
S 2 SB 2550/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 SB 2550/21
Datum	21.01.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 284/22
Datum	27.06.2024

3. Instanz

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

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Januar 2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt an im Wege des Überprüfungsverfahrens an die höhere Erstfeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit mehr als 30.

Er ist 1984 im Kosovo geboren, lebt seit 2012 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und hat keinen Beruf erlernt. Er war seit 2015 durchgehend als Gerüstbauer beschäftigt. Seit einem Arbeitsunfall 2018, bei dem er sich am linken Sprunggelenk verletzte, ist er seiner Tätigkeit nicht mehr nachgegangen und arbeitet derzeit bei seinem alten Arbeitgeber fünf Stunden die Woche als Staplerfahrer. Der Kläger ist verheiratet und hat drei Kinder.

Am 12. September 2019 beantragte er bei dem Landratsamt R1 (LRA) erstmals die

Feststellung des GdB und legte Befundberichte vor.

Der Abschlussbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) L1 über die stationäre Behandlung zur tätigkeitsorientierten Rehabilitation vom 18. Dezember 2018 bis 29. Januar 2019 beschrieb, dass der Kläger am 23. Februar 2018 eine Syndesmosenruptur links sowie einen osteochondralen Defekt an der Talusschulter links erlitten habe. Am 4. April 2018 sei eine Doppel-Schraubenimplantation und am 30. Mai 2018 eine Teil-Metallentfernung bei Schraubenbruch erfolgt. Im weiteren Verlauf hätten Dauerschmerzen im linken oberen Sprunggelenk (OSG) sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) im Vordergrund gestanden. Die Beweglichkeit im OSG habe für die Extension/Flexion 10-0-40° und für die Pro-/Supination 10-0-25° betragen. Trotz der intensiven Behandlung bestehe nach wie vor ein Belastungsdefizit von Seiten des linken OSG. Ausdauer und Belastbarkeit hätten aber gesteigert werden können. Eine Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Gerüstbauer werde nicht mehr eintreten.

Im Befundbericht des S1 vom 28. Juni 2018 wurde ein Schonhinken links beschrieben, der Hacken- und Zehengang sei mit leichter Unterstützung beidseits möglich. Eine Hypästhesie im Bereich der Ferse finde sich nicht, Paresen seien nicht nachweisbar. Am lateralen Malleolus bestehe im Seitenvergleich eine Schwellung, die Narbe knapp proximal des Malleolus sei reizlos. Der Muskel extensor digitorum brevis sei links atrophiert. Die im Vordergrund stehende Taubheit der linken Ferse sei nicht eindeutig zuzuordnen. Die sensible Versorgung erfolge über den Ramus calcaneus Nervi tibialis, wobei sich letzterer neurographisch unauffällig dargestellt habe. Das fehlende Potential bei Stimulation des Nervus peroneus sei wahrscheinlich auf eine Atrophie des Muskulus extensor digitorum brevis zurückzuführen. Für ein eigentliches Nervenkompressionssyndrom beständen keine Hinweise.

Die H1 gab aufgrund ambulanter Untersuchung vom 19. Juni 2018 an, dass bei der Neurographie des Nervus peroneus links keine Potentiale reproduzierbar gewesen seien, die Neurographie des Nervus tibialis links sei unauffällig. Klinisch neurologisch finde sich eine linksseitige Fußheberschwäche mit Kraftgrad 4/5.

Nach dem vorläufigen Entlassungsbrief der Universitätsmedizin M1 über die stationäre Behandlung vom 6. bis 10. April 2018 wurden regelmäßige Wundkontrollen empfohlen. Bei Aufnahme habe die Beweglichkeit des linken OSG für die Extension/Flexion bei 10-0-45° gelegen und ein deutlicher Kompressionsschmerz bestanden. Die Wundverhältnisse bei Entlassung seien reizlos.

Die Kernspintomographie (MRT) vom 28. März 2018 ergab eine knöcherne Verletzung der lateralen Talusschulter mit Knochenödem und kleiner osteochondraler Läsion. Zusätzlich lägen ein Riss der ventralen Syndesmose sowie eine Reizung des Ligamentum fibulotalare anterior und des ventralen Deltabandes vor. Möglicherweise sei es zu einer Ruptur der lateralen Bänder des Subtalargelenks lateral gekommen.

