
S 15 SB 4168/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 SB 4168/16
Datum	26.10.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 SB 4498/17
Datum	28.06.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 26.10.2017 wird zur½ckgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen den Beklagten ein Anspruch auf höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB; 70 statt 40) seit 05.01.2016 zusteht.

Bei dem 1956 geborenen Kläger, kroatischer Staatsangehöriger, war mit (Teilabhilfe-) Bescheid vom 06.10.2015 (Blatt 131/133 der Beklagtenakte) der GdB seit 22.01.2015 mit 40 festgestellt worden (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks, Schultergelenksendoprothese links, Gebrauchseinschränkung beider Hände (GdB 30); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (GdB 20); Kopfschmerzsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom, funktionelle Organbeschwerden, psychovegetatives

Erschöpfungssyndrom, muskuläre Verspannungen (GdB 20); Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke, Funktionsbehinderung des Kniegelenks, Funktionsstörung durch Zehenfehlform (GdB 10); Bluthochdruck (GdB 10); Funktionelle Reststörungen nach Verlust der Gallenblase, Bauchnarbenbruch (GdB 10); zur versorgungsärztlichen Stellungnahme vgl. Blatt 128/129 der Beklagtenakte); den weitergeführten Widerspruch wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt mit Widerspruchsbescheid vom 21.10.2015 (Blatt 136/137 der Beklagtenakte) zurück.

Am 05.01.2016 beantragte der Kläger beim Landratsamt B. – Versorgungsamt in Stuttgart – (LRA) unter Vorlage von ärztlichen Berichten die Neu-)Feststellung des GdB (Blatt 138/146 der Beklagtenakte). Er verwies auf vermehrte Schmerzen in der linken Schulter, einen Prothesenwechsel, Schmerzen im rechten Becken nach Entnahme von Knochen für eine Operation am 19.10.2015, einen tablettenpflichtigen Diabetes Typ 2, Beschwerden der Wirbelsäule, der Hüfte, der Knie, auf Kopfschmerzen, Erschöpfung sowie Arthrose in den Händen.

Das LRA zog Befundbeschreibungen vom Facharzt für Allgemeinmedizin M.-S. (dazu vgl. Blatt 149/150 der Beklagtenakte) bei. Der Kläger legte den ausgefüllten Fragebogen "Diabetes" vor (Blatt 152 der Beklagtenakte).

Der Versorgungsarzt Dr. W. schätzte in seiner Stellungnahme vom 02.03.2016 (Blatt 155 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Gebrauchseinschränkung des linken Armes, Gebrauchseinschränkung beider Hände bei degenerativen Gelenkveränderungen, Schultergelenksendoprothese links (GdB 30); Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden (GdB 20); Kopfschmerzsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom, funktionelle Organbeschwerden, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, muskuläre Verspannungen (GdB 20); Gebrauchseinschränkung beider Beine, Gebrauchseinschränkung beider Füße bei degenerativen Gelenkveränderungen (GdB 10); Bluthochdruck (GdB 10); Funktionelle Reststörungen nach Verlust der Gallenblase, Bauchnarbenbruch (GdB 10)).

Mit Bescheid vom 04.03.2016 (Blatt 156/157 der Beklagtenakte) lehnte das LRA die Neu-)Feststellung des GdB ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 08.04.2016 (Blatt 159 der Beklagtenakte) Widerspruch, woraufhin das LRA erneut Befundbeschreibungen des Arztes M.-S. (vgl. dazu Blatt 166/171 der Beklagtenakte) sowie vom Facharzt für Orthopädie Dr. F. (dazu vgl. Blatt 174/189 der Beklagtenakte) beizog. Nachdem der Versorgungsarzt Dr. B. in der Stellungnahme vom 30.06.2016 (Blatt 191 der Beklagtenakte) den GdB weiterhin mit 40 einschätzte, wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 07.07.2016, Blatt 193/194 der Beklagtenakte).

Der Kläger hat am 02.08.2016 beim Sozialgericht (SG) Stuttgart Klage erhoben und ärztliche Berichte (Blatt 22/28, 32/33, 37/38 und 53/54 der SG-Akte) vorgelegt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen unter Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. B. vom 30.06.2016.

Der Facharzt für Urologie Dr. L. hat dem SG am 14.02.2017 geschrieben (Blatt 68 der SG-Akte), es habe sich eine Nervenirritation im Bereich der rechten Leiste bei Zustand nach Beckenkammektomie gezeigt, der Befund sei leichtgradig. Die Induratio Penis plastica sei ebenfalls nur leichtgradig. Der GdB betrage auf seinem Fachgebiet zwischen 10 und 20.

Der Facharzt für Orthopädie Dr. F. hat am 17.02.2017 (Blatt 69/76 der SG-Akte) geschrieben, er teile in allen Teilen die versorgungsärztliche Einschätzung. PD Dr. S. , Neurologe und Psychiater, hat dem SG am 17.02.2017 (Blatt 77/78 der SG-Akte) geschrieben, dass er den GdB aufgrund der Schmerzsymptomatik der rechten Leiste auf neurologischem Fachgebiet auf 20 sch tze. Bei der Untersuchung habe er als Begleitbeschwerden Schlafstörungen und nächtliches Grübeln im Rahmen einer depressiven Symptomatik erfasst.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin/Diabetologe M.-S. hat mit Schreiben vom 11.03.2017 (Blatt 79/90 der SG-Akte) die Behinderung wegen des Diabetes als leicht eingeschätzt, die Reizung des Nervus ilioinguinalis sei leicht bis mittelgradig. Betreffend des Diabetes k nne über einen GdB von 10 diskutiert werden, ansonsten stimme er der versorgungsärztlichen Stellungnahme zu. Die Behandlung mit einer Kombination aus Metformin 1000 mg führe zu einer hervorragenden Zuckereinstellung.

Der Kläger hat (Schreiben vom 27.03.2017, Blatt 92/100 der SG-Akte) einen GdB von 70 zweifelsfrei für gegeben erachtet. Die multiplen Beeinträchtigungen in den verschiedensten Bereichen m ssten mit einem angemessenen Zuschlag auf die Einzel-GdB berücksichtigt werden. Der Kläger hat weitere ärztliche Berichte vorgelegt (u.a. Bericht Dr. E. vom 06.09.2016: " berichtet bzgl. der Schulter eine Befundbesserung im Sinne einer erhöhten vermehrten Beweglichkeit um ca. 30 bis 40 % â insgesamt seien nun die alltäglichen Aufgaben leichter zu bewältigen ").

Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 08.06.2017 (Blatt 105/106 der SG-Akte) vorgelegt und an der Bewertung des GdB mit 40 festgehalten.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 26.10.2017 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 03.11.2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27.11.2017 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Es habe sich ergeben, dass er unter

