

## L 3 SB 4291/19

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
3.  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 18 SB 479/19  
Datum  
11.12.2019  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 3 SB 4291/19  
Datum  
29.06.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 11.12.2019 wird zurückgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten ist die Entziehung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Eintritts einer Heilungsbewährung streitig.

Der 1955 geborene Kläger wurde im September 2011 wegen eines Dickdarmtumors operiert. Ab Oktober 2011 erfolgte die Chemotherapie bis Mai 2012, wobei im Januar 2012 eine operative Entfernung von Lebermetastasen erfolgte.

Am 29.11.2011 stellte er erstmals einen Antrag auf Feststellung eines GdB unter Vorlage eines Befundberichts des R vom 27.10.2011, in dem dieser den dringenden Verdacht auf eine synchrone Lebermetastase bei Karzinom am rektosigmoidalen Übergang, ED 09/2011 äußerte.

Mit Bescheid vom 14.12.2011 stellte der Beklagte seit dem 29.11.2011 einen GdB von 90 aufgrund der „Dickdarmerkrankung (in Heilungsbewährung), Folgeerkrankung“ fest. Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von E vom 11.12.2011 zugrunde, der eine Nachprüfung für Februar 2017 empfahl.

Im Februar 2017 leitete der Beklagte das Überprüfungsverfahren ein. Laut dem beigezogenen Befundbericht des R vom 28.03.2017 ergab die abschließende onkologische Untersuchung keinen Hinweis auf weitere Tumormanifestationen nach ursprünglich in die Leber metastasiertem Kolonkarzinom. Der Kläger leide noch immer unter Dysästhesien in den Fußsohlen, insbesondere, wenn bei der Arbeit Sand in die Schuhe gelange.

Mit Anhörungsschreiben vom 15.08.2017 teilte der Beklagte dem Kläger mit, dass in den gesundheitlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten sei, da nach Ablauf der fünfjährigen Heilungsbewährung kein Rezidiv und auch kein sonstiger pathologischer Befund vorliege. Ein GdB von mindestens 20 könne nicht mehr festgestellt werden. Dem lag die versorgungsärztliche Stellungnahme von N vom 14.08.2017 zugrunde, wonach der Teilverlust des Dickdarms und der Teilverlust der Leber jeweils keinen Teil-GdB von 10 begründeten.

Nachdem der Kläger auf das Schreiben nicht reagiert hatte, hob der Beklagte den Bescheid vom 14.12.2011 durch Bescheid vom 18.12.2017 nach [§ 48 SGB X](#) auf und teilte mit, ein GdB von mindestens 20 liege ab dem 21.12.2017 nicht mehr vor.

Gegen den Aufhebungsbescheid legte der Kläger am 09.01.2018 Widerspruch ein und wies darauf hin, dass er nach der Chemotherapie an Polyneuropathien an den Füßen, Parästhesien und Hörstörungen leide. Er sei psychomental verändert seit der Erkrankung. Ein GdB von 50 sei nach wie vor angemessen.

Er legte ein ärztliches Attest des F vom 20.08.2018, einen Zwischenbericht des A vom 17.04.2018, (erneut) den Befundbericht des R vom 28.03.2017 und einen Bericht der L-F vom 04.05.2018 vor.

Der Beklagte holte hierauf einen Befundbericht bei L-F ein, die unter Vorlage eines Tonaudiogramms vom 03.05.2018 mitteilte, bei dem Kläger liege eine seitengleiche Hochtoninnenohrhörmindernng vor („re annähernd normales, li annähernd geringgradige Schwerhörigkeit“), aktuell seien aber keine Hörgeräte indiziert.

In ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 25.09.2018 berücksichtigte K als Funktionsbeeinträchtigungen eine Polyneuropathie sowie eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von jeweils 10. Nicht mit einem GdB zu berücksichtigen seien der Teilverlust des Dickdarms, der Teilverlust der Leber, eine Nierenfunktionseinschränkung, Narbenbeschwerden sowie die Schwerhörigkeit. Eine seelische Störung sei nicht nachgewiesen.

Nach erneuter Anhörung wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 21.01.2019 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 29.01.2019 Klage zum Sozialgericht (SG) Freiburg erhoben und zur Begründung vorgetragen, im Zuge der Heilungsbewährung sei eine GdB-Anhebung von 50 üblich, so dass ein GdB von 40 übrigbleibe. Es bleibe immer ein Residuum und eine gewisse Behinderung zurück. Mit den von F beschriebenen schweren Polyneuropathien liege ein Einzel-GdB von 30 bis 40 vor, insbesondere aufgrund der Sturzneigung. Der Prozessbevollmächtigte hat hervorgehoben, er vertrete die Auffassung, dass ein Mensch, der eine schwere Krebserkrankung durchlaufen habe, grundsätzlich den Schwerbehinderungsgrad von 50 behalten müsse. Er würde es begrüßen, wenn ärztliche Befundberichte eingeholt würden und beantrage dies hier von Amts wegen zu ermitteln. Ansonsten bestehe Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung, auch per Gerichtsbescheid.