K1 bewertete versorgungsärztlich die Funktionsbehinderung des linken OSG und die Teillähmung des linken Wadenbeinnervs mit einem Teil-GdB von 30 sowie die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit einem Teil-GdB von 10.

Mit Bescheid vom 30. Oktober 2019 stellte das LRA dem folgend einen GdB von 30 seit dem 23. Februar 2018 fest.

Den nicht begründeten Widerspruch wies das Regierungspräsidium S2 an das Landesversorgungsamt an mit Widerspruchsbescheid vom 16. Oktober 2020 zurück. Die Überprüfung habe ergeben, dass der angefochtene Bescheid keinen Anlass zu Beanstandungen gebe. Die vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen seien in vollem Umfang erfasst und angemessen bewertet.

Am 11. Februar 2021 beantragte der Kläger die Überprüfung des Bescheides vom 30. Oktober 2019.

S3 hielt versorgungsärztlich an der bisherigen Bewertung fest. Mit Bescheid vom 8. April 2021 lehnte das LRA die Rücknahme des Bescheides nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ab. Ein Abweichen von der Bindungswirkung sei nur möglich, wenn beim Erlass des Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden sei, der sich als unrichtig erweise. Der Kläger habe keine neuen rechtserheblichen Tatsachen oder Gesichtspunkte vorgebracht.

Den wiederum nicht begründeten Widerspruch wies das Regierungspräsidium S2 an das Landesversorgungsamt an mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2021 zurück. Weder mit dem Überprüfungsantrag noch mit dem Widerspruch seien neue Gesichtspunkte oder rechtserhebliche Tatsachen vorgebracht worden, die eine Häherbewertung rechtfertigen könnten.

Am 27. Oktober 2021 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht (SG) Mannheim erhoben, welches am 21. Januar 2022 eine nichtöffentliche Sitzung durchgeführt (vgl. Protokoll) und die Beteiligten darauf hingewiesen hat, dass eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid beabsichtigt ist.

Mit Gerichtsbescheid vom 21. Januar 2022 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Überzeugung der Kammer stehe fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Klägers mit keinem höheren GdB als 30 zu bewerten seien. Im Funktionssystem Beine komme sogar kein höherer Teil-GdB als 20 in Frage. Bei der stationären Rehabilitationsmaßnahme sei im OSG links eine Beweglichkeit von 10-0-40° befundet worden, damit lägen in beide Bewegungsrichtungen bessere Werte als 0-0-30°, welche erst zu einem Teil-GdB von 10 führten, vor. Nur unter Berücksichtigung der möglichen Pro-/Suspension und des verbliebenen Belastungsdefizits, das nicht zuletzt aus der versorgungsärztlich herausgestellten Teillähmung des linken Wadenbeinnervs resultiere, sei ein Teil-GdB von 30 angemessen, aber auch ausreichend. Eine Erholung wegen außergewöhnlicher Schmerzen sei nicht vorzunehmen. Der

Kläger habe zuletzt Novalgin und zur Stimmungsaufhellung Amineurin erhalten. Stärkste Schmerzmittel würden daher nicht eingenommen, eine stationäre Schmerzbehandlung sei nicht durchgeführt worden.

Hinsichtlich der Wirbelsäule seien keine mindestens geringen funktionellen Auswirkungen erhoben worden, sodass ein Teil-GdB von 10 nicht einmal erreicht werde. In Bezug auf eine psychiatrische Erkrankung seien keine psychovegetativen oder psychischen Störungen festgestellt worden. Der Wirkstoff Amineurin, der stimmungsaufhellend wirke, werde im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzt. Der vom Beklagten festgestellte GdB von 30 sei damit schon überhöht.