schwersten ständigen Schulterschmerzen mit ständigen Schwellungen und Rötungen leide. Er könne deshalb den linken Arm nicht mehr heben und deshalb seine Schichtarbeit beim D. nicht mehr ausführen. Die bisher durchgeführten Untersuchungen hätten Grund und Ursache dieser Erkrankung nicht klären können. Es sei nunmehr von einem Dauerzustand auszugehen. Die Prothese habe sich verschoben, was zu schweren Schwellungen, Rötungen und Schmerzen führe. Auch könne keine Änderungsprothese mehr implantiert werden, weil das Schultergelenk eine Fehlstellung habe. Der Zustand sei nicht durch eine Operation oder auf andere Weise behandelbar, weshalb der GdB mit 70 festzustellen sei. Die Ursache der Schmerzen und Behinderungen seien bisher nicht ausreichend erkannt. Auch sei es nicht möglich, unabhängig voneinander bestehende Erkrankungen der Schulter und der Hände mit einem GdB zu bewerten (Schreiben vom 16.04.2018, Blatt 39/44 der Senatsakte). Bei der Schulter handle es sich nicht um eine Funktionsbeeinträchtigung, sondern um einen völligen Funktionsausfall. Das Schultergelenk habe die Funktion, den linken Arm mit dem Körper zu verbinden. Die Erkrankung des linken Schultergelenks führe zum Ausfall des linken Armes für das Arbeitsleben, wo er gleichzeitig beide Arme einsetzen müsse. Es bestehe vorliegend der Sonderfall, dass die Behinderung des Schultergelenks gleichzeitig die Nichtausführbarkeit von gleichzeitigen Handarbeiten über die Armbehinderung herbeiführe. Die Schädigung des linken Schultergelenks sei mit mindestens 80 zu bewerten, die der Hände mit mindestens 20. Die Behinderungen der Wirbelsäule wirkten sich im Wesentlichen nur bei körperlicher Anstrengung aus, wobei dann aber auftretende Schmerzen länger andauerten. Bei dem Kopfschmerzsyndrom, dem chronischen Schmerzsyndrom, den funktionellen Organbeschwerden, dem psychovegetativen Erschöpfungssyndrom und den muskulären Verspannungen handle es sich nicht um selbständige Erkrankungen, sondern ausschließlich um Folgen der bestehenden Dauererkrankungen. Von den Schmerzen könne er sich nie befreien, was zwingend zu einer psychiatrischen Schädigung, die sich zudem laufend verstärke, führe, mit der Folge, dass er unter einer Dauererschöpfung leide und keine Lebensfreude mehr habe. Lebensfreude und Zuversicht seien jedoch der Motor, welcher die Aktivitäten eines Menschen antreibe, sodass ein GdB von 40 anzunehmen sei. Bei den Funktionsbehinderungen der Hüften, Knie und Zehen habe das LRA nicht berücksichtigt, dass wenn solche einmal eingetreten seien, sie sich ständig fortsetzten und verstärkten. So sei der Zustand auch bei ihm. Allermindestens müsse der GdB 20 betragen. Die Bluthochdruckerkrankung sei mit einem GdB von mindestens 70 zu bewerten, da Bluthochdruck eine Gefahr- und Risikoerkrankung sei, die für die davon Befallenen ängstigend und furchteinflößend mit entsprechendem Unsicherheitsempfinden sei. Früher habe er solche Ängste und Furcht nicht gekannt. Jetzt empfinde er ebenfalls Lebensangst. Die funktionellen Reststörungen nach Verlust der Gallenblase und dem Bauchnarbenbruch, wozu auch Verletzungen im Genitalbereich, entstanden durch mögliche Nervenschädigungen bei einer vorausgegangenen Operation, wo aber noch Grund gemacht werden müsse, seien mit einem GdB von 10 völlig unangemessen bewertet. Es sei ein GdB von 30 festzusetzen. Der Kläger hat Bilder vorgelegt (Blatt 32/33 der Senatsakte).

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom

26.10.2017 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 04.03.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.07.2016 zu verurteilen, bei ihm seit 05.01.2016 einen GdB von 70 festzustellen, hilfsweise, das Gutachten von Dr. K. zur Feststellung der Ursachen der Erkrankungen beizuziehen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Eine spezielle Schmerztherapie sei nicht erkennbar. Der Hinweis des SG, dass die Bewertung der Psyche mit einem GdB von 20 bei fehlender fachpsychiatrischer Behandlung sich als sehr großartig erweise, sei im Hinblick auf die ständige Rechtsprechung des LSG nicht zu beanstanden. Soweit hinsichtlich des Bluthochdrucks Ängste geltend gemacht worden, sei dies dem psychischen Bereich zuzusprechen. Eine engmaschige fachpsychiatrische Behandlung oder Therapie, die bei einem entsprechenden Leidensdruck zu erwarten wäre, und auf eine stärker behindernde Stellung hinweise, werde jedoch nicht durchgeführt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistisch-sozialmedizinischen Gutachtens bei Dr. G. sowie von Zusatzgutachten auf orthopädischem und psychiatrisch-sozialmedizinischem Fachgebiet bei Dr. H. und Frau F. Der Facharzt für Orthopädie Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 11.09.2018 (Blätter 61/83, 141/147 der Senatsakte; Untersuchung des Klägers am 12.02.2018) ein Zervikalsyndrom, ausgeprägte degenerative Veränderungen, muskuläre Verspannungen, keine neurologischen Ausfälle; ein Lumbalsyndrom, linkskonvexe skoliotische Seitenausbiegung geringer Ausprägung und degenerative Veränderungen; einen Zustand nach endoprothetischem Ersatz des linken Schultergelenkes. Primär-Implantation einer zement- und schafffreien Arthrex Eclipse Humeruskopfprothese am 06.04.2011, Zustand nach Prothesenwechsel auf inverse Schulterprothese Typ Delta Xtend und Glenoidaufbau mittels Beckenkammspan am 16.04.2015; eine Rhizarthrose beidseits; eine initiale Varusgonarthrose rechts, varische Gelenkachse rechts stärker als links ausgeprägt, initiale Höhenminderung des tibio-femuralen Gelenkspaltes medial im Bereich des linken Kniegelenkes, Patelladysplasie und retropatellare Arthrose beidseits, Fabella rechts; einen Senk-Spreizfuß beidseits; eine Adipositas und eine langstreckige Rektusdiastase diagnostiziert. Eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit liege in Bezug auf die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen nicht vor. Die Wirbelsäulenveränderungen hat er unter Berücksichtigung der durch die Wirbelsäulenveränderungen bedingten Schmerzsyndrome mit einem GdB von 10, die Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Schulter mit einem GdB von 30, diejenigen im Bereich beider Daumensattelgelenke mit einem GdB von unter 10, diejenigen beider Kniegelenke insgesamt maximal mit einem GdB von 10 und die Funktionsbehinderungen im Bereich der Hände mit einem GdB von unter 10 bewertet. Den Gesamt-GdB hat er mit 40 angegeben.

Die Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie Sozialmedizin F. hat in ihrem

Gutachten vom 18.01.2019 (Blatt 111/140 der Senatsakte; Untersuchung des KlÄrgers am 29.10.2018) auf fachpsychiatrischem Gebiet eine anhaltende SchmerzstÄrung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert, im Äbrigen einen Zustand nach Schulterprothesenwechsel links am 16.04.2015, eine SchÄdigung des Nervus ilioinguinalis nach Beckenkammspanentnahme und einen Diabetes mellitus angegeben. Es liege eine chronische SchmerzstÄrung und somit ein auÄergewÄhnliches Schmerzsyndrom vor, welches einer speziellen, multimodalen Schmerztherapie zugÄnglich sei (z.B. konsequente medikamentÄse Schmerzbehandlung, Psychotherapie zur SchmerzbewÄltigung, Entspannungsverfahren, Physiotherapie). Der KlÄger erlebe eine starke SchmerzbeeintrÄchtigung, de facto seien die dadurch bedingten FunktionsstÄrungen jedoch als leicht zu bewerten, da der KlÄger sowohl beruflich als auch gesellschaftlich voll integriert sei. Da die Schmerzen auch auf dem orthopÄdischen Fachgebiet BerÄcksichtigung fÄnden, seien diese mit GdB 10 ausreichend bewertet. Eine stÄrker behindernde StÄrung kÄnne schon aufgrund der Tatsache, dass keine konsequente und suffiziente Behandlung durchgefÄhrt werde, nicht festgestellt werden.

Der Internist und Sozialmediziner Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 30.01.2019 (Blatt 84/100; Untersuchung des KlÄgers am 26.07.2018) auf internistisch-sozialmedizinischem Fachgebiet eine Schultersteife links nach Prothesenwechsel, eine Meralgia parÄsthetica rechts, iatrogen, einen Diabetes mellitus mit Bluthochdruck, behandelt, und eine Polyneuropathie sowie erektile Dysfunktion und ein degeneratives WirbelsÄulensyndrom mit Protrusionen/NPP und Foraminaleinnengung sowie als Nebendiagnosen eine AnpassungsstÄrung, eine beginnende induratio penis plastica und eine Rektusdiastase mit Zustand nach Narbenbruch nach Cholecystektomie und kleinem Nabelbruch beschrieben. Die neurologischen Ausfallerscheinungen seien komplex und Äberlappten sich teilweise. Die FunktionseinschrÄnkungen wegen der Schulterbeschwerden seien mit einem GdB von 30, diejenigen der Ätiologisch unterschiedlichen Neuropathie mit einem GdB von 30 und die WirbelsÄule samt degenerativer VerÄnderungen genannter Gelenke mit einem GdB von 20 zu bewerten, woraus ein Gesamt-GdB von 50 resultiere.