Nach Anhörung der Beteiligten zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat das SG Freiburg die Klage durch Gerichtsbescheid vom 11.12.2019 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, das Gericht folge hinsichtlich der rechtlichen Bewertung des vorliegenden Sachverhalts der zutreffenden Begründung in Bescheid und Widerspruchsbescheid des Beklagten, auf den gemäß [§ 136 Abs. 3 SGG](#) Bezug genommen werde. Insbesondere sei eine bei dem Kläger diagnostizierte Polyneuropathie mit einem GdB von 10 hinreichend berücksichtigt. Aus dem Bericht des A ergebe sich, dass dieser lediglich eine Hypästhesie der Fußsohlen habe feststellen können, das Gangbild sei sicher gewesen.

Hiergegen hat der Kläger am 19.12.2019 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sein Prozessbevollmächtigter hat zur Begründung vorgetragen, das Gericht habe den entsprechenden Sachvortrag regelrecht ignoriert und da Ermittlungstätigkeiten vorzunehmen seien, sei die Angelegenheit an das SG zurückzuverweisen. Es sei beantragt worden, ärztliche Befundberichte einzuholen und von Amts wegen bei den behandelnden Ärzten zu ermitteln. Das Attest des F sei durch das Gericht komplett ignoriert worden. Der Kläger verliere durch eine solche Verhaltensweise des Gerichts eine Instanz.

Mit Schreiben vom 13.04.2022 und vom 14.04.2022 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt, ein neurologisches Gutachten wegen der Polyneuropathie des Klägers und damit verbundenen Gangunsicherheiten und Gangbehinderungen einzuholen. Mit Schreiben vom 11.05.2022 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers vorgetragen, aus dem Bericht des F vom 21.04.2021 ergebe sich eine psychiatrische Folge der Erkrankung, was bei der Schwere der Erkrankung und Lebensbedrohlichkeit im vorliegenden Falle nicht weiter erstaunlich sei. Es sei dem Grundtypus des Klägers zuzuschreiben, dass er sich nicht, soweit ersichtlich in psychiatrische Begleitbehandlung begeben habe, aber das heiße nicht, dass er nicht einen entsprechenden Leidensdruck habe und eine entsprechende Persönlichkeitsveränderung hinzunehmen habe. Er halte weiter daran fest, von Amts wegen ein Gutachten aus neurologisch-psychiatrischer Sicht einzuholen.

Der Kläger beantragt,

1. den Gerichtsbescheid des SG Freiburg vom 11.12.2019 aufzuheben
2. die Sache an das SG im Rahmen des [§ 159 SGG](#) wegen Vorliegen eines Verfahrensmangels zurückzuverweisen
3. hilfsweise, den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019 dazu zu verurteilen, über den Kläger weiterhin einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

hilfsweise, ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er verweist auf die Entscheidungsgründe des Gerichtsbescheides und trägt ergänzend vor, die eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen belegten eindeutig den Eintritt von Heilungsbewährung und die vorgenommenen Feststellungen hinsichtlich der Höhe des GdB.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen.

L-F hat mitgeteilt, den Kläger einmalig am 03.05.2018 behandelt zu haben und die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes zu teilen, da auch sie nach der „Feldmann-Tabelle“ von 1995 aus den Schwerhörigkeitsgraden beider Ohren eine „MdE“ von 0 ablese.

A hat angegeben, den Kläger einmalig am 17.04.2018 behandelt und eine chemotherapie-induzierte distal-symmetrische Polyneuropathie diagnostiziert zu haben. Die damals berichteten Gesundheitsstörungen seien als leichtgradig einzustufen und bezögen sich auf Missempfindungen/Parästhesien in der Fußsohle beidseits mit schmerzhafter Hyperpathie und einer Taubheit bzw. Kältegefühl vorwiegend im Winter. Er teile die Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes und schätze den GdB auf neurologischem Fachgebiet zum Zeitpunkt 04/2018 auf 10.

F hat unter Vorlage medizinischer Befundberichte (u.a. Befundbericht der S vom 26.02.2019) ausgeführt, weder bei den degenerativen Veränderungen an Gelenken und Wirbelsäule noch bei der chemotherapie-induzierten Polyneuropathie sei von einer Besserung auszugehen,

sondern eher von einer Zunahme der Beschwerden. Wegen anhaltender thorakaler Schmerzen habe eine kardiologische Vorstellung am 26.02.2019 stattgefunden, die erfreulicherweise keinen Hinweis auf Herzschwäche oder das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung ergeben habe. Seiner Meinung nach habe die Dickdarmerkrankung beim Kläger eine schwere Verunsicherung die ganze Persönlichkeit betreffend ausgelöst. Diagnostisch sei von einer erschwerten Krankheitsverarbeitung im Rahmen einer protrahierten, reaktiven depressiven Episode auszugehen, die aber nicht thematisierbar gewesen sei. Der Heilerfolg könne nicht in vollem Umfang als positiv erlebt werden. Die Erkrankung habe eine leider wohl dauerhafte erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit und damit auch eine GdB-valide Gesundheitseinschränkung ausgelöst. Aus den Karteieinträgen ist die Diagnose einer Depression am 26.06.2012, die Diagnose Anpassungsstörung am 09.11.2017 sowie der am 17.09.2018 geäußerte Verdacht auf psychische Belastung durch Arbeit ersichtlich.

V hat mitgeteilt, bei dem Kläger von August 2011 bis März 2019 nur mit unauffälligen Kontroll-Koloskopen befasst gewesen zu sein.