Am 31. Januar 2022 hat der Kläger Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Er habe zahlreiche Ärzte von der Schweigepflicht entbunden, der Amtsermittlungspflicht sei das SG nur unzureichend nachgekommen. Eine Aufklärung des Sachverhalts habe im Wesentlichen nicht stattgefunden. Das SG erkenne zwar an, dass trotz erhaltener Extremität der Zustand ungünstiger sein könne als der Verlust. Es ziehe hieraus nicht die notwendigen Schlüsse. Dass er nicht fortlaufend in Behandlung sei, könne ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden. Die fehlende Verabreichung von Opiaten zur Schmerzbekämpfung sei ohne weitere Ermittlung zur Grundlage der Entscheidung gemacht worden. Neben dem Sprunggelenk seien die Einschränkungen der Wirbelsäule sowie der Gesundheitszustand allgemein weiter aufzuklären gewesen.

Der Kläger beantragt, sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Januar 2022 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter Aufhebung des Bescheides vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2021 sowie unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 einen Grad der Behinderung von 60 seit dem 23. Februar 2018 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er verweist auf die angefochtene Entscheidung.

Zur weiteren Sachaufklärung hat der Senat sachverständige Zeugen aus der behandelnden Ärzteschaft erhoben.

T1 hat mitgeteilt, dass seine Vorgängerin H1 seit 1. Januar 2020 in Ruhestand sei, eine Behandlung habe seitdem nicht mehr stattgefunden, sodass keine Auskunft erteilt werden könne.

Der S1 hat auf seine Befundberichte aus 2018 verwiesen, seitdem sei es zu keiner Vorstellung mehr gekommen.

Der B1 hat bekundet, den KlÄxger seit der Erstbehandlung in der UniversitÄtsmedizin M1 2018 zu behandeln, die letzte Vorstellung sei am 19. April 2022 erfolgt. Nach der stationÄren Rehabilitation habe er sich mehrfach mit unverÄndertem Beschwerdebild vorgestellt. Die ab dem 6. Mai 2019 begonnene Wiedereingliederung habe wegen der Zunahme der Beschwerden abgebrochen werden mÄssen. Am 13. MÄrz 2020 habe sich der KlÄxger mit unverÄndertem Beschwerdebild wieder vorgestellt, es sei eine Äberweisung zur Computertomographie (CT) erfolgt (Befund vorgelegt â keine wesentliche BefundÄnderung zu 2020). Danach sei es bis zum 6. April 2022 zu keinen Vorstellungen mehr gekommen. Aufgrund der unverÄnderten Missempfindungen am linken FuÄ habe er erneut eine neurologische Diagnostik veranlasst, ein Befundbericht darÄber liege ihm nicht vor.

Am linken Sprunggelenk bestehe eine endgradige BewegungseinschrÄnkung bei Streckung/Beugung im Seitenvergleich. Anamnestisch komme es zu einer belastungsabhÄngigen Schmerzzunahme und Schwellneigung. In der radiologischen Diagnostik zeige sich eine beginnende Arthrose des linken OSG. Die GesundheitsstÄrungen seien als mittelschwer einzuschÄtzen, hierbei mÄsse aber auch die berufliche Situation des KlÄxgers als GerÄstbauer gewÄrdigt werden. Es sei medizinisch von einem Endzustand auszugehen. Ohne erneute Untersuchung kÄnne er den GdB auf maximal 10 einschÄtzen. Weiter hat er bereits aktenkundige Berichte vorgelegt.

Auf Antrag des KlÄxgers nach [Ä§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat das neurologische SachverstÄndigengutachten des F1 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 26. Februar 2024 erhoben. Diesem gegenÄber hat der KlÄxger angegeben, dass er auf dem GerÄst mit dem linken FuÄ umgeknickt sei. In der MRT seien ein BÄnderabriss und abgerissene KnochenstÄcke festgestellt worden. Erst am 6. April 2018 habe er KrÄcken erhalten und schon eine Taubheit der FuÄsohle wie permanente Schmerzen verspÄrt. Am 30. Mai 2018 sei eine Schraubenentfernung erfolgt und dabei eine Schraube abgebrochen. Nach dieser Operation sei die Taubheit genauso gewesen wie nach der ersten Operation. Aktuell wÄrden eine nÄchtliche Unruhe und Schmerzen im Sprunggelenk beklagt. Er kÄnne keine SpaziergÄnge unternehmen, die maximale Gehstrecke unter Schmerzen liege bei 500 Metern. Bei unebenem GelÄnde sei es schlimmer, am rechten FuÄ bestÄnden keine Probleme. Im November 2012 sei er gestÄrzt und einen Monat in der Unfallklinik in L1 behandelt worden. Seitdem bestÄnden an der LWS Lumbago-Beschwerden, die sich durch die anhaltende Schonhaltung seit der Sprunggelenksverletzung wieder aggraviert hÄtten.