Der Beklagte hat die versorgungsÄrztliche Stellungnahme von Dr. R. vom 21.03.2019 (Blatt 150/152 der Senatsakte) vorgelegt. Dieser hat ausgefÄhrt, hinsichtlich der GebrauchseinschrÄnkung des linken Armes sowie der Schultergelenksendoprothese links werde die bisherige versorgungsmedizinische EinschÄtzung mit einem GdB 30 bestÄtigt. Soweit Dr. G. abweichend zum Gutachten von Dr. H. fÄr die WirbelsÄule einen GdB von 20 gesehen habe, lasse sich dies anhand der objektiven Messwerte nicht bestÄtigen. Hinsichtlich der SensibilitÄtsstÄrung infolge eines oberflÄchlichen Hautnervs (nervus cutaneus femoris lateralis) kÄnne der EinschÄtzung mit einem GdB von 30 nicht gefolgt werden. Dies entspreche analog bereits dem Totalausfall des Wadenbeinnervs, wobei hier eine normale Gehfunktion dann nicht mehr mÄglich sei und orthopÄdische Hilfsmittel (Schiene) getragen werden mÄssten. Eine motorische BeeintrÄchtigung liege aber nicht vor, sondern lediglich Missempfindungen im Bereich der rechten Leistenbeuge und des rechten seitlichen Oberschenkelanteils.

Im Gutachten F. werde ein strukturierter Arbeitsalltag beschrieben, ebenso wie Freizeitaktivitäten. Ein psychosozialer Rückzug sei nicht erkennbar. Eine Psychotherapie sei noch nie erfolgt. Der vom Kläger verbalisierte hohe Leidensdruck stehe allerdings im Gegensatz zu den bisher nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten. Da die üblicherweise bestehenden Schmerzen sowie seelischen Begleiterscheinungen in den GdB-Werten bereits abgebildet seien, könne für die Meralgie (Nervenkompressionssyndrom) in Verbindung mit der Schmerzstellung ein höherer GdB als 10 nicht abgeleitet werden, zudem überschneide sich die Schmerzstellung mit den Schmerzen auf somatischem Fachgebiet. Der Gesamt-GdB betrage 40 (realistisch 30). Durch eine Tenorergänzung um eine Penisverkrümmung mit einem GdB von 10 bleibe der Gesamt-GdB unbeeinflusst.

Der Senat hat dem Kläger die Möglichkeit eröffnet, den von ihm angegebenen Kernspintomographie-Bericht des Dr. K. vorzulegen. Dazu hat der Kläger mit seinen Ärzten telefoniert und den dem Gericht per Fax übermittelten Bericht von Dr. K. vom 08.06.2016 in der mündlichen Verhandlung vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache jedoch ohne Erfolg.

Der angefochtene Bescheid vom 04.03.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.07.2016 ist nicht rechtswidrig, er verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Denn der Senat konnte feststellen, dass die Gesundheitsstörungen des Klägers und die daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit keinem GdB von mehr als 40 zu bewerten sind.

Zwar mag es sein, dass im Verhältnis zur früheren Feststellung des GdB mit 40 beim Kläger Veränderungen in den Gesundheitsstörungen aufgetreten sind. Nachdem diese jedoch den Gesamt-GdB nicht um mindestens 10 erhöhen sind diese Änderungen i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) rechtlich nicht wesentlich; ob eine Herabbemessung des GdB zu erfolgen hat, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl.

BSG SozR 1300 [Â§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum sogenannten VerÃ¼gungssatz des Bescheides gehÃ¶ren, zugrunde gelegten GdB-SÃtze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 â [9 RVs 15/96](#) â [BSGE 81, 50](#) ff.). Hierbei handelt es sich nÃmlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfÃ¼r (ausdrÃ¼cklich) angesetzte Einzel- oder Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [Â§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Ãnderung eingetreten ist, muss damit durch einen Vergleich des gegenwÃrtigen Zustands mit dem bindend festgestellten frÃ¼heren Behinderungszustand ermittelt werden.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX ([Â§ 152 SGB IX](#)) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 ([BGBl. I 2016, 3234](#)), da maÃgeblicher Zeitpunkt bei Verpflichtungs- und Leistungsklagen der Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz ist, wobei es fÃ¼r laufende Leistungen auf die Sach- und Rechtslage in dem jeweiligen Zeitraum ankommt, fÃ¼r den die Leistungen begehrt werden; das anzuwendende Recht richtet sich nach der materiellen Rechtslage (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, 12. Auflage, Â§ 54 RdNr. 34). Nachdem [Â§ 241 Abs. 2 SGB IX](#) lediglich eine (Ãbergangs-)Vorschrift im Hinblick auf Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz enthÃlt, ist materiell-rechtlich das SGB IX in seiner derzeitigen Fassung anzuwenden.

Nach dessen [Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) sind Menschen mit Behinderung solche Menschen, die kÃ¶rperliche, seelische, geistige oder SinnesbeeintrÃchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit lÃnger als sechs Monate hindern kÃ¶nnen. Eine BeeintrÃchtigung in diesem Sinne liegt nach [Â§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) liegt vor, wenn der KÃ¶rper- und Gesundheitszustand von dem fÃ¼r das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Bundesversorgungsgesetzes zustÃnden BehÃ¶rden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#), zuvor [Â§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium fÃ¼r Arbeit und Soziales ist ermÃchtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die GrundsÃtze aufzustellen, die fÃ¼r die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien fÃ¼r die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen fÃ¼r die Vergabe von Merkzeichen maÃgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Soweit noch keine Verordnung nach [Â§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die MaÃstÃbe des [Â§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der auf Grund des [Â§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Damit gilt weiterhin die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), deren Anlage zu Â§ 2 die "Versorgungsmedizinischen GrundsÃtze" (VG) beinhalten. Diese stellen â wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) â auf funktionelle

Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [Â§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [Â§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen, sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [Â§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [Â§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, auch solche, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen 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. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 Â§ 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 Â§ 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dasselbe gilt für alle Feststellungsstufen des GdB auch nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 oder anderer Werte fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 [B 9 SB 2/13 R](#) [SozR 4-3250 Â§ 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern der Gesamt-GdB ist durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen dasselbe bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit

den fÄ¼r einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen â zu bestimmen. MaÃgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen oder deren SchlÃ¼sselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine BeeintrÃ¤chtigung der beruflichen LeistungsfÃ¤higkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsÃ¤chlich vorhandenen bzw. Ã¤rztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([Ã 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 â [L 8 SB 5215/13](#) â juris RdNr. 31) beeintrÃ¤chtigen. Dies ist â wie dargestellt â anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten FÃ¤llen z.B. eines GdB von 30, 40, 50, 60 oder 70 usw. festzustellen. Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nÃ¤mlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid oder dem Bezug einer Rente, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Der Senat ist nach eigener PrÃ¼fung zu der Ãberzeugung gelangt, dass die beim KlÃ¤ger vorliegenden Funktionsbehinderungen bei Antragstellung und seither ununterbrochen in ihrer Gesamtschau und unter BerÃ¼cksichtigung ihrer Auswirkungen auf die TeilhabefÃ¤higkeit keinen Gesamt-GdB von mehr als 40 rechtfertigen; dies gilt sowohl unter der seit 01.01.2018 anzuwendenden Rechtslage, als auch unter Anwendung der bis 31.12.2017 geltenden Rechtslage des SGB IX.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die WirbelsÃ¤ule einschlieÃlich der HalswirbelsÃ¤ule zÃ¤hlt, ist ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen. Denn an der WirbelsÃ¤ule bestehen zwar in allen 3 Abschnitten VerÃ¤nderungen und GesundheitsschÃ¤den, doch sind diese insgesamt nur leichtgradig ausgeprÃ¤gt.

Nach B Nr. 18.9 VG ist bei WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte WirbelsÃ¤ulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t mittleren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Ã¼ber Tage andauernde WirbelsÃ¤ulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem WirbelsÃ¤ulenabschnitt (Verformung, hÃ¤ufig rezidivierende oder anhaltende BewegungseinschrÃ¤nkung oder InstabilitÃ¤t schweren Grades, hÃ¤ufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprÃ¤gte WirbelsÃ¤ulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. MaÃgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in mindestens zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten (Senatsurteil 24.01.2014 â [L 8 SB 2497/11](#) -, juris und www.sozialgerichtsbarkeit.de); leichte Funktionsbehinderungen in mehreren

Wirbelsäulenabschnitten, die jeweils f¹/₄r sich nur mit einem GdB von 10 zu bewerten sind, sind nicht zu einem GdB von 20 zusammenzufassen, weil nach der gesetzlichen Regelung solche diese Bewertungsstufe erst erreicht wird, wenn Funktionsdefizite vorliegend, die in zumindest einem Wirbelsäulenabschnitt eine mittelgradige Ausprägung erreichen. Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung größerer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z.B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Steh-unfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem anhand des Gutachtens von Dr. H. ein Zervikalsyndrom bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen und muskulären Verspannungen ohne neurologische Ausfälle und ein Lumbalsyndrom bei linkskonvexer skoliotischer Seitenausbiegung geringer Ausprägung und degenerative Veränderungen feststellen.