E1 hat angegeben, den Kläger einmalig 2014 und dann 2020 behandelt zu haben. Bei dem Kläger lägen radiologisch gesicherte degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule vor. Der Schweregrad der Lumboischialgie links mit sensomotorischer Wurzelkompression L5 links bei sequestriertem Bandscheibenvorfall L 4/5 sowie der Myogelosen der Schulter-Nacken-Muskulatur mit rezidivierenden Blockierungen bei Osteochondrose C 5/6 und C6/7 sei mittel, der Schweregrad des Impingements und Rotatorenmanschettensyndroms der rechten Schulter sei leicht. Es ergebe sich ein Gesamt-GdB von 30.

Nach Auswertung der sachverständigen Zeugenaussagen hat W in einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.09.2021 ausgeführt, an der bisherigen Beurteilung sei in vollem Umfang festzuhalten. Aus den Angaben des F lasse sich ohne Vorlage eines aussagefähigen psychiatrischen/psychotherapeutischen Befundberichts auf psychischem Gebiet keine GdB-relevante Behinderung nachweislich ableiten. Der Auskunft des E1 seien keine anhaltenden Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule zu entnehmen. Die Auskunft von L-F und die Auskunft von A bestätigten die bisherige Bewertung, auf kardiologischem Gebiet lasse sich aus dem Befundbericht von S kein messbarer GdB ableiten.

Der Senat hat anschließend ein medizinisches Sachverständigengutachten bei P eingeholt (Gutachten vom 24.01.2022, Untersuchungstag 28.12.2021). Dieser hat angegeben, bei dem Kläger bestünden

- (1.) rezidivierende Lumbodorsalgien (Lendenwirbelsäulenbeschwerden) mit linksbetonter muskulärer Verspannung, röntgenologisch mäßig fortgeschrittene bandscheibenbedingte Degeneration, kernspintomographisch mehrsegmentale Spondylosteochondrose der Lendenwirbelsäule mit kleinem Bandscheibenvorfall L4/L5, mit Kontakt zur Wurzel L5 links, funktionell endgradig eingeschränkter Funktion der Lendenwirbelsäule, ohne wirbelsäulenbedingte Nervenwurzelreizung, ohne wirbelsäulenbedingte peripher neurologische Ausfälle, mit intakter Blasen- und Mastdarmfunktion,
- (2.) rezidivierende Cerviodorsalgien (Nackenbeschwerden), röntgenologisch mäßige bandscheibenbedingte Degeneration, funktionell altersentsprechend normale Beweglichkeit der Halswirbelsäule, ohne halswirbelsäulenbedingte Nervenwurzelreizeichen, ohne halswirbelsäulenbedingte peripher neurologische Ausfälle,
- (3.) rezidivierende Schulterbeschwerden beidseits rechts betont, röntgenologisch zentrierte Oberarmkopfstellung, beginnende knöcherne Einengung des Subacromialraumes, sonografisch intakte Sehnen der Rotatorenmanschette, klinisch beginnende Zeichen eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter, funktionell altersentsprechend normale Funktion der rechten Schulter ohne peripher neurologische Ausfälle.

P hat ausgeführt, bei nur geringen bis leichtgradigen funktionellen Auswirkungen bestünde in beiden Wirbelsäulenabschnitten ein Einzel-GdB von jeweils 10. Der Einzel-GdB für die Polyneuropathie der Füße liege ebenso wie der Einzel-GdB für den Teilverlust des Dickdarms mit Durchfallneigung und der Teilverlust der Leber jeweils bei 10. Der GdB für die rechte Schulter, die Hochton-Hörminderung, die Nierenfunktionseinschränkung sowie Narbenbeschwerden liege jeweils unter 10.

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

### **Entscheidungsgründe**

Die gemäß §§ 143 und 144 SGG statthafte, nach § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 1 SGG i. V. m. 124 Abs. 2 SGG durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet. Weder hat der Kläger einen Anspruch auf Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Sozialgericht (dazu 1.), noch hat er einen Anspruch auf einen GdB von 50 (dazu 2. und 3.).

1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Zurückverweisung des Rechtsstreits an das SG Freiburg. Nach § 159 Abs. 1 SGG kann das Landessozialgericht durch Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückverweisen, wenn 1. dieses die Klage abgewiesen hat, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, 2. das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und auf Grund dieses Mangels eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist. Die Zurückverweisung steht damit im Ermessen des Landessozialgerichts. Es kann dahinstehen, ob vorliegend die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 159 Abs. 1 SGG – insbesondere des Abs. 1 Nr. 2 SGG – überhaupt erfüllt sind. Der Kläger hat den Zurückverweisungsantrag in der Sache mit den seiner Meinung nach fehlenden Ermittlungen begründet und ausgeführt, es hätten Befundberichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt werden müssen. Nachdem der erkennende Senat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen gehört und ein orthopädisches Gutachten eingeholt hat, ist er diesem Begehren nachgekommen. Demnach sind keine Gründe ersichtlich, die im Rahmen der nach § 159 Abs. 1 SGG zu treffenden Ermessensentscheidung für eine Zurückverweisung sprechen könnten. Nach Überzeugung des Senats sprechen insbesondere die bei der Ermessensausübung zu beachtenden Gesichtspunkte der Prozessökonomie und der zügigen Erledigung des Rechtsstreits (vgl. Adolf in: Schlegel/Voelzke, SGG, 1. Aufl. 2017, Stand: 15.07.2017, § 159 Rn. 23) gegen eine Zurückverweisung des Verfahrens an das SG.