Aktuell nehme der KlÄxger Ibuprofen 800 bei Bedarf, die Schmerzen gingen dann auf eine SchmerzstÄrke von 4/10 zurÄck. Der Versuch mittels eine Opiats wie Tramal habe zu Äbelkeit und Erbrechen gefÄhrt. Nebebefundlich bestehe ein latentes Schielen seit der Geburt, der Visus sei beidseits gut. Aktuell sei er im Rahmen eines Mini-Jobs beim alten Arbeitgeber als Staplerfahrer mit fÄnf Stunden pro Woche beschÄftigt. Er kÄnne nicht im Sitzen arbeiten, weil ihm der RÄcken weh tue.

Neurokognitiv sei der KlÄxger wach, klar und orientiert. Es finde sich keine Sprech-/SprachstÄrörung bei Sprachbarriere aufgrund limitierter Deutsch-Kenntnisse. Psychopathologisch bestÄ¼nden keine inhaltlichen oder formalen DenkstÄrörungen. Die Stimmung sei gedrÄ¼ckt, aber schwingungsfÄ¼hig. Das Kurz- und LangzeitgedÄ¼chtnis seien unauffÄ¼llig, der Antrieb sei gemindert. Eine Freudlosigkeit werde beschrieben, sozial sei der KlÄxger zurÄ¼ckgezogen. Motorisch bestehe eine leichte FuÄ¼heberparese links mit Kraftgrad 4/5, ein normaler Muskeltonus, mittellebhaft seitengleiche Muskeleigenreflexe. Der Zehen-/Fersenstand und der Einbeinstand seien beidseits mÄ¼glich, links mit sofort angegebener Schmerzzunahme bei Belastung. An der linken FuÄ¼sohle und am FuÄ¼rÄ¼cken bestehe eine Taubheit auf epikritische BerÄ¼hrung und Schmerz. Der Unterschenkel sei unauffÄ¼llig und auch sonst die SensibilitÄ¼t ohne Defekt. Stand und Gang zeigten sich eingeschrÄ¼nkt, das linke Bein werde bei jedem Schritt humpelnd nachgezogen. Die SchrittlÄ¼nge sei gut, es wÄ¼rden zwei Wendeschritte bei 180° Drehung gemacht. Zehen- und Fersenstand seien bei Schmerzzunahme nur eine Sekunde mÄ¼glich. Der Romberg-Stehversuch und der Unterberger-Tretversuch seien ohne Pathologie. Die Vorstellung sei ohne Gehhilfen erfolgt, die MobilitÄ¼t gelinge selbststÄ¼ndig bei einer aktuell angegebenen SchmerzstÄ¼rke von 7/10.

In der Elektroneurographie und bei der Messung der somato-sensibel evozierten Potentiale der unteren ExtremitÄ¼t hÄ¼tten sich Normalbefunde gezeigt, das EEG zeige keinen Hinweis auf eine HirnfunktionsstÄrörung.

In der Zusammenschau seien die organischen FunktionsstÄrörungen und die berichteten Defizite korrekt wiedergegeben worden. Allerdings sei die medizinische Weiterversorgung und Berichtslage nach Januar 2019 dÄ¼rftig. In Anbetracht des biographischen Hintergrunds des KlÄxgers sei eine gewisse HÄ¼rde zur Wahrnehmung von ergÄ¼nzenden Therapieangeboten zwar nachvollziehbar, das Fehlen solcher BehandlungsmaÄ¼nahmen aber auffÄ¼llig.

Die funktionelle Einschränkung des linken FuÄ¼es mit Taubheit, FuÄ¼heberparese und Lumbago-Beschwerden sei zumindest bis Mai 2019 mit einem GdB von 30 adÄ¼quat abgebildet. Die dann erfolgte Schmerzzunahme mit aktueller SchmerzstÄ¼rke von 8-9/10 bis 4-6/10 im Jahr 2018 und die nun zu diagnostizierende Depression seien bislang in den Beurteilungen nicht ausreichend gewertet worden. Der KlÄxger zeige eine gewisse Selbstaufgabe und keine intrinsische Motivation mehr, immer wieder erneut schmerztherapeutische Optimierung oder gar eine fÄ¼r ihn ggf. stigmatisierende psychotherapeutische Behandlung aufnehmen zu wollen.

