

L 6 SB 777/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 14 SB 1622/18
Datum
24.09.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 777/21
Datum
13.01.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24. September 2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) mit 50 und die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr).

Sie ist 1974 geboren, ihre leibliche Mutter starb in ihrem 15. Lebensjahr. Die Schule hat sie 1992 mit der Mittleren Reife abgeschlossen, danach nach einem Jahr ihre Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen Assistentin (PTA) abgebrochen und anschließend die zur Arzthelferin 1996 abgeschlossen. Sie war im Anschluss bei diversen Arbeitgebern als Arzthelferin oder Pflegehelferin (1996 bis 1999), danach mehrere Jahre als Datentypistin (1999 bis 2005) und anschließend bis Juni 2017 wieder als Arzthelferin, zuletzt mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden beschäftigt. Anschließend absolvierte sie eine von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben geförderte Umschulung zur Steuerefachangestellten und ist seit Januar 2020 in diesem Beruf mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden beschäftigt, zum Sommer 2020 war eine Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 30 Stunden beabsichtigt. Ihre Ehe wurde nach nur einem Jahr 1998 beendet, nach sechsjähriger Trennung wurde sie 2014 geschieden, sie ist kinderlos und wurde im November 2018 von ihrer Stiefmutter adoptiert. Sie bewohnt alleine eine 55 qm Wohnung zur Miete, die sie gerne aufräumt und ausmietet. In ihrer Freizeit beschäftigt sie sich mit Fotografie, strickt Socken, liest Krimis, sieht Dokumentationsendungen im Fernsehen an und surft im Internet. Ihre Urlaube verbringt sie aus Ruhebedürfnis gerne allein und wegen des damit verbundenen Tapetenwechsels in 4- bis 5- Sternehotels (vgl. Sachverständigengutachten des N und des K).

Am 3. Juni 2008 beantragte die Klägerin erstmals beim Landratsamt K1 (LRA) die Erstfeststellung des GdB und gab als zu berücksichtigende Gesundheitsstörungen eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas (BMI 37,9, 160 cm, 97 kg), einen Beckenschiefstand wegen eines um 5 cm verkürzten linken Beins, einen Keilwirbel im Lendenwirbelsäulen(LWS)-Bereich, einen Knick-Senk-Spreizfuß, eine Skoliose, ein Halswirbelsäulen(HWS)-Brustwirbelsäulen(BWS)-LWS- und Schulter-Arm-Syndrom verbunden mit degenerativen Veränderungen, chronischen Schmerzen und Blockierungen, schließlich eine Sehschwäche an. Dem Antrag fügte sie mehrere ärztliche Unterlagen bei.

T, gab an, dass ihn die Klägerin am 20. April 2007 wegen einer Blutdruckentgleisung bis 170/100 mmHg und einer Pulsbeschleunigung auf 100 Schläge/Minute konsultiert habe, worauf ihr dringend eine Gewichtsabnahme empfohlen worden sei, die Untersuchung der Nieren und Augen habe keinen auffälligen Befund ergeben. Sie habe sich dann erneut am 29. April 2008 ambulant vorgestellt, er habe eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas und einen Strumaknoten rechts diagnostiziert. Die S ergänzte über die Vorstellungen der Klägerin vom 8. Oktober 2004, 15. November 2005 und vom 14. April 2008, dass sich anlässlich dessen eine Cervikobrachialgie links, eine Keilwirbelbildung LWK4/5, Skoliose, ein Lumbago, rezidivierende LWS-Blockierung, leichte Pfannendysplasie beider Hüftgelenke, Insertionstendinose Trochanter major, Skoliose der LWS bei Blockwirbelbildung L3/L4 und Bogenschlussstörung S1, Asymmetrie des lumbosakralen Übergangs und eine rezidivierende BWS-Blockierung beschreiben ließen. E, klinische Geriatrie, hatte am 15. April 2003 einen cervikogenen Schwindel und Kopfschmerzen diagnostiziert. Der F erhob bei der Behandlung wegen Myopie und Astigmatismus einen Normalbefund mit voller Funktion (Visus beidseits 1,2, keine Gesichtsfeldausfälle zu erwarten).

Versorgungsärztlich bewertete B die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule (WS), Wirbelsäulenverformungen und eine Beinverkürzung mit einem Einzel-GdB von 20, den Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 10 sowie den mit Brille korrigierten Visus wie die Adipositas als nicht GdB-relevant, so dass der Gesamt-GdB 20 betrage. Gestützt hierauf stellte das LRA durch Bescheid vom 28. August 2008 einen GdB von 20 seit dem 3. Juni 2008 fest.