2. Da sich der Kläger hilfsweise auch gegen die Entziehungsentscheidung des Beklagten wendet, ist die Rechtmäßigkeit der Entziehung des GdB von 90 mit Wirkung ab dem 21.12.2017 zu überprüfen. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist damit der Gerichtsbescheid des SG Freiburg vom 11.12.2019 und der Bescheid des Beklagten vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019.

Vorliegend begehrt der Kläger nach sachdienlicher Auslegung seiner Anträge und seines Vortrags im Verfahren (vgl. [§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 123 SGG](#)) die Aufhebung des Bescheides vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019, zumindest teilweise insoweit, als ihm mindestens ein GdB von 50 verbleiben müsse.

Statthafte Klage ist hier die reine Anfechtungsklage gem. [§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGG](#), bei der allein auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung, also auf die im Januar 2019 bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen, abzustellen ist. Ein Bescheid, mit dem die Versorgungsverwaltung – wie hier mit dem Bescheid des Beklagten vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019 im Hinblick auf die Aufhebung des Bescheides vom 14.12.2011 – einen zuvor festgestellten GdB wegen Besserung des Gesundheitszustandes herabsetzt oder entzieht, ist vom Betroffenen, der den Bescheid für rechtswidrig hält, mit der Anfechtungsklage anzugreifen. Der Aufhebungsbescheid ist dann rechtmäßig, wenn zum Zeitpunkt seines Erlasses der ursprüngliche Bescheid durch Änderung der Verhältnisse rechtswidrig geworden war. Insoweit ist die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt des Erlasses des aufhebenden Bescheides maßgeblich. Änderungen der Sach- und Rechtslage im Verlauf des Gerichtsverfahrens beeinflussen die Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit des Aufhebungsbescheides nicht. Sie sind im Rahmen der Anfechtungsklage unbeachtlich (vgl. BSG, Urteil vom 15.08.1996 – [9 RVs 10/94](#), juris Rn. 10).

Eine ergänzende Verpflichtungsklage, mit der die Berücksichtigung von Veränderungen nach der Herabsetzungsentscheidung begehrt würde, wäre unzulässig. Spätere Veränderungen könnten ausnahmsweise nur dann im Verfahren berücksichtigt werden, wenn sie im Wege einer zulässigen Erweiterung der Klage um ein mit einer zulässigen Klage verfolgbares Verpflichtungsbegehren geltend gemacht werden (vgl. BSG, Beschluss vom 27.05.2020 – [B 9 SB 67/19 B](#), juris Rn. 12 f., auch zum Folgenden). Denn ein auf Feststellung eines höheren GdB gerichtetes Begehren muss grundsätzlich zunächst in einem darauf gerichteten Verwaltungsverfahren verfolgt werden, bevor es mit einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässigerweise gerichtlich geltend gemacht werden kann. Hieran und an der Durchführung eines entsprechenden Vorverfahrens ([§ 78 SGG](#)) fehlt es vorliegend indes.

3. Die so verstandene Berufung hat keinen Erfolg. Das SG Freiburg hat zu Recht durch Gerichtsbescheid vom 11.12.2019 die gegen den Bescheid des Beklagten vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019 gerichtete Klage abgewiesen, mit dem der Beklagte den GdB des Klägers ab dem 21.12.2017 entzogen hat. Der Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

a. Der Bescheid ist, nachdem die nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) erforderliche Anhörung des Klägers mit Anhörungsschreiben vom 15.08.2017 und 05.11.2018 erfolgt ist, formell rechtmäßig.

b. Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig. Ermächtigungsgrundlage für die Entscheidung des Beklagten ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fassungen in Verbindung mit [§ 69 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise in Verbindung mit [§ 152 Abs. 1](#) und 3 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese – da Übergangsregelungen fehlen – nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozialrechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegründenden Ereignisse oder Umstände jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014 – [B 9 SB 2/13 R](#), juris; BSG, Urteil vom 04.09.2013 – [B 10 EG 6/12 R](#), juris; vgl. Stölting/Greiser in SGB 2015, 135 ff.).

Ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ist nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Von einer solchen ist bei einer Änderung im Gesundheitszustand auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung oder Herabsetzung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt, während das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 regelmäßig ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB bleibt (vgl. BSG, Urteil vom 11.11.2004 – [B 9 SB 1/03 R](#), juris, Rn. 12).

Für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Entziehungsentscheidung bei der hier statthafte reinen Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ist maßgeblich, ob der Aufhebungsbescheid bei seinem Erlass der Sach- und Rechtslage entsprochen hat. Hiernach sind die Verhältnisse bei Erlass des Bescheides vom 14.12.2011 zu vergleichen mit den Verhältnissen, die bei Abschluss des Verwaltungsverfahrens über die Herabsetzung (Widerspruchsbescheid vom 21.01.2019) vorgelegen haben (vgl. BSG, Beschluss vom 27.05.2020 – [B 9 SB 67/19 B](#), juris, Rn. 13).

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der vom 01.07.2001 bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen 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, wobei eine Beeinträchtigung in diesem Sinne vorliegt, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Als GdB werden dabei nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind.