Jetzt sei sowohl die Schmerztherapie als auch die Depression therapeutisch noch nicht ausreichend adressiert worden und kÄ¼nne durch einen Aufenthalt in einer Schmerzklinik und/oder einer psychosomatischen Klinik verbessert werden. Dennoch sehe er bei mÄ¼glichem Verbesserungspotential einen Gesamt-GdB von 50 als gerechtfertigt an.

Das chronische regionale Schmerzsyndrom des linken Sprunggelenks sei mit einem

GdB von 30 zu bewerten, hierbei sei weniger der Funktionsausfall von Bedeutung als das damit verbundene Schmerzsyndrom, das das Äußerliche Maß überschreite. Die reaktive Depression führe zu einem GdB von 30, hier sei bislang keine antidepressive Therapie durchgeführt worden, diese sei aber indiziert und damit liege eine äußerergewöhnliche seelische Begleiterscheinung vor. Bis zu einem Jahr nach der Metallentfernung, somit bis 30. Mai 2019, sei ein GdB von 30 plausibel, danach ein solcher von 50 begründet.

Die funktionellen und organischen Befunderhebungen der Vorgutachten seien nicht zu bemängeln und für den jeweiligen Zeitpunkt der Befunderstellung nachvollziehbar wie plausibel. Aus seiner Sicht seien zum damaligen Zeitpunkt und auch in der weiteren medizinischen Betreuung das chronische Schmerzsyndrom und die begleitende Depression nicht ausreichend gewürdigt worden. Ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS) könne erst im Verlauf diagnostiziert werden. Das sei keine primär klinische Diagnose und finde sich insbesondere nach Traumata der distalen Extremitäten. Passend hierzu seien ein Knochenödem in den MRT-Aufnahmen vom 28. März 2018, ein Funktionsausfall im Sinne einer Fußheberparese und ein sensibles Defizit des linken Fußes sowie ein erst im Verlauf nach Wochen im Anschluss an das Trauma sich verstärkendes Schmerzsyndrom beschrieben.

Der Beklagte ist dem Sachverständigengutachten durch Vorlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme des H2 entgegengetreten. Diese hat ausgeführt, dass S1 am 28. Juni 2018 ein Schonhinken links beschrieben habe, sichere Paresen hätten sich nicht gezeigt.

F1 bestätige den festgestellten GdB von 30 für die Funktionsbehinderung des OSG links mit leichter Fußheberparese und chronischem regionalen Schmerzsyndrom. Der Teil-GdB von 30 sei allein aufgrund des somatischen Untersuchungsbefundes sehr großzügig, unter Berücksichtigung des Schmerzsyndroms aber vertretbar.

Dem Vorschlag eines Teil-GdB von 30 für die rezidivierende depressive Störung könne nicht gefolgt werden. Auch wenn F1 eine antidepressive Therapie führe indiziert erachte, bleibe festzuhalten, dass bisher keine psychiatrische Behandlung erfolgt sei. Alleine aufgrund eines während der gutachterlichen Untersuchung gewonnenen Eindrucks ohne Vorbefunde zum Krankheitsverlauf könne kein GdB-erhöhendes Ausmaß angenommen werden. F1 schildere zwar einen kurzen psychopathologischen Befund, die Ausführungen zum Tagesablauf und zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten seien jedoch recht knapp gehalten.

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

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

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([Â§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet ([Â§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft ([Â§Â§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Ã¼brigen zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG Mannheim vom 21.Â° Januar 2022, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([Â§ 54 Abs.1 SGG](#)) auf hÃ¶here Feststellung des GdB im Ã¼berprÃ¼fungsverfahren unter Aufhebung des Bescheides vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([Â§ 95 SGG](#)) vom 8. April 2021 sowie unter teilweiser RÃ¼cknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 abgewiesen worden ist. MaÃgebender Zeitpunkt fÃ¼r die Beurteilung des Antrags nach [Â§ 44 SGB X](#) ist die damalige Sach- und Rechtslage aus heutiger Sicht (âgelÃtete Rechtsauffassungâ vgl. BSG, Urteil vom 30.Â° Januar 2020 â [B 2 U 2/18 R](#) â, juris, Rz. 16).