Auf ihren Widerspruch holte das LRA einen Befundschein der S ein, der als Diagnosen Insertionstendinose Trochanter major, Pfannendysplasie beider Hüftgelenke, Supraspinatustendinitis beider Schultergelenke mit schmerzhaftem Bogen, Senk-Spreizfuß beidseits, Thorakolumbalskoliose bei Keilwirbelbildung und Teilblockwirbelbildung L4/L5, Asymmetrie des lumbosakralen Übergangs, rezidivierende Ileosakralfugenblockierung, Arthrose der Ileosakralfugen, Kyphose der BWS, Osteochondrose C5/6 und C6/7 sowie Cervicocephalgie und Cervicobrachialgie aufführte.

Nachdem C in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gelangte, dass sich daraus keine Gesichtspunkte für die Höherbewertung des GdB ergäben und weiterhin keine höhergradigen Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat objektiviert werden könnten, wies der Beklagte den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2008 zurück.

Den am 20. Januar 2011 gestellten Neufeststellungsantrag begründete die Klägerin zusätzlich mit einem Bandscheibenvorfall BWK11/12, einer Depression und rezidivierenden Ekzeme an den Händen. Sie fügte dem Antrag den Bericht des Radiologischen Zentrums S5 vom 24. November 2010 bei, der eine Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS mit einer linkskonvexen LWS-Skoliose, einer chronischen Osteochondrose im Segment L3/4 mit Höhenminderung der Bandscheibe, mit im Segment BWK11/12 links mediolateralem Bandscheibenvorfall bei Verlegung des Recessus (freie Neuroforamina in dieser Lokalisation und in den übrigen Segmenten) und einer fortgeschrittenen Facettengelenksarthrose der unteren drei LWS-Segmente befundet hatte.

Aus den vom S1 vorgelegten Berichten der L ergab sich eine arterielle Hypertonie und weiterhin keine hypertensive kardiale Schädigung, der H hatte ein Naseneingangsekzem diagnostiziert und der B1 ein Handekzem sowie eine irritative Hyperkeratose.

H1, führte am 11. März 2008 aus, die Klägerin sei wach und vollständig orientiert gewesen, er habe unter anderem erhoben, dass die HWS rechts frei beweglich sei, kaum Klopfschmerz bestünde, dafür sehr deutliche Verspannungen, der Gang und Stand seien recht sicher bei unauffälliger Sensibilität und Koordination gewesen.

Die S beschrieb eine Skoliose bei Keilwirbelbildung L4/5, eine Facettengelenksarthrose der LWS, eine Beinlängendifferenz, Knick-Senkfüße und einen Bandscheibenprolaps Th11/12. Die Hüftgelenksbeweglichkeit sei beidseits endgradig eingeschränkt gewesen, die Beweglichkeit der WS habe hinsichtlich Schober 10/14 cm betragen, der Finger-Boden-Abstand (FBA) sei 30 cm, die Seitendrehung sei nach rechts und links schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Es habe ein schmerzhafter Bogen beider Schultergelenke bei durchführbarem Nacken- und Schürzengriff bestanden, die Gehstrecke sei normal gewesen.

S2 bewertete versorgungsärztlich den Gesamt-GdB weiterhin mit 20, nachdem das rezidivierende Handekzem und die Funktionsbehinderung beider Hüftgelenke nicht mit einem Einzel-GdB von mindestens 10 zu berücksichtigen seien, die geltend gemachte Depression nicht nachgewiesen sei.

Das LRA lehnte deshalb mit Bescheid vom 8. März 2011 die Neufeststellung des GdB ab, nachdem sich die Verhältnisse, die der letzten maßgeblichen Feststellung zugrunde gelegen hätten, zwar durch das Hinzukommen weiterer Funktionsbeeinträchtigungen geändert hätten, sich jedoch keine Auswirkungen auf die Höhe des bereits festgestellten GdB ergäben.

Mit ihrem dagegen erhobenen Widerspruch machte die Klägerin geltend, dass sie seit über 15 Monaten wegen ihrer Depression bei dem S3 in Behandlung sei.

Der S3 teilte als erhobene Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, mit sich progredient entwickelnden Ängsten und phobischen Problemen mit. Die Klägerin sei auf Anraten ihres Hausarztes in seine Behandlung gekommen. Sie sei sehr verzweifelt, wisse nicht, wie es weitergehen solle, fühle sich seit längerer Zeit sehr niedergeschlagen und leide unter Herzrasen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen. „Funktionieren“ würde sie wie ferngesteuert, schaffe es, irgendwie ihren Alltag und ihre Arbeit zu bewältigen, und fühle sich innerlich wie versteinert. Die Klägerin habe anfangs verschlossen und gehemmt gewirkt, habe nur auf Nachfragen sehr knapp und mit schlecht modulierter Stimme ihre Situation geschildert, wobei sie unsicher und innerlich angespannt gewirkt habe. Sie habe ihre Gestik kontrolliert und in belastenden Situation unvermittelt angefangen zu „zappeln“. Die depressive Stimmungslage sei deutlich ausgeprägt gewesen. Die Klägerin sei bewusstseinsklar gewesen, suizidale Tendenzen hätten nicht bestanden. Sie wolle durch die Therapie ihre Depressionen, die körperlichen Symptome und die Anspannung verlieren sowie ihre Lebensfreude wiedererlangen.