Zwar ist von dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass – soweit eine solche Verordnung nicht erlassen ist – die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG in der ab dem 01.07.2011 geltenden Fassung erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist für die konkrete Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP) getretene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu § 2 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), die bis zum Erlass des Erstfeststellungsbescheides vom 14.12.2011 durch die Verordnungen vom 01.03.2010 ([BGBl. I S. 249](#)), 14.07.2010 ([BGBl. I S. 928](#)), 17.12.2010 ([BGBl. I S. 2124](#)) und vom 28.10.2011 ([BGBl. I S. 2153](#)) sowie bis zum Erlass des angefochtenen Herabsetzungsbescheides vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019 durch die Verordnung vom 11.10.2012 ([BGBl. I S. 2122](#)) und das Gesetz vom 23.12.2016 ([BGBl. I S. 3234](#)) geändert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständigen anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#), juris). Nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. d, von Ausnahmefällen abgesehen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Außerdem sind nach den VG, Teil A, Nr. 3 Buchst. b bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich trichterförmige Aufgabe. Dabei hat die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013 – [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

c. Unter Berücksichtigung der dargelegten Grundsätze hat der Beklagte den Ausgangsbescheid vom 14.12.2011 im Ergebnis zu Recht nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) aufgehoben. In den tatsächlichen Verhältnissen ist eine wesentliche Änderung eingetreten. Nach Ablauf der fünfjährigen Heilungsbewährung (VG, Teil B, Nr. 12.2.2) nach Entfernung des malignen Darmtumors (Tumorstadium pT3c, pN2m, L1, V1 pN1, R0 lokal) bedingen die funktionellen Beeinträchtigungen durch die bei Abschluss des Verfahrens über die Herabsetzung (Widerspruchsbescheid vom 21.01.2019) bei dem Kläger noch bestehenden nachgewiesenen Gesundheitsstörungen einen Gesamt-GdB von weniger als 20 .

aa) Für die im Funktionssystem „Verdauung“ bestehenden Gesundheitsstörungen ist kein GdB festzustellen.

(1) Nach den VG, Teil B, Nr. 10.2.2 ist nach Entfernung maligner Darmtumore eine Heilungsbewährung abzuwarten. Die Heilungsbewährung dauert zwei Jahre nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinomen. Nach Entfernung anderer maligner Darmtumore beträgt die Heilungsbewährung fünf Jahre. Der beim Kläger entfernte Darmtumor befand sich im Tumorstadium T3, sodass der Beklagte richtigerweise von einer Heilungsbewährung von fünf Jahren ausgegangen ist. Der GdB während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung anderer maligner Darmtumore beträgt wenigstens 80, mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt) 100. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulstkrankheit durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann; eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung (VG, Teil B, Nr.1c). Nachdem der Darmtumor des Klägers im September 2011 und die Lebermetastasen im Januar 2012 operativ erfolgreich entfernt worden waren, ist die fünfjährige Heilungsbewährung im Januar 2017 abgelaufen, da sich kein Rezidiv gebildet hat. Das ergibt sich aus dem Befundbericht des Dr. Reiber vom 28.03.2017, wonach die abschließende onkologische Untersuchung bei dem Kläger keinen Hinweis auf weitere Tumormanifestationen nach ursprünglich in die Leber metastasiertem Kolonkarzinom ergeben hat, sowie aus dem sich darauf beziehenden Attest des Dr. Friedrich vom 20.08.2018. Der bis zum Ablauf der Heilungsbewährung geltende GdB von 90 für die Dickdarmerkrankung und die Folgeerkrankung (Metastasen in der Leber) war somit zum Zeitpunkt der Herabsetzungsentscheidung weggefallen.

(2) Nach Ablauf der Heilungsbewährung ist auch bei gleichbleibenden Symptomen eine Neubewertung des GdB zulässig, weil der Ablauf der Heilungsbewährung eine wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt (VG, Teil A Nr. 7). Bei dem Kläger hat im Zeitraum der Herabsetzungsentscheidung (Bescheid vom 18.12.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2019) zwar ein durch die Entfernung des Tumors bedingter Teilverlust des Darms vorgelegen, dieser ist laut dem Befundbericht des R vom 28.03.2017 aber mit einem geregelten Stuhlgang wie vor der Operation und konstantem Gewicht einhergegangen. Das ergibt sich auch bereits aus dessen Befundbericht über eine onkologische Kontrolluntersuchung am 24.03.2014, wonach der Kläger seine alte Leistungsfähigkeit im beruflichen

Alltag erreicht und ein geregelter Stuhlgang vorgelegen hat. Verbleibende Darmbeschwerden im Zeitraum nach Ablauf der Heilungsbewährung bis Januar 2019 (Widerspruchsbescheid) hat der Kläger nicht vorgetragen und ergeben sich auch nicht aus den sachverständigen Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte. Nach den VG, Teil B, Nr. 10.2.2 ist eine Darmteilresektion ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen mit einem Einzel-GdB von 0-10, mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z. B. Durchfälle, Spasmen) mit einem Einzel-GdB von 20-30 und mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes mit einem Einzel-GdB von 40-50 zu bewerten. Da bei dem Kläger keine Beschwerden und Auswirkungen der Darmresektion ersichtlich sind, kann ein GdB in Übereinstimmung mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme der K vom 25.09.2018, die der Senat als qualifiziertes Parteivorbringen verwertet, nicht festgestellt werden. Soweit der Kläger erstmals bei der Begutachtung am 28.12.2021 gegenüber P über eine Durchfallneigung berichtet hat, liegt diese zeitlich erst im Nachgang zur Herabsetzungsentscheidung und ist daher bei deren Überprüfung nicht zu berücksichtigen.