Bei seiner Untersuchung des Klägers hat Dr. H. den Kläger als ¹/₄bergewichtig mit diskret rechts entlastendem Gang beschrieben. Das rechte Bein werde etwas nachgezogen. Die Schwung- und Standphasen des rechten Beines seien eingeschränkt, die des linken Beines unauffällig. Es bestehe eine eingeschränkte Bewegungsexkursion des rechten Hüft- und Kniegelenkes sowie beidseits eine leicht vermehrte Außenrotationsstellung der Femur und Kniegelenke. Beim Gehen besteht eine gering eingeschränkte Mitbewegung des Kopfes. Die Körperwendebewegungen wurden etwas unsicher durchgeführt. Der Versuch zu Knien wurde unter Angabe von Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes im Ansatz abgebrochen. Auch bei der Einnahme der Hockstellung wurden Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes angegeben. Das Gesäß konnte nicht auf die Fersen abgesetzt werden. Es verblieb ein Abstand zwischen Gesäß und Fersen von 12 cm. Beim Aufrichten wurden Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule angegeben. Der Einbeinstand wurde beidseits etwas unsicher demonstriert. Der Kläger stützte sich dabei am Mobiliar ab. Die Wirbelsäule steht beim Kläger im Lot bei Schulter- und Beckengeradstand. Es besteht eine diskret ausgeprägte linkskonvexe Seitenausbiegung der Lendenwirbelsäule ohne Rotationszeichen und eine vermehrte kyphotische und leicht abgeflachte lordotische Schwingung der Wirbelsäule sowie eine vorgebeugte Schonhaltung. Die Taillendreiecke sind asymmetrisch verstrichene, links verstrichen und rechts vermehrt gezeichnet. Verspannungen der Muskulatur bestehen im Bereich der Hals- und Schultergürtelmuskulatur und der Lendenwirbelsäule. Im Bereich des Abdomens fand sich unter dem rechten Rippenbogen eine 26 cm lange, reizlose Narbe nach Cholezystektomie. Im Bereich der rechten Flanke fand sich über dem Beckenkamm eine 10 cm lange, reizlose Narbe nach Beckenkammspanentnahme. Über dem Bauchnabel fand sich ebenfalls eine reizlose, fast vollständig abgeblasste Narbe. Der Aufrichterversuch wurde ohne Angabe von Schmerzen und ohne Hilfestellung ausgeführt. Es wies sich eine langstreckige Rektusdiastase vor. Beim Vorwärtsbeugen des Rumpfes mit gestreckten Kniegelenken wurde unter Angabe von Schmerzen im Bereich der

Lendenwirbelsäule ein Finger-Boden-Abstand von 4 cm erreicht. Die Entfaltung der Dornfortsatzreihe war bei Inklination und Reklination gering eingeschränkt. Der Kinn-Sternum-Abstand betrug maximal 19,0 cm, minimal 2,0 cm. Das Ottensche Zeichen der BWS betrug 28,5/30/32,0 cm, das Schober'sche Zeichen der LWS 8,5/10/14,0 cm. Im Bereich der Wirbelsäule hat der Kläger bei Dr. H. paravertebral Druckbeschwerden im Bereich der Nackenstrecker und der caudalen Etagen der Halswirbelsäule und der unteren Etagen der Lendenwirbelsäule angegeben. Die Dornfortsatzreihe war nicht mittel- oder stauchempfindlich. Der Druckschmerz wurde paravertebral in die Muskulatur und über den kleinen Wirbelgelenken lokalisiert. Beim Seitneigen sowie bei Rotationsbewegungen wurden im Bereich der Halswirbelsäule endgradig Schmerzen, massiver bei der Rotation der Halswirbelsäule nach rechts angegeben. Die Bewegungsmaß hat Dr. H. hinsichtlich der HWS mit 40-0-60° für Beugung/Streckung, mit 40-0-40° für Seitneigung rechts/links und mit 50-0-50° hinsichtlich der Drehung rechts/links angegeben. Nervenbeeinträchtigungen oder Reizungen hat Dr. H. hinsichtlich der Wirbelsäule nicht mitteilen können. Im Bereich der linken Schulter fanden sich ventral zwei reizlose, 11 und 9 cm lange Narben. Es finden sich keine Entzündungszeichen. Die bedeckende Muskulatur war links schwächer als rechts ausgebildet. Bei der Palpation werden diffuse Schmerzen über der linken Schulter angegeben.

Insoweit bestehen aber anders als der Kläger vorträgt aber lediglich Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen. Diese sind, wenn auch in mindestens 2 Wirbelsäulenabschnitten vorhanden, doch lediglich mit einem GdB von insgesamt 10 zu bewerten. Der Senat schließt sich insoweit der Beurteilung durch Dr. H. an. Der Beurteilung durch Dr. G., der einerseits (Blatt 105 der Senatsakte = Seite 22 des Gutachtens) die Wirbelsäulenschäden mit einem GdB von 10, andererseits mit einem GdB von 20 (Blatt 110 der Senatsakte = Seite 27 des Gutachtens) bewertet hat, schließt sich der Senat nicht an. Denn die gesetzlichen Vorgaben gehen, anders als Dr. G. und auch der Kläger annehmen, davon aus, dass funktionelle Teilhabebeeinträchtigungen infolge von Gesundheitsstörungen zusammenfassend in Funktionssystemen zu bewerten sind. Insoweit gehören aber die Hände und Beine, an denen Dr. G. degenerative Veränderungen beschreibt, auch nicht im Ansatz zum Funktionssystem des Rumpfes, sondern zu dem der Arme bzw. Beine. Daher konnte der Senat der übermäßig integrierenden Bewertung von Dr. G. nicht beitreten. Auch soweit Dr. F., der behandelnde Orthopäde, einen GdB von 20 für die Wirbelsäulenschäden besttigt, hat dieser keine Befunde mitgeteilt, die diese Bewertung rechtfertigen. Sodass der Senat auch insoweit keinen Anlass sieht, von der GdB-Schätzung durch Dr. H. abzuweisen.

Auch die beschriebene Rektusdiastase (Auseinanderstehen der geraden Bauchmuskeln im Bereich der Linea alba als angeborene Anomalie) bedingt keinen höheren Einzel-GdB im Funktionssystem des Rumpfes, denn Dr. H. konnte bei seiner Funktionsprüfung, z.B. während der Aufrichtetestungen keine Einschränkungen der Beweglichkeit und Funktionalität feststellen.

Damit ist im Funktionssystem des Rumpfes der Einzel-GdB mit 10 anzunehmen.

Soweit der Kläger auf den Kernspintomographiebericht des Dr. K. vom 08.06.2016, der in der mündlichen Verhandlung eingeholt und vorgelegt worden war und zu dem die Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme hatten, Bezug genommen hat, ergibt sich hieraus lediglich eine Untersuchung der Hüftgelenke, nicht jedoch eine solche der Wirbelsäule. Wenn der Kläger aber darauf verwiesen hat, Dr. K. habe zuletzt auch die Wirbelsäule untersucht, so war dies nicht Anlass zu einer weiteren Beweisaufnahme. Denn der Klägervertreter hat in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass auch die behandelnden Hausärzte keine weitergehenden Gutachten des Dr. K. hätten.

Im Funktionssystem der Arme sind beim Kläger    anders als der Kläger vorgetragen hat    sowohl die funktionellen Teilhabebeeinträchtigungen in Folge der Schultererkrankung als auch derjenigen der Hände zu berücksichtigen. Der Kläger irrt nämlich, wenn er ausführt, selbständige Erkrankungen der Hände und Schultern seien getrennt zu bewerten. Vielmehr ist der Rechtsprechung des BSG aber auch des Senats und    nicht zuletzt    dem Gesetz (A Nr. 2 Buchst. e) VG) zu entnehmen, dass die Bewertung in Funktionssystemen erfolgt, vorliegend im Funktionssystem der Arme. Hier konnte der Senat mit dem Gutachten von Dr. H. einen Zustand nach endoprothetischem Ersatz des linken Schultergelenkes (Primär-Implantation einer zement- und schafffreien Arthrex Eclipse Humeruskopfprothese am 06.04.2011, Zustand nach Prothesenwechsel auf inverse Schulterprothese Typ Delta Xtend und Glenoidaufbau mittels Beckenkammspan am 16.04.2015) sowie eine Rhizarthrose beidseits feststellen und den Einzel-GdB mit 30 bewerten.

