100°. Bei anliegenden Oberarm lag die auswärts-/einwärts Drehung bei rechts 90-0-80° und links bei 90-0-70° sowie für die Bewegung kopfwärts/fußwärts bei 60-0-60° rechts und 50-0-50° links. Somit ergibt sich ein Normalbefund auf der rechten Seite und eine Bewegungseinschränkung auf der linken Seite, die mit einem GdB von nicht mehr als 10 zu bewerten ist. Die Armhebung war der Klägerin noch über 90° möglich und die Drehfähigkeit nicht eingeschränkt. Der Umstand allein, dass an der linken Schulter eine Arthroskopie durchgeführt worden ist, rechtfertigt eine Erhöhung des GdB nicht, abgesehen davon, dass die lokalen Verhältnisse als reizlos und unauffällig befundet worden sind.

Nachdem die von R mit fixiertem Schulterblatt erhobenen Messwerte eine GdB-Einschätzung von 20 bereits nicht tragen, kommt es auf die Darlegungen des W nicht entscheidungserheblich an. Zwar dürfte dieser zu Recht darauf hinweisen, dass die Beweglichkeit des Schultergürtels nach den Bewertungsvorgaben der VG zu beurteilen ist und daher keine Messung bei fixiertem Schulterblatt zu erfolgen hat. Indessen hat W schlüssig dargelegt, dass bei nicht fixiertem Schulterblatt noch bessere Messwerte der Beweglichkeit zu erwarten sind, woraus sich keine andere Beurteilung rechtfertigt. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass für eine solch bessere Beweglichkeit spricht, dass M die Armvorhebung links mit 170° und die Seithebung mit 180° befundet hat.

Letztlich ergeben sich im Funktionssystem „Beine“ keine GdB-relevanten Gesundheitsstörungen, wie sie auch von R letztlich nicht gesehen worden sind. Die Hüftgelenke sind mit einer Beweglichkeit rechts von 100-0-0° und links 105-0-0° nicht wenigstens geringgradig eingeschränkt (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14 [Streckung/Beugung 0-10-90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit]) und im Bereich der Kniegelenke zeigte sich ebenfalls mit einer Beweglichkeit von rechts 0-0-135° und links 0-0-140° keine wenigstens geringgradige Bewegungseinschränkung (vgl. VG, Teil B, Nr. 18.14 [Streckung/Beugung bis 0-0-90°]). Für eine GdB-relevante Einschränkung haben sich im Übrigen schon aus der sachverständigen Zeugenauskunft des M keine tragfähigen Anhaltspunkte ergeben, nachdem dieser die Beweglichkeit der Hüftgelenke (beidseits) mit 130-0-0° und die der Kniegelenke (beidseits) mit 0-0-130° befundet hat. Ausgeprägte Knorpelschäden mit anhaltenden Reizerscheinungen sind ebenfalls nicht objektiviert, vielmehr hat R radiologisch nur eine Gonarthrose Grad I beschrieben.

Ein höherer Gesamt-GdB als 40, wie ihn der Beklagte bereits festgestellt hat, kommt daher angesichts der anzunehmenden Teil-GdB nicht in Betracht. Soweit R einen GdB auf orthopädischem Gebiet bildet, wird dies den Bewertungsvorgaben der VG, die eine Bewertung nach Funktionssystemen fordern (vgl. VG, Teil A, Nr. 2e), schon nicht gerecht, abgesehen davon, dass die von ihm erhobenen Befunde die angenommenen Teil-GdB nicht rechtfertigen. Für die GdB-Einschätzung des G1 fehlt es schon an der Mitteilung irgendwelcher Funktionsbefunde, auf die sich diese stützen könnte. Darauf, dass der Bezug zu den VG gänzlich fehlt, kommt es damit nicht entscheidungserheblich an.

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen Grundlagen vermittelt. Insbesondere bestand keine Veranlassung zur weiteren Ermittlungen hinsichtlich der Lungenfunktionseinschränkung, nachdem der behandelnde Z eine Verbesserung des Lungenbefundes, aber gerade keine Verschlechterung beschrieben hat und auch im Übrigen keinerlei Befunde gegeben sind, die auf eine solche hindeuten würden. Weitere Ermittlungen dahingehend ohne greifbare Anhaltspunkte stellen sich als Ausforschung des Sachverhaltes dar, die nicht geboten ist (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Oktober 2018 – [B 9 V 20/18 B](#) –, juris, Rz. 19).

Den Antrag, R gemäß [§ 109 SGG](#) zu den Ausführungen des W zu hören, hat der Senat abgelehnt. Die versorgungsärztlichen Darlegungen beziehen sich in erster Linie auf die Einschätzung des GdB und damit auf rechtliche, nicht aber medizinische Fragen, die durch den Sachverständigen zu beantworten wären. Dass die Beweglichkeit des Schultergelenks mit fixiertem Schulterblatt gemessen worden ist, hat R in seinem Sachverständigengutachten ausdrücklich beschrieben, sodass dies durch das Gutachten selbst belegt ist bzw. bereits beantwortet ist, so dass eine erneute Befragung im Ergebnis auf eine wiederholte Beweiserhebung abzielt, auf die kein Anspruch besteht. Es ist nicht erkennbar, welchen über die Wiederholung der bereits vorliegenden Äußerungen hinausreichenden Mehrwert die erneute Befragung haben soll (Senatsurteil vom 6. April 2017 – [L 6 VJ 1281/15](#) –, juris, Rz. 73). Dass W, wohl zutreffend, darauf hinweist, dass dies den Bewertungsvorgaben der VG nicht entspricht, ändert an der medizinischen Befunderhebung nichts. Abgesehen davon kommt es hierauf nicht entscheidungserheblich an, da W selbst ausführt, dass sich unter Zugrundelegung der erhobenen Werte die – rechtliche – Bewertung des Sachverständigen R nicht rechtfertigt. Soweit er darüber spekuliert, dass sich mit nicht fixiertem Schulterblatt noch bessere Messwerte ergeben dürften, ist dies nicht entscheidungsrelevant.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-06-08