bb) Auch in Bezug auf die Leberteilresektion, deren GdB nach den VG, Teil B, Nr. 10.3.3. ebenfalls allein davon abhängig ist, ob und wie weit Funktionsbeeinträchtigungen verblieben sind, kann ein Einzel-GdB nicht festgestellt werden. Der Senat stützt sich hier auf die als qualifiziertes Parteivorbringen zu verwertende versorgungsärztliche Stellungnahme der N vom 14.08.2017, wonach kein Hinweis auf Funktionsbeeinträchtigungen der Leber vorliegt. Diesbezügliche Beschwerden im Zeitraum nach Ablauf der Heilungsbewährung bis Januar 2019 (Widerspruchsbescheid) werden auch weder vom Kläger noch von den im Berufungsverfahren als sachverständige Zeugen befragten behandelnden Ärzten angegeben.

cc) Die bei dem Kläger vorliegende Polyneuropathie im Funktionssystem „Beine“ ist mit keinem höheren Einzel-GdB als 10 zu bewerten. Der Senat stützt sich diesbezüglich auf die sachverständige Zeugenaussage des A sowie die Einschätzung des Sachverständigen P.

(1) Nach den VG, Teil B, Nr. 3.11 ergeben sich die Funktionsbeeinträchtigungen bei den Polyneuropathien aufgrund motorischer Ausfälle (mit Muskelatrophien), sensibler Störungen oder Kombinationen von beiden. Der GdB motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen. Bei den sensiblen Störungen und Schmerzen ist zu berücksichtigen, dass schon leichte Störungen zu Beeinträchtigungen - z. B. bei Feinbewegungen - führen können.

(2) Der Kläger leidet laut der sachverständige Zeugenaussage des A unter einer als leichtgradig einzustufenden chemotherapie-induzierten distal-symmetrischen Polyneuropathie, die mit einer Hypästhesie und Hyperpathie beider Fußsohlen einhergeht. Diese äußert sich sowohl in einer Taubheit bzw. Kältegefühl vorwiegend im Winter, als auch wenn bei der Arbeit Sand in den Schuh gelangt. Bei der peripheren neurologischen Untersuchung im Rahmen der orthopädischen Begutachtung durch P haben sich ebenfalls nur leichtgradige Beeinträchtigungen gezeigt. Der Kläger hat zwar strumpfförmige Sensibilitätsstörungen in Form von Ameisenlaufen im Bereich des rechten und linken Fußes streck- und fußsohlenseitig angegeben, Paresen oder Muskelschwächen haben jedoch nicht vorgelegen und die Kraftgrade für die Bein- und Fußmuskulatur sind seitengleich normal gewesen. Gleichzeitig hat sich - ebenso wie bereits bei der Untersuchung durch A am 17.04.2018 - ein flüssiges und voll belastetes Gangbild zu ebener Erde mit normaler Schrittlänge gezeigt. Der Einbein-, Fersen- und Zehenspitzenstand beidseits sind sicher vorführbar gewesen. Eine erhöhte Sturzneigung, wie im Attest des F vom 20.08.2018 bescheinigt, lässt sich damit nicht in Übereinstimmung bringen. Sie ist auch anderweitig nicht medizinisch dokumentiert. Unter Berücksichtigung der beschriebenen Befunde liegen nach Überzeugung des Senats durch die Polyneuropathie keine Beeinträchtigungen vor, die einen höheren GdB als 10 begründen können. Für diese Bewertung spricht ergänzend die bereits vor dem Herabsetzungsverfahren gemachte Angabe im Befundbericht des R vom 24.03.2014, wonach die verbliebenen Polyneuropathien den Kläger nicht beeinträchtigen.

(3) Soweit der Prozessbevollmächtigte mit Schreiben vom 13.04.2022 und vom 14.04.2022 beantragt hat, ein neurologisches Gutachten wegen der Polyneuropathie des Klägers und damit verbundenen Gangunsicherheiten und Gangbehinderungen einzuholen, hat der Senat keine Veranlassung gesehen, dem nachzukommen. Der vorliegende Befundbericht und die sachverständige Zeugenaussage des A sowie das überzeugend begründete Gutachten des Orthopäden P bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats und haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen in Bezug auf die Diagnose und den Grad der Funktionsbeeinträchtigungen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Da es auf den Gesundheitszustand des Klägers im Herabsetzungszeitpunkt (Januar 2019) ankommt, wäre selbst eine jetzt nachgewiesene Gangstörung nicht zu berücksichtigen.

dd) Die bei dem Kläger im Funktionssystem „Ohren“ vorliegende Innenohrschwerhörigkeit ist nicht mit einem Einzel-GdB zu bewerten. Der Senat stützt sich hier auf die überzeugende sachverständige Zeugenaussage der L-F, die den bei dem Kläger vorliegenden prozentualen Hörverlust nach Auswertung der Tonaudiogramme anhand der 4-Frequenz-Tabelle nach Röser (1973) von 19 % rechts und 20 % links in Übereinstimmung mit der Auffassung des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten mit einem GdB von 0 bewertet hat. Diese Bewertung stimmt mit den Vorgaben der VG, Teil B Nr. 5.2.4 überein, wonach bei Hörverlusten zwischen 0 % und 20 % noch Normalhörigkeit vorliegt, die mit einem Grad der Behinderung von 0 -10 zu bewerten ist.

ee) Die im Funktionssystem Rumpf bestehenden Gesundheitsstörungen begründen einen Einzel-GdB von 10. Der Senat stützt sich diesbezüglich auf das überzeugende Gutachten des Sachverständigen P vom 24.01.2022 sowie die versorgungsärztliche Stellungnahme der K vom 25.09.2018.