Dr. H. hat bei seiner Untersuchung des Klägers im Bereich der linken Schulter ventral zwei reizlose, 11 und 9 cm lange Narben gefunden. Es fanden sich keine Entzündungszeichen. Die bedeckende Muskulatur war links schwächer als rechts ausgebildet. Bei der Palpation wurden diffuse Schmerzen über der linken Schulter angegeben. Die Beweglichkeit war bei der passiven und aktiven Bewegungspr fung links massiv eingeschränkt (Bewegungsma e: Ab-/Anspreizung rechts/links 160-0-40, 40-0-30; Vor-/R ckneigung rechts/links 170-0-30, 60-0-30; Außen-/Innendrehung rechts/links 80-0-70, 70-0-60). Der linke Arm konnte nicht bis zur Horizontalen angehoben werden. Nacken- und Schürzengriff wurden links unter Schmerzangabe nicht ausgef hrt. Rechts bestand kein typischer schmerzhafter Bogen, kein Drop-Arm-Phänomen und ein negatives Yergason-Zeichen. Linksseitig wurde die Prüfung der Kraft gegen Widerstand unter Schmerzangabe im Ansatz abgebrochen. Der linke Oberarm war angeschwollen und im Umfang vermehrt. Bei der Palpation wurden beidseits Schmerzen über den Daumensattelgelenken angegeben. Der Faustschluss war beidseits uneingeschränkt m glich. Der Spitzgriff konnte mit allen Fingern durchgef hrt werden.

Dr. H. hat die Schmerzen und die Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter auf einen Zustand nach endoprothetischem Gelenkersatz zurückgeführt. Funktionseinschränkungen im Bereich der Schulter führen zu einer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit insgesamt, wie der Gutachter dargelegt hat. Diese schränken Belastungen bei Überkopfarbeiten

sowie dem Heben und Tragen von Lasten ein.

Nach B Nr. 18.12 VG beträgt der GdB bei prothetischer Versorgung des Schultergelenks bei einseitiger Endoprothese mindestens 20. Dabei gehen die Bestimmungen von B Nr. 18.12 VG, von einem bestmöglichen Behandlungsergebnis aus. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch eine Beweglichkeits- und Belastungseinschr  nkung, eine Nervenschädigung, eine deutliche Muskelminderung und eine ausgeprägte Narbenbildung. Die angegebenen GdB-Werte schließen jedoch die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

Damit ist vorliegend von einem Mindest-GdB von 20 auszugehen. Dieser ist, da der Senat keine bestmögliche Versorgung feststellen kann, zu erhöhen. Bei der Erhöhung sind die GdB-Werte für funktionelle Behinderungen nach B Nr. 18.13 VG als Vergleichsmaßstab heranzuziehen. Danach gelten folgende GdB-S  tze:

Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf GdB 80

Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk GdB 70
Verlust eines Armes im Unterarm GdB 50
Verlust eines Armes im Unterarm mit einer Stumpf  nge bis 7 cm GdB 60

Versteifung des Schultergelenks in günstiger Stellung bei gut beweglichem Schultergürtel GdB 30

Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung oder bei gestörter Beweglichkeit des Schultergürtels GdB 40-50

Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel)
Armhebung nur bis zu 120   mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit GdB 10
Armhebung nur bis zu 90   mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit GdB 20

Instabilität des Schultergelenks geringen Grades, auch seltene Ausrenkung (in Abständen von 1 Jahr und mehr) GdB 10
mittleren Grades, auch häufigere Ausrenkung GdB 20-30
schweren Grades (auch Schlottergelenk), auch st  ndige Ausrenkung GdB 40

Schl  sselbeinpseudarthrose straff GdB 0-10
schlaff GdB 20

Damit ergäbe sich im Hinblick auf die Bewegungsbeeintr  chtigungen der linken Schulter (Vor-/ R  ckhebung: 60-0-30) ein GdB von 20. Auch liegt kein Verlust eines Armes im Schultergelenk oder mit sehr kurzem Oberarmstumpf, kein Verlust eines Armes im Oberarm oder im Ellenbogengelenk und auch keine Versteifung des Schultergelenks vor. Der Kläger kann seinen Arm     entgegen seinem Berufungsvortrag     tatsächlich, wenn auch in reduziertem Umfang, einsetzen,

sodass weder ein einseitiger Verlust noch einer vollständigen Versteifung vergleichbarer Zustand vorhanden ist. Jedoch besteht nach dem Prothesenwechsel anhaltend eine stark eingeschränkte Beweglichkeit, auch ist der Oberarm anhaltend geschwollen. Des Weiteren bestehen eine Muskelkraftminderung und Schmerzen. Nachdem der Senat keine Versteifung des Schultergelenks in ungünstiger Stellung oder eine gestörte Beweglichkeit des Schultergelenks, für die ein GdB von 40 bis 50 vorgesehen ist, oder eine vergleichbare Situation feststellen kann, kann der GdB insgesamt nicht das Maß erreichen, das für diese Vergleichssituation gesetzlich vorgesehen ist. Damit ist der GdB für die Schulter links mit 30 anzunehmen. Das entspricht der Bewertung durch den Gutachter Dr. H. Auch der behandelnde Orthopäde Dr. F. hat einem GdB von 30 gegenüber dem SG zugestimmt. Der Senat sieht sich in seiner GdB-Bewertung auch durch die Angabe des Klägers, er sei bis 31.07.2018 (ab 01.08.2018 hat der Kläger den Eintritt in den Vorruhestand angegeben) beim D. zuletzt auf einer leichten Tätigkeit eingesetzt worden und habe im Kundencenter Fahrzeuge zum Verkauf fertiggestellt (ca. 400 Stück am Tag), was für den Senat zeigt, dass der Arm des Klägers nicht völlig gebrauchsunfähig ist, bestätigt.

Im Bereich beider Daumensattelgelenke sind arthrotische Veränderungen im Rahmen einer Rhizarthrose dokumentiert. Bei der Untersuchung durch Dr. H. konnten keine Einschränkungen beim Greifen festgestellt werden. Dementsprechend sind die Veränderungen im Bereich der Hände mit einem GdB von unter 10 zu bewerten und erhöhen den Einzel-GdB im Funktionssystem der Arme nicht weiter.

Dass Dr. G. aus seiner Untersuchung des Klägers mitgeteilt hat, dass die linken Fingerspitzen des vierten und fünften Fingers den Daumen der gleichen Hand nur eingeschränkt erreichen konnten, die Kraft habe beim Faustschluss rechts 23 kg, links 14 kg – Dr. G. gibt dazu an, dass dieser Kraftseitenunterschied beim Rechtshänder normal sei –, führt nicht dazu, dass der GdB zu erhöhen wäre. Denn allenfalls kann den beiden Gutachten entnommen werden, dass schwankende Bewegungsmöglichkeiten der beiden Finger bestehen. Ein GdB kann jedoch nur dann angenommen werden, wenn der Senat zu seiner Überzeugung feststellt, dass trotz Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf im Durchschnitt über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten hinweg eine entsprechend starke Teilhabebeeinträchtigung besteht (vgl. A Nr. 2 Buchst. f) VG). Dies bedeutet: Wenn bei einem Leiden der Verlauf durch sich wiederholende Besserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes geprägt ist, können die zeitweiligen Verschlechterungen – aufgrund der anhaltenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung – nicht als vorübergehende Gesundheitsstörungen betrachtet werden. Dementsprechend muss in solchen Fällen bei der GdB-Beurteilung von dem "durchschnittlichen" Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen werden. Der Senat konnte sich aber nicht davon überzeugen, dass der von Dr. G. beschriebene Zustand den Durchschnittszustand widerspiegelt. Damit konnte sich der Senat nicht von einem höheren Einzel-GdB als 30 im Funktionssystem der Arme überzeugen.