Die UnbegrÃ¼ndetheit der Berufung folgt aus der UnbegrÃ¼ndetheit der Klage. Der Bescheid vom 8. April 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2021 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Auch zur Ã¼berzeugung des Senats hat es der Beklagte zu Recht abgelehnt, den Bescheid vom 30. Oktober 2019 teilweise zurÃ¼ckzunehmen und bei dem KlÃ¤ger einen hÃ¶heren GdB festzustellen. Aus dem auf Antrag des KlÃ¤gers nach [Â§ 109 SGG](#) eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten folgt schon deshalb nichts anderes, da dieses nur MutmaÃungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes des KlÃ¤gers in der Vergangenheit enthÃ¤lt, ohne relevante medizinische AnknÃ¼pfungsbefunde benennen zu kÃ¶nnen. Dementsprechend kann auch der EinschÃtzung des GdB nicht gefolgt werden. Das SG hat die Klage daher zu Recht abgewiesen.

Nach [Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, soweit es sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit zurÃ¼ckzunehmen.

Ziel von [Â§ 44 SGB X](#) ist es, die Konfliktsituation zwischen der Bindungswirkung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes und der materiellen Gerechtigkeit zugunsten letzterer aufzulÃ¶sen (vgl. BSG, Urteil vom 4. Februar 1998 â [B 9 V 16/96 R](#) â, [SozR 3-1300 Â§ 44 Nr. 24](#)). Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, haben Betroffene einen einklagbaren Anspruch auf RÃ¼cknahme des Verwaltungsaktes unabhÃ¤ngig davon, ob dieser durch ein rechtskrÃ¤ftiges Urteil bestÃ¤tigt wurde (BSG, Urteil vom 28. Januar 1981 â [9 RV 29/80](#) â, [BSGE 51, 139](#)). Selbst wenn Betroffene schon einmal einen Ã¼berprÃ¼fungsantrag nach [Â§ 44 SGB X](#) gestellt haben, darf die Verwaltung ein erneutes Begehren nicht ohne RÃ¼cksicht auf die wirkliche Sach- und Rechtslage zurÃ¼ckweisen. Entsprechend dem Umfang des Vorbringens muss sie in eine erneute PrÃ¼fung eintreten und Antragstellende bescheiden (BSG, Urteil vom 5. September 2006 â [B 2 U 24/05 R](#) â, [BSGE 97,](#)

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, da der Beklagte mit dem Bescheid vom 30. Oktober 2019 jedenfalls das Recht nicht zu Lasten des Klägers unrichtig angewandt und nicht zu Ungunsten von einem Sachverhalt ausgegangen ist, der sich als unrichtig erweist.

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

Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

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

Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

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

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

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Verordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchststrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der GdB mit dem zu überprüfenden Bescheid vom 30. Oktober 2019 nicht rechtswidrig zu niedrig festgestellt worden ist.

Die vorwiegenden Funktionseinschränkungen des Klägers liegen im Funktionssystem „Beine“, die schon nur unter zusätzlicher Berücksichtigung eines verbliebenen Belastungsdefizits aufgrund der Teillähmung des linken Wadenbeinnervs mit einem Teil-GdB von 30 bewertet werden können, wie das SG zutreffend ausgeführt hat und worauf der Senat gemäß [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug nimmt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 ist eine Bewegungseinschränkung im OSG geringen Grades mit einem GdB von 0, eine mittleren Grades (Heben/Senken 0-0-30°) mit einem GdB von 10 und eine stärkeren Grades mit einem GdB von 20 zu bewerten.

Ausgehend von diesen Maßstäben ergibt sich aus dem Abschlussbefund der BGU

L1 eine Beweglichkeit des linken OSG von 10-0-40° und damit ein besserer Status, als er für eine Bewegungseinschränkung mittleren Grades vorausgesetzt wird. Dieser Befund hat sich bei der Untersuchung in der Universitätsmedizin M1 bestätigt, die die Beweglichkeit mit 10-0-45° gemessen hat.