(1) Nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 beträgt bei Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität der GdB 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) der GdB 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) der GdB 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) beträgt der GdB 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten der GdB 30 bis 40.

(2) Bei dem Kläger besteht eine funktionell endgradig eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule mit Normalwerten bei dem Zeichen nach Ott (30/32 cm) und Schober lumbalis (10/14 cm) sowie endgradiger Einschränkung bei der Seitneigung und Rotation rechts/links von jeweils 30/0/30° (Normalmaß Seitneigung und Rotation 30-40/0/30-40°). Bei der Begutachtung durch P haben kein Klopff- oder

Stauhschmerz im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule und auch keine wirbelsäulenbedingte Nervenwurzelreizung oder wirbelsäulenbedingte peripher neurologische Ausfälle vorgelegen.

(3) An der Halswirbelsäule leidet der Kläger unter rezidivierenden Nackenbeschwerden, mit denen jedoch eine funktionell altersentsprechende normale Beweglichkeit der Halswirbelsäule einhergeht. Die Beweglichkeit hat bei der Flexion/Extension 40/0/40° (Normalmaß 35-45/0/45-70°), bei der Rotation rechts/links 70/0/60° (Normalmaß 60-80/0/60-80°) und bei der Seitneigung rechts/links 30/0/30° (Normalmaß 45°/0/45°) betragen. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Sachverständigengutachten des P, aus dem auch ersichtlich ist, dass halswirbelsäulenbedingte Nervenwurzelreizungszeichen oder halswirbelsäulenbedingte peripher neurologische Ausfälle nicht vorliegen.

(4) Damit lassen sich nach der Begutachtung durch P in Bezug auf die Wirbelsäule nur endgradig Funktionseinschränkungen an der Hals- und Lendenwirbelsäule feststellen. Diese geringfügigen Einschränkungen bedingen einen Einzel-GdB von 10.

Soweit E1 in seiner sachverständigen Zeugenaussage den GdB für die Wirbelsäulenbeschwerden mit 30 angegeben hat, hält der Senat dies angesichts der von P erhobenen Befunde nicht für nachvollziehbar. Messwerte nach der Neutral-Null-Methode anhand derer diese Aussage nachvollzogen werden könnte, hat E1 nicht angegeben. Bei der Untersuchung am 22.05.2014 wird eine mäßige Entfaltbarkeit der Wirbelsäule und ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm mitgeteilt. Die weiteren Befunde datieren aus der Zeit ab Februar 2020 und damit nach dem hier relevanten Beurteilungszeitpunkt (Januar 2019). Nur ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch die späteren Befunde wie z.B. eine Rotation der Halswirbelsäule von 60/0/50° und eine Seitneigung von 30/0/20° keine mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten belegen. E1 verkennt, dass es sich bei der GdB-Bewertung im Kern um eine Funktionsbewertung handelt und daher der Tatsache, dass nach dem Ergebnis der bildgebenden Untersuchung der Lendenwirbelsäule eine mäßig fortgeschrittene bandscheibenbedingte Degeneration (Osteochondrose der lumbalen Segmente L1/L2, L2/L3, L3/L4 ohne Instabilitätszeichen) sowie eine mehrsegmentale Spondylosteochondrose der Lendenwirbelsäule mit kleinem Bandscheibenvorfall L4/L5 (mit Kontakt zur Wurzel L5 links) besteht, keine entscheidende Bedeutung zukommt, wenn - wie vorliegend - keine weiteren hiermit zusammenhängenden Funktionsstörungen objektivierbar sind.

ff) Die im Funktionssystem Arme bestehenden Gesundheitsstörungen bedingen keinen GdB von 10. Ausweislich des Sachverständigengutachtens von P hat die Funktionsprüfung der Schultergelenke des Klägers eine altersentsprechende Beweglichkeit beider Schultergelenke ergeben. Der Kläger hat bei der Begutachtung den Schürzen- und Nackengriff vorführen können und die Beweglichkeitsprüfung der beiden Schultergelenke hat u.a. eine Anteversion/Retroversion von beidseits 150/0/40° sowie eine Abduktion/Adduktion von beidseits 180/0/40° ergeben. Da nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 erst bei einer Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit ein GdB von 10 vorgesehen ist, kann ein Einzel-GdB für die Beeinträchtigungen der Schultern vorliegend nicht festgestellt werden. Diese Beurteilung stimmt auch mit der Einschätzung des behandelnden Orthopäden E1 in dessen sachverständiger Zeugenaussage überein.

gg) Im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ liegen keine Beeinträchtigungen vor, die einer GdB-Bewertung zugrunde gelegt werden können. Der Senat stützt sich diesbezüglich auf die überzeugende versorgungsärztliche Stellungnahme des W vom 25.09.2018, die als qualifiziertes Parteivorbringen verwertet wird.