Im Funktionssystem der Beine besteht beim Kläger eine initiale Varusgonarthrose

rechts, varische Gelenkachsen rechts stärker als links und eine initiale Häufungsminderung des tibio-femuralen Gelenkspaltes medial im Bereich des linken Kniegelenkes mit Patelladysplasie und retropatellarer Arthrose beidseits und Fabella rechts sowie ein beidseitiger Senk-Spreizfuß. Insoweit ist der GdB mit 10 zu bewerten.

Dr. H. hat aus seiner Untersuchung des Klägers berichtet, dass im Stehen und Liegen sich beidseits varische Beinachsen, rechts stärker als links ausgeprägt, fanden. Es verblieb ein Kondylenabstand von 7 cm. Bei der Palpation der Hüftgelenke wurden rechtsseitig Schmerzen im Bereich der Leistenbeuge angegeben. Bei endgradiger Innenrotation und Abduktion beider Hüftgelenke wurden Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule angegeben. Krepitationen traten nicht auf. Es bestand eine Kapselschwellung und eine diskrete intraartikuläre Ergussbildung im Bereich des rechten Kniegelenkes, links bestand eine unauffällige Kontur. Es bestand eine normale Position und uneingeschränkte Beweglichkeit der Kniescheiben aber unzureichende aktive Führung der Kniescheiben und eine geringe Lateralisierungstendenz ab 70 Grad Flexion. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war nicht eingeschränkt (Beugung/Streckung rechts/links 130-0-0, 130-0-0). Bewegungsschmerzen wurden im Bereich des rechten Kniegelenkes bei endgradiger Streckung und Beugung über 90 Grad angegeben. Beidseits war die Vorfußkontur aufgeteilt. Die Sohlenbeschwellung war unter den Mittelfußköpfchen der Zehen II bis IV beidseits vermehrt. Es bestand eine gering ausgeprägte Hallux valgus-Stellung beidseits. Die Muskulatur des linken Oberschenkels war im Umfang diskret gemindert. Hinweise auf isolierte Muskelatrophien fanden sich nicht. Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich auslösbar. Missempfindungen hat der Kläger im Bereich der rechten Leistenbeuge und dem proximalen rechten Oberschenkel angegeben. Es bestanden eine geringe Besenreiser-Varicosis beidseits und eine gering vermehrte Venenzeichnung im Bereich beider Unterschenkel.

Im Bereich der Hüften konnte der Senat mit dem Gutachten von Dr. H. und den sonst vorliegenden Befunden keine Versteifung eines oder beider Hüftgelenke, keine Bewegungseinschränkung eines oder beider Hüftgelenke, die die Schwelle für Streckung/Beugung bis zu 0-10-90° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit erreicht, keine Hüftdysplasie, keine Hüftgelenksresektion und auch keine schnappende Hüfte feststellen, sodass insoweit kein Teil-GdB anzunehmen ist. Aus dem Kernspintomographiebericht des Dr. K. vom 08.06.2016 ergeben sich lediglich leichte Koxarthrose-Frühszeichen, linksbetont, und eine Fettmarkinsel symphysennah im rechten Os pubis. Hieraus kann der Senat keine weitergehenden bzw. mit einem höheren GdB zu bewertenden Teilhabebeeinträchtigungen ableiten, zumal die Untersuchung bereits zeitlich älter ist als die Untersuchung des Gutachters Dr. H., der den aktuelleren Zustand bewertet hat.

Im Bereich beider Kniegelenke bestehen arthrotische Veränderungen, rechts stärker als links ausgeprägt, mit rezidivierenden Reizerscheinungen. Dr. H. hat mitgeteilt, dass das Hocken und Knien schmerzhaft eingeschränkt sei. Die

Veränderungen im Bereich der Kniegelenke führten zu einer Einschränkung in Bezug auf überwiegend hockende und kniende Tätigkeiten sowie auf Tätigkeiten, die ein Steigen auf Treppen und Leitern erfordern. Der Senat konnte jedoch auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. H. und der sonst vorliegenden Befunde keine Versteifung eines oder beider Kniegelenke, keine Lockerung des Kniebandapparates, keinen Kniescheibenbruch und auch keine habituelle Kniescheibenverrenkung sowie keine Bewegungseinschränkung in einem oder beiden Kniegelenken, die die von B Nr. 18.14 VG vorgegebene Schwelle für Streckung/Beugung bis 0-0-90° überschreitet, feststellen. Denn vorliegend können beide Kniegelenke über 90° gebeugt werden und es besteht kein Streckdefizit. Ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z. B. Chondromalacia patellae II-IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen liegen nicht vor, denn es finden sich keine dauerhaften ("anhaltenden") Reizerscheinungen. Damit sind die Gesundheitsstörungen im Bereich beider Kniegelenke zu Gunsten des Klägers maximal mit einem GdB von 10 zu bewerten.

Soweit Dr. G. eine diabetische Neuropathie mit beidseitigem Ausfall des ASR (Achillessehnenreflex) und des PSR (Patellarsehnenreflex) und die beidseitig nachweisbare Paresthesie (Tiefenempfindung) an den Beinen darstellt, und auch eine iatrogen bedingte Meralgia paraesthetica (Nervenkompressionssyndrom des Nervus cutaneus femoris lateralis im Bereich des Leistenbands als eine isolierte Einengung des rein sensiblen Nervus cutaneus femoris lateralis), und dadurch funktionell die Feinmotorik und aufgrund eines Taubheitsgefühls die Verletzungsgefahr erhöhend ansieht, kann dem keine Einzel-GdB-Erhöhung entnommen werden. Denn der Senat konnte nicht feststellen, dass diese Gesundheitsstörungen i.S. von Sensibilitätsstörungen, Taubheitsgefühlen zu einer Einschränkung der Feinmotorik der Beine von Dauer führt. Bei der Untersuchung durch Dr. H. wurden solche Defizite der Beine gerade nicht in dem von Dr. G. angegebenen Umfang und Ausmaß beschrieben. Dieser hat aus seiner Untersuchung berichtet, der Kläger bergewichtig mit diskret rechts entlastendem Gang geht. Das rechte Bein werde etwas nachgezogen. Die Schwung- und Standphasen des rechten Beines seien eingeschränkt, die des linken Beines unauffällig. Es bestehe eine eingeschränkte Bewegungsexkursion des rechten Hüft- und Kniegelenkes sowie beidseits eine leicht vermehrte Außenrotationsstellung der Femur und Kniegelenke. Insoweit trifft auch die von Dr. R. geäußerte Kritik zu, denn hinsichtlich der Sensibilitätsstörung infolge eines oberflächlichen Hautnervs (nervus cutaneus femoris lateralis) kann der Einschätzung mit einem GdB 30 nicht gefolgt werden. Denn diese Bewertung entspräche bereits dem Totalausfall des Wadenbeinnervs, wobei dann eine normale Gehfunktion nicht mehr möglich wäre, was aber beim Kläger noch möglich ist. Eine motorische Beeinträchtigung liegt nicht vor, sondern lediglich die bereits auch im Gutachten von Dr. H. beschriebenen Missempfindungen im Bereich der rechten Leistenbeuge und des rechten seitlichen Oberschenkelanteils, wie diese auch im Gutachten von Dr. G. graphisch dargestellt sind. Damit konnte der Senat auch insoweit keinen höheren Einzel-GdB im Funktionssystem der Beine als 10 annehmen.

Im Funktionssystem Herz/Kreislauf ist beim Kläger ein Bluthochdruck zu

berücksichtigen. Dieser Bluthochdruck ist medikamentös eingestellt und nach B Nr. 9.3 VG mit einem GdB von 10 zu bewerten. Es bestehen keine Leistungsbeeinträchtigungen, auch leichte Augenhintergrundveränderungen sind nicht berichtet. Eine mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen $\hat{=}$ Fundus hypertonicus I-II $\hat{=}$ und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) oder ein diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung sind den Berichten und Aussagen der behandelnden Ärzte nicht zu entnehmen, sodass der GdB mit 10 anzunehmen ist. Vorgetragene Ängste des Klägers wegen des Bluthochdrucks sind im Funktionssystem der Psyche zu berücksichtigen.