Überzeugend hat K1 versorgungsrztlich ausgeführt, dass unter Berücksichtigung der von der H1 beschriebenen Fußheberschwäche mit Kraftgrad 4/5 und den nicht reproduzierbaren Potentialen des Nervus peroneus links eine Erhöhung des Teil-GdB im Funktionssystem „Beine“ auf 30 erfolgen kann.

Das SG hat weiter zutreffend herausgestellt, dass keine Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule (Funktionssystem „Rumpf“ [vgl. VG, Teil B, Nr. 18.9]) dokumentiert sind, die eine Bewertung mit einem Teil-GdB von wenigstens 20 rechtfertigen würden. Entsprechendes gilt für die Ausführungen, dass keine psychovegetativen oder psychischen Störungen festgestellt worden sind, die eine eigenständige Bewertung im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ (vgl. VG, Teil B, Nr. 3.7) rechtfertigen.

Die Richtigkeit der Darlegungen des SG hat sich durch die vom Senat eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen in aller Deutlichkeit bestätigt. Der Praxisnachfolger von H1 hat keine über die bereits aktenkundigen Befunde hinausgehenden Angaben machen können. S4 hat mitgeteilt, den Kläger seit 2018 nicht mehr behandelt zu haben, sodass er nur auf seinen bereits aktenkundigen Befundbericht verwiesen hat. Es wird somit deutlich ersichtlich, dass sich das SG zu Recht nicht zu weiteren Ermittlungen veranlasst gesehen hat und die Angabe von Ärzten allein keinen Ermittlungsbedarf begründet. In beiden Fällen konnten nämlich keine neuen Befunde mitgeteilt werden, sondern es ist lediglich auf bereits Aktenkundiges verwiesen worden.

Eine aktuellere Behandlung konnte lediglich der B1 mitteilen, wobei dieser auch eine deutliche Behandlungslücke beschreibt, der zu überprüfende Bescheid daneben schon vom 30. Oktober 2019 datiert und es deshalb auf nach diesem Zeitpunkt erhobene Funktionseinschränkungen nicht entscheidungserheblich ankommt. Relevant abweichende Befunde hat dieser ebenfalls nicht beschrieben, sondern nur bestätigt, dass sich der Kläger im März 2020 mit unverändertem Beschwerdebild vorgestellt hat. Am linken OSG hat er nur eine endgradige Bewegungseinschränkung beschrieben, was mit den Vorbefunden korrespondiert. Die belastungsabhängigen Schmerzen und die Schwellneigung beruhen nur auf anamnestische Angaben des Klägers, einen eigenen Befund hat er insofern nicht erhoben. Soweit er davon ausgeht, dass die berufliche Situation des Klägers, der nicht mehr als Gerüstbauer arbeiten könne, berücksichtigt werden müsse, handelt es sich um keinen im Rahmen der GdB-Bewertung zu berücksichtigenden Umstand. Denn der GdB ist unabhängig von der beruflichen Situation einzuschätzen (vgl. VG, Teil A, Nr. 2a). Im Übrigen hat er berichtet, dass von einem medizinischen Endzustand auszugehen sei und hat einen Teil-GdB von 10 ausdrücklich bestätigt.

Aus dem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) erhobenen

Sachverständigengutachten des F1 folgt insbesondere bezogen auf den maßgebenden Beurteilungszeitpunkt nichts anderes. Dieser bestärkt zunächst die leichte Fußheberschwäche, sieht aber einen normalen Muskeltonus und mittelmäßige seitengleiche Muskeleigenreflexe. Der Zehen-/Fersenstand und der Einbeinstand waren beidseits möglich, links wurde eine Schmerzzunahme bei Belastung angegeben. Eine relevante funktionelle Einschränkung hat er damit nicht erhoben, daneben hat er den linken Unterschenkel als unauffällig beschrieben, also keine Zeichen eines relevanten Mindergebrauchs festgestellt. Die Schrittlänge wird bei humpelnden Gangbild als gut beschrieben, die Versuche nach Romberg und Unterberger als ohne Pathologie.