(1) Auf psychiatrischem Fachgebiet liegen im hier entscheidungsrelevanten Zeitraum keine ärztlichen Befunde vor, aus denen sich ein GdB-relevantes Leiden ableiten lässt. Allein aus dem Vortrag des Prozessbevollmächtigten im Widerspruchsverfahren, der Kläger sei psychomental verändert seit der Erkrankung, lassen sich keine konkreten Beeinträchtigungen ableiten. Auch F hat in seinem für das Widerspruchsverfahren erstellten Attest vom 20.08.2018 keinerlei psychische Beschwerden erwähnt. Soweit F in seiner späteren sachverständigen Zeugenaussage im Berufungsverfahren angegeben hat, diagnostisch sei von einer erschwerten Krankheitsverarbeitung im Rahmen einer reaktiven depressiven Episode auszugehen, fehlt es an einem Befund und einer zeitlichen Einordnung. Den Karteieinträgen zufolge hat F einmalig am 26.06.2012 eine Depression und einmalig am 09.11.2017 eine Anpassungsstörung diagnostiziert und einmalig am 17.09.2018 einen „Verdacht auf psychische Belastung durch Arbeit“ geäußert. Bei den anderen Behandlungsterminen am 01.03.2013, 27.12.2013, 15.05.2014 sowie 12.04.2018, 08.08.2018 und 19.02.2020 ist keine psychiatrische (Verdachts-)Diagnose gestellt worden. Hinzu kommt, dass der ärztliche Kontakt nach Angaben von F oft nur über die Ehefrau erfolgt ist. Soweit sich aus dem fachorthopädischen Gutachten von P vom 24.01.2022 die subjektive Angabe einer dysthymen Stimmungslage ergibt, liegt diese zeitlich nach dem hier relevanten Zeitpunkt der Herabsetzungsentscheidung im Januar 2019. Auch fällt auf, dass es überwiegend die Ehefrau des Klägers ist, die sich während der Begutachtung zu seiner psychischen Verfassung geäußert hat (rückläufige Antriebsarmut, Depression Bl. 19 und 30 des Gutachtens). Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es abgesehen von zwei unterschiedlichen psychischen Diagnosen und einer Verdachtsdiagnose, die vereinzelt in größerem zeitlichem Abstand durch Dr. Friedrich gestellt worden sind, keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Beeinträchtigung im hier relevanten Zeitraum gibt. Der nachträglichen Einschätzung von F in seiner sachverständigen Zeugenaussage liegen keine Befunde zugrunde und eine therapeutische oder medikamentöse Behandlung hat nicht stattgefunden. Damit lässt sich für den Senat in Übereinstimmung mit der versorgungsärztlichen Stellungnahme des W vom 25.09.2018 keine psychische Behinderung nachweisen, die nach den Voraussetzungen der VG in Teil B, Nr. 3.7 (leichtere psychovegetative oder psychische Störungen) oder Teil A Nr. 2 i) mit einem GdB zu bewerten wäre.

(2) Soweit der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 11.05.2022 unter Hinweis auf einen psychischen Leidensdruck und eine Persönlichkeitsveränderung beantragt hat, von Amts wegen ein Gutachten aus neurologisch-psychiatrischer Sicht einzuholen hat der Senat auch hier keine Veranlassung gesehen, dem nachzukommen. Es handelt sich bei dem Vorbringen bereits um keinen förmlichen Beweisantrag, sondern mangels Benennung einer bestimmten Beweistatsache nur um eine unverbindliche Beweisanregung (vgl. BSG, Beschluss vom 10.10.2019 – [B 9 V 18/19 B](#), juris Rn. 9; BSG, Beschluss vom 02.10.2015 – [B 9 V 46/15 B](#), juris Rn. 8). Der Senat hat sich weder infolge des klägerischen Vorbringens noch von Amts wegen gedrängt gesehen, die angeregten weiteren Ermittlungen durch Einholung eines psychiatrischen Gutachtens durchzuführen, da es angesichts insoweit fehlender ärztlicher Befunde bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens an den erforderlichen Anknüpfungstatsachen für gutachterliche Ermittlungen fehlt.

hh) Weitere GdB-relevante Behinderungen sind nicht ersichtlich. Auf kardiologischem Gebiet lässt sich aus dem Befundbericht von S vom 26.02.2019 kein messbarer GdB ableiten. Der Senat stützt sich diesbezüglich auf die überzeugende versorgungsärztliche Stellungnahme

des W vom 25.09.2018.

ii) Unter Berücksichtigung der dargelegten Einzel-GdB-Werte (Einzel-GdB 10 im Funktionssystem „Rumpf“ sowie Einzel-GdB 10 für die chemotherapie-induzierte Polyneuropathie) erreicht der daraus zu bildende Gesamt-GdB nicht den für eine Feststellung erforderlichen Mindestwert von 20. Da eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 152 Abs. 1 Satz 6 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung) hat der Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden zu Recht den mit Bescheid vom 14.12.2011 festgestellten GdB von 90 mit Wirkung ab dem 21.12.2017 entzogen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

5. Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Saved

2023-02-10