Im Funktionssystem der Verdauung bestehen beim Kläger Reststörungen nach Entfernung der Gallenblase sowie ein Bauchnarbenbruch. Insoweit hat Dr. G. eine Rektusdiastase mit Zustand nach Narbenbruch nach Cholecystektomie und kleinem Nabelbruch beschrieben; funktionelle Beeinträchtigungen der Verdauung sind aber weder seinem Gutachten noch den Berichten der behandelnden Ärzte zu entnehmen. Der Senat stellt daher fest, dass beim Kläger keine ausgedehnte Bauchwandschwäche oder fehlende bzw. stark eingeschränkte Bauchpresse und keine Beeinträchtigung der Bauchorgane bei Passagestörungen oder häufig rezidivierende Ileuserscheinungen bestehen, sodass der Zustand mit einem GdB von 10 nicht zu Lasten des Klägers rechtswidrig zu niedrig bewertet ist.

Im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion ist beim Kläger die mit Tabletten (Metformin) gut eingestellte Diabeteserkrankung zu berücksichtigen, jedoch nicht mit einem GdB zu bewerten. Nach B Nr. 15.1 VG erleiden die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdB rechtfertigt. Der GdB beträgt dann 0. Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt dann 20. Da der Kläger mit Metformin behandelt wird, das keine Hypoglykämien auslösen kann (vgl. zur Metforminbehandlung Senatsurteil vom 20.07.2018 - [L 8 SB 1348/18](#) -), und tatsächlich nach Angaben des Klägers nur im April 2018 eine leichte Hypoglykämie aufgetreten war, ist angesichts der gesetzlichen Regelungen eine Teilhabebeeinträchtigung, die mit einem GdB von 20 oder 10 zu bewerten wäre, nicht feststellbar. Diese Bewertung entspricht der des behandelnden Internisten und Diabetologen M.-S. Folgeschädigungen an anderen Organen oder Funktionssystemen hat der Senat dort berücksichtigt.

In diesem Funktionssystem ist auch die Adipositas des Klägers zu bewerten. Eine Adipositas allein bedingt jedoch keinen GdB (B Nr. 15.3 VG). Folge- und Begleitschäden hat der Senat bei den Funktionssystemen berücksichtigt, die von diesen Schäden betroffen sind (z.B. Bluthochdruck). Die Adipositas bedingt daher keinen Einzel-GdB im Funktionssystem des Stoffwechsels/innere Sekretion.

Beim Kläger besteht weiter eine benigne induratio penis plastica sowie eine

erektile Dysfunktion, wie der Senat dem Gutachten von Dr. G. entnimmt. Mit Dr. G. und Dr. R. kann insoweit ein GdB von 10 für die Penisverkrümmung anerkannt werden. Darüber hinaus konnte der Senat auf urologischem Fachgebiet keine die Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigenden Funktionsbehinderungen feststellen. Weder liegt ein Verlust bzw. Teilverlust des Penis oder der Eichel oder eine Unterentwicklung noch ein Verlust oder Schwund eines oder beider Hoden oder Nebenhodens vor. Auch ist eine Impotentia coeundi nicht nachgewiesen. Im Übrigen ist eine erfolglose Behandlung nicht nachgewiesen. Auch besteht keine Hydrozele oder Varikozele oder eine chronische bakterielle Entzündung der Vorsteherdrüse oder abakterielle Prostatopathie. Damit bedingt bei dem Kläger in fortgeschrittenem Alter die erektile Dysfunktion keine weitergehende Teilhabebeeinträchtigung, sodass der Einzel-GdB in diesem Funktionssystem nicht weiter zu erhöhen ist. Diese Bewertung entspricht der des behandelnden Urologen Dr. L., der lediglich leichtgradige Beeinträchtigungen beschrieben und den GdB zwischen 10 und 20, mithin gerade noch nicht mit 20, angenommen hat.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche konnte der Senat bei dem Kläger mit der Gutachterin F. eine anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren feststellen. Die funktionellen Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen sind mit einem GdB von 10 zu bewerten.

Nach B Nr. 3.7 VG ist bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB mit 0 bis 20, bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB mit 30 bis 40 und bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB mit 80 bis 100 zu bewerten.

Die Gutachterin hat aus ihrer Untersuchung des Klägers berichtet, dass der Kläger über Schmerzen in der Schulter, der rechten Leiste und des rechten Beines sowie Kopfschmerzen geklagt habe. Gedanklich sei er auf die Schmerzsymptomatik fixiert bei ungestörter Affektlage, guter affektiver Schwingungsfähigkeit, ungestörtem Antrieb und Psychomotorik und erhaltener Fähigkeit zur Freude und erhaltener Interessenlage. Eine manifeste depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Störung war daher nicht feststellbar. Diagnostisch ist daher, mit der Gutachterin F. auf psychiatrischem Fachgebiet von einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Weitere Störungen auf psychiatrischem Fachgebiet liegen nicht vor, was der Senat mit dem Gutachten F. feststellt. Die Schmerzstörung ist bereits in den Diagnosen und Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet mit abgebildet, wie die Gutachterin dargelegt hat. Die Schmerzstörung überschneidet sich insoweit mit den Schmerzen auf somatischem Fachgebiet, bedingt durch orthopädische Leiden und Kopfschmerzen. Zudem wird keine spezifische Therapie der Schmerzstörung durchgeführt, wie ambulante und

gegebenenfalls auch stationäre psychiatrische, schmerztherapeutische, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung. Daher ist die Gutachterin von einem leichteren Schweregrad der dadurch bedingten Funktionsstörungen ausgegangen. Der Kläger erlebt eine starke Schmerzbeeinträchtigung, de facto sind die dadurch bedingten Funktionsstörungen jedoch als leicht zu bewerten, da der Kläger sowohl beruflich (bis 31.7.2018) als auch gesellschaftlich voll integriert ist. Der von ihm bei der Gutachterin F. geschilderte Tagesablauf mit Spaziergängen an der frischen Luft, Zeitunglesen, Essensvorbereitungen, Haushaltsarbeiten (der Kläger hat angegeben, z.B. Teller abzutrocknen), Spaziergängen mit Bekannten, Grillen, Fahrradfahren, Schwimmengehen zeigt für den Senat ebenfalls, dass eine Beeinträchtigung der Alltagsgestaltung nicht vorliegt. Zwar hat der Kläger angegeben, dass er „als er noch Arbeiten gegangen war“ nachts wegen Schmerzen nicht geschlafen habe. Dies hat jedoch nicht zu einer Beeinträchtigung der beruflichen oder privaten Teilhabe geführt, nachdem der Kläger nicht berichtet hat, deswegen z.B. arbeitsunfähig gewesen zu sein. Nach Ende der Arbeitstätigkeit schlafe er durch, wie er der Gutachterin F. gesagt hatte.

Die Gutachterin hat einen GdB von 10 vorgeschlagen, da die Schmerzen auch auf dem orthopädischen Fachgebiet Berücksichtigung finden. Eine stärker behindernde Störung könne schon aufgrund der Tatsache, dass keine konsequente und suffiziente Behandlung durchgeführt werde, nicht festgestellt werden, ebenso lasse dies die Befundlage nicht zu. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat an. Das Kopfschmerzsyndrom geht mit der Gutachterin im chronischen Schmerzsyndrom (anhaltende Schmerzstörung) auf, weitere funktionelle Organbeschwerden und ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom konnten nicht festgestellt werden. Das vom Nervenarzt Dr. S. 2016 festgestellte depressive Syndrom konnte jetzt bei der Begutachtung nicht mehr objektiviert werden und erhöht den GdB daher nicht, sodass hinsichtlich der psychischen Erkrankungen und Schmerzen ein GdB von 10 anzunehmen ist. Dass der Kläger nie wehleidig gewesen sei „die angebotene Aussage der Ehefrau kann als wahr unterstellt werden“ erhöht den GdB nicht.