Nachdem die Klägerin mitteilte, dass ihr behandelnder Hautarzt das rezidivierende Handekzem der BG (BG) gemeldet habe, ergab die Nachfrage bei der BG, dass ein Feststellungsverfahren zur Prüfung einer Berufskrankheit derzeit nicht durchgeführt werde, es sei aber die Kostenusage für die hautfachärztliche Behandlung erteilt worden.

S4 bewertete versorgungsärztlich den Gesamt-GdB nunmehr mit 40, ging weiter von einem Einzel-GdB von 20 für die Funktionsbehinderung der WS, die Wirbelsäulenverformung, die Beinverkürzung und den Bandscheibenschaden, von einem Einzel-GdB von 10 für den Bluthochdruck und einem Einzel-GdB von 30 für die Depression aus.

Durch Abhilfebescheid vom 15. Juni 2012 stellte das LRA hierauf einen GdB von 40 seit dem 20. Januar 2011 fest.

Mit dem – vorliegend streitgegenständlichen – Neufeststellungsantrag vom 21. Dezember 2016 begehrte die Klägerin die Feststellung eines GdB von mindestens 60 und der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme der Nachteilsausgleiche „G“ und „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung). Sie gab – unter Vorlage mehrerer medizinischer Unterlagen – neben den bekannten Leiden zusätzlich Schulterbeschwerden beidseits, eine unklare CRP-Erhöhung und einen rheumatologischen Aspekt, einen tablettenpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2 (Metformin 500, 2 x 1), ein Asthma bronchiale, Allergien, eine trockene Nase mit blutiger Krusten- und Borkenbildung, eine schmerzhaft Ausstrahlung in die Beine aufgrund der LWS-Beschwerden, eine Sigmadivertikulose, Hämorrhoiden, eine rezidivierende Eisenmangelanämie, eine Thrombozytose, eine Leukozytose und eine Neutrophilie an. Im Vordergrund stünden ihre orthopädischen Leiden,

wegen derer das Gehen ständig eingeschränkt sei. Für eine Strecke von 2 km benötige sie 1,25 bis 1,5 Stunden. Sport können sie wegen der danach auftretenden Schmerzen in den Oberschenkeln, eher links als rechts, nicht ausüben.

Hinsichtlich der Hauterkrankung ergab sich aus dem Schreiben der BG vom 12. August 2014, dass die Klägerin derzeit keine hautgefährdenden Tätigkeiten verrichte, sie übe vorwiegend Schreibarbeiten und Empfangstätigkeiten aus, somit bestehe nur selten Kontakt zu Desinfektionsmitteln, daher seien bei ihr wegen einer beruflich bedingten Hauterkrankung keine weiteren Behandlungsmaßnahmen erforderlich.

Der Bericht des B1 über die Vorstellung der Klägerin am 17. Juli 2012 beschrieb an den Händen einen stabilen Befund bei noch etwas trockenen Fingerknöcheln, nebenbefundlich ein seit circa zehn Tagen am Bauch bestehendes juckendes Ekzem mit einzelnen krustösen Exkorationen und einen teilweisen starken Juckreiz nach Iktus. Als Diagnosen hätten eine Verrucae palmares, ein follikulär-papulöses Ekzem, ein hyperkeratorisch-rhagadiformes Handekzem und ein degenerativ-toxisches Handekzem vorgelegen. Die Therapie sei mit Ecural-Fettcreme erfolgt.

Als Befund und Beurteilung der Computertomographie (CT) des Thorax am 23. November 2016 ließen sich dem Bericht des Radiologischen Zentrums S5 keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten im Untersuchungsgebiet, vaskuläre Strukturen regelgerecht perfundiert, V. a. kleines Hämangiom im Segment V der Leber subkapsulär, ggf. sonografische Korrelation, unverändert kleine Verdichtungen der rechten Lungenspitze sowie subpleural Verdichtungen im linken dorsalen Oberlappen, punktueller Rundherd im rechten dorsalen Oberklappen, subpleural im Mittellappen unverändert, keine neu aufgetretenen intrapulmonalen Rundherde, bei Durchmusterung im Knochenfenster keine suspekten Osteodestruktionen und nebenbefundlich Mehrsklerosierung/bone Island des BWK1 entnehmen.

Die NUK Skelettszintigraphie vom 13. Juli 2016 bestätigte die bekannte osteosklerotische Läsion ohne vermehrte Nuklidbelegung ohne metastasentypischen Herde sowie degenerative Veränderungen der mittleren LWS und der unteren BWS. Das vorausgegangene CT des Thorax am 1. Juni 2016 ergab keine Befundänderung im Vergleich zur Voruntersuchung am 24. November 2015