Soweit der Sachverständige von einer Schmerzzunahme und einer nunmehr zu diagnostizierenden Depression ausgeht, führt dies hinsichtlich des maßgebenden Beurteilungszeitpunkts schon nicht weiter, zumal F1 selbst einräumt, dass eine nur dürftige Befundlage vorliegt, also keinen medizinischen Anknüpfungstatsachen dokumentiert bzw. Befunde objektiviert sind, die eine tragfähige Verlaufsbetrachtung ermöglichen.

Abgesehen davon, dass sich der Sachverständige auf keinerlei richtungsweisende Arztberichte stützen kann, konstatiert er selbst, dass die von ihm gesehenen Funktionseinschränkungen einer therapeutischen Behandlung zugänglich sind, die bislang in keiner Weise durchgeführt worden ist. Es ist daher vor dem Hintergrund seiner eigenen Ausführungen unschlüssig, wie hieraus auf eine dauerhafte Beeinträchtigung geschlossen werden, die daneben noch den Teil-GdB von 30 aufgrund der Einschränkungen am OSG, der ohnehin nur unter Berücksichtigung der Schmerzsymptomatik erreicht wird, auf einen Gesamt-GdB von 50 erhöhen können soll. Es fehlt daher sowohl an einer dauerhaften Funktionseinschränkung als auch eine solche wegen der Überschneidung jedenfalls nicht Gesamt-GdB erhöhend sein kann. Hierauf hat H2 versorgungsärztlich ebenso überzeugend hingewiesen, wie darauf, dass der Teil-GdB von 30 im Funktionssystem alleine aufgrund des Funktionsbefundes sehr großzügig sei und nur unter Berücksichtigung des Schmerzsyndroms vertretbar erscheint.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der von dem Sachverständigen erhobene psychopathologische Befund einen Teil-GdB von 30 nicht stützt.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begründeten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata in Form leichter psychovegetativer oder psychischer Störungen einen GdB von 0 bis 20, stärkere Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische Störung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt,

manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, körperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 – [B 9 A V 12/17 B](#) –, juris, Rz. 2). Dabei ist für die GdB-Bewertung, da diese die Einbußen in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 – [L 6 A VH 2746/15](#) –, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu würdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit meint schon begrifflich eher Einschränkungen in der inneren Gefühlswelt, während Störungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der sozialen Anpassungsschwierigkeiten fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die Stärke des empfundenen Leidensdrucks äußert sich nach ständiger Rechtsprechung des Senats auch und maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender ärztlicher oder der gleichgestellten ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch bei gesetzlich Versicherten zugelassene Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 A SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 A SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31).

Ausgehend von diesen Maßnahmen hat F1 keinen Befund beschrieben, der die Annahme einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit stützt. Vielmehr beschreibt er den Kläger als kognitiv wach, klar und orientiert. Formale oder inhaltliche Denkstörungen bestanden nicht, lediglich die Stimmung wird als gedrückt, aber schwingungsfähig angegeben, der Antrieb nur als gemindert. Soweit er darüber hinaus einen sozialen Rückzug beschreibt, werden nur anamnestic Angaben des Klägers referiert, entsprechende Anknüpfungstatsachen hierzu aber weder erfragt, noch mitgeteilt. Also fehlt es an jeglicher Verifizierung und Überprüfung der klägerischen Angaben, wie es aber eigentlich Aufgabe des gerichtlichen Sachverständigen ist.

Der Teil-GdB im Funktionssystem – Beine – von 30 entsprach zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt und entspricht auch weiter dem Gesamt-GdB, sodass der Beklagte die Rücknahme des Bescheides vom 30. Oktober 2019 zu Recht abgelehnt hat.

Nachdem der Kläger somit die Feststellung eines höheren GdB nicht beanspruchen kann, lässt der Senat dahinstehen, ob der Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Voraussetzungen für eine Feststellung des GdB für

Zeiten vor der Antragstellung vorgelegen haben (vgl. [Â§ 153 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)),
zumal sich das ohnehin nur zu Gunsten des Klägers ausgewirkt hat.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zur¹/₄ckzuweisen.

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

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

Â

Erstellt am: 10.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024