Hinsichtlich der vom Kläger in Folge der Spanentnahme am Beckenkamm angegebenen Beschwerden i.S. einer Meralgia paraesthetica rechts ergibt sich kein höherer Einzel-GdB. Dr. G. hat zu dieser Störung ausgeführt, dass verläuft an der typischen Entnahmelokalisation der nervus cutaneus femoris verlaufe. Dieser Nerv könne unterschiedliche Verlaufsformen annehmen, die intraoperativ nie vorausgesehen werden könnten. Aufgrund der nach der Spanentnahme am Beckenkamm aufgetretenen Symptomatik müsse man davon ausgehen, dass der Nerv beim Kläger bei der Stanzzylikerentnahme geschädigt worden sei, und zwar vor der Aufteilung in den anterioren und lateralen Anteil. Der Nerv sei rein sensibel, so Dr. G., und habe keinen Einfluss auf die Motorik. Eine zusätzliche Beteiligung des nervus ilioinguinalis erscheine von der Technik der Beckenkammbiopsie her weniger wahrscheinlich, aber theoretisch zumindest denkbar, so Dr. G. Der nervus cutaneus femoris müsse nicht durchtrennt worden sein, möglicherweise sei lediglich eine Druckschädigung entstanden, insbesondere wenn nach der Knochenzylikerentnahme mit einer Hautnaht der

Nerv aus Versehen miteinbezogen worden sei. Bei einer solchen Schädigung sei lokale Taubheit $\frac{1}{4}$ blich, kribbelnde Schmerzen eher die Ausnahme, bei gestreckter H $\frac{1}{4}$ fte zunehmend, bei gebeugter H $\frac{1}{4}$ fte eher abnehmend. Kleidungsst $\frac{1}{4}$ cke $\frac{1}{4}$ ber diesem Parästhesiebereich k $\frac{1}{4}$ nnten als unangenehm empfunden werden. Gef $\frac{1}{4}$ hlsst $\frac{1}{4}$ rungen an der Oberschenkelvorderseite vom Leistenband seitlich bis oberhalb vom Knie seien objektivierbar. Der Senat hat diese St $\frac{1}{4}$ rungen im Funktionssystem der Beine ber $\frac{1}{4}$ cksichtigt. Dort konnte jedoch durch diese St $\frac{1}{4}$ rungen kein h $\frac{1}{4}$ herer Einzel-GdB festgestellt werden, ein solcher k $\frac{1}{4}$ nnte auch im dortigen Funktionssystem nicht festgestellt werden, wenn man die Erkrankung den Funktionsst $\frac{1}{4}$ rungen des Rumpfes zuschlagen wollte.

Weitere $\hat{=}$ bisher nicht ber $\frac{1}{4}$ cksichtigte $\hat{=}$ GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollst $\frac{1}{4}$ ndig aufgekl $\frac{1}{4}$ rt. Der Senat h $\frac{1}{4}$ lt weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht f $\frac{1}{4}$ r erforderlich. Die vorliegenden $\frac{1}{4}$ rztlchen Unterlagen haben mit den eingeholten Gutachten dem Senat die f $\frac{1}{4}$ r die richterliche $\frac{1}{4}$ berzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([Â§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [Â§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis f $\frac{1}{4}$ r die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden $\frac{1}{4}$ berschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist f $\frac{1}{4}$ r die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Ma $\frac{1}{4}$ stab der Vergleich zu den Teilhabebeeintr $\frac{1}{4}$ chtigungen anderer Behinderungen anzustellen, f $\frac{1}{4}$ r die im Tabellenteil ein Wert von 30, 40 oder 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 $\hat{=}$ [B 9 SB 2/13 R](#) $\hat{=}$ SozR 4-3250 Â§ 69 Nr. 18 = juris).

Auch auf den Antrag des Kl $\frac{1}{4}$ gers in der m $\frac{1}{4}$ ndlichen Verhandlung war kein weiteres Gutachten bei Dr. K. einzuholen. Mit seinem Antrag hat der Kl $\frac{1}{4}$ ger in der Sache begehrt, den Kernspintomographiebericht des Dr. K. beizuziehen. Dazu hat der Senat in der m $\frac{1}{4}$ ndlichen Verhandlung Gelegenheit gegeben, woraufhin der Kl $\frac{1}{4}$ ger das Fax vom 28.06.2019 mit dem Bericht des Dr. K. vom 08.06.2016 veranlasst und den Bericht zum Gegenstand des Verfahrens gemacht hat. Die Beteiligten hatten Gelegenheit, sich zu diesem Bericht zu $\frac{1}{4}$ u $\frac{1}{4}$ ern. Nachdem auch der Bevollm $\frac{1}{4}$ chtigte des Kl $\frac{1}{4}$ gers mitgeteilt hat, die behandelnden $\frac{1}{4}$ rzte des Kl $\frac{1}{4}$ gers verf $\frac{1}{4}$ gten $\frac{1}{4}$ ber keine weitergehenden Berichte des Dr. K., war der Senat $\hat{=}$ auch auf den Antrag des Kl $\frac{1}{4}$ gers hin $\hat{=}$ nicht gehalten, nach weiteren Berichten des Dr. K. zu forschen. Ein weitergehendes Gutachten von Dr. K. $\hat{=}$ wie beantragt $\hat{=}$ "zur Feststellung der Ursachen der Erkrankungen beizuziehen" war der Senat weder von Amts wegen noch auf Antrag verpflichtet, denn Gegenstand des Verfahrens sind die in einem GdB zu bemessenden gesundheitsbedingten Teilhabebeeintr $\frac{1}{4}$ chtigungen des Kl $\frac{1}{4}$ gers am Leben in der Gesellschaft. Insoweit ist es unerheblich, auf welchen Ursachen die die Teilhabe beeintr $\frac{1}{4}$ chtigen Gesundheitsst $\frac{1}{4}$ rungen beruhen, sodass der Senat zu den Ursachen der Erkrankungen nicht Beweis zu erheben hat, weshalb dem Hilfsantrag nicht

nachzukommen war.

Einen Antrag nach [Â§ 109 SGG](#) hat der KlÃ¤ger nicht gestellt. Der Hinweis auf die Beantragung eines solchen Gutachten im Schreiben vom 12.04.2018 (Blatt 35/37 der Senatsakte) hat sich dadurch erledigt, dass der Senat auf internistisch-sozialmedizinischem, orthopÃ¤dischem und psychiatrisch-sozialmedizinischem Gebiet Gutachten von Amts wegen eingeholt hat und der KlÃ¤ger nach DurchfÃ¼hrung der Begutachtung diesen Antrag nicht erneut gestellt hat.

Soweit der KlÃ¤ger gegen das Gutachten von Dr. H. einwendet, es kÃ¶nne nicht sein, dass er nur Erkrankungen habe, die mit einem 10-Wert bewertet wÃ¼rden, so folgt ihm der Senat nicht. Denn Dr. H. hat die Schulterfunktionsbehinderung mit einem GdB von 30 bewertet. Wenn aber im Ã¼brigen die Befundlage, auch die der behandelnden Ãrzte, keine hÃ¶heren Einzel-GdB als 10 rechtfertigt, wie der Senat festgestellt hat, so stellt die entsprechende GdB-Bewertung des Gutachters keinen Grund dar, diesem Gutachten nicht zu folgen.

Nach Ãberzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (WirbelsÃ¤ule), â 30 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem der Arme, â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem der Beine, â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Herz/Kreislauf, â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Verdauung, â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem Stoffwechsel/innere Sekretion, â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem des mÃ¤nnlichen Geschlechtsorgans und â 10 fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschlieÃlich der Psyche.

Nachdem bei dem KlÃ¤ger vorliegend von einem zu berÃ¼cksichtigenden hÃ¶chsten Einzel-GdB von 30 und weiteren GdB-Wert von 10 auszugehen ist, und kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhÃ¶hend wirken, konnte der Senat einen GdB von mehr als 40 nicht feststellen.

Insgesamt ist der Senat unter BerÃ¼cksichtigung eines Vergleichs der bei dem KlÃ¤ger insgesamt vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen FÃ¤lle, fÃ¼r die die VG einen GdB von 50 vorsehen andererseits, zu der Ãberzeugung gelangt, dass der KlÃ¤ger nicht entsprechend schwer funktionell in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschrÃ¤nkt ist. In seiner Gesamtheit entsprechen die Erkrankungen des KlÃ¤gers weder einzeln noch in ihrer Zusammenschau den nach den VG in Teil B mit einem GdB von 50 oder mehr bewerteten GesundheitsstÃ¶rungen. Der Senat vermag daher nicht der Auffassung des KlÃ¤gers zu folgen, dass der Gesamt-GdB mit 50, geschweige denn mit 70, anzunehmen sei.

Damit konnte der Senat feststellen, dass im Verhältnis zu der früheren GdB-Feststellung keine rechtlich wesentliche Änderung i.S.d. [Â§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten ist, weil die Funktionsbehinderungen keinen höheren GdB als 40, wie bereits festgestellt, rechtfertigen. Die Berufung war daher in vollem Umfang zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Erstellt am: 03.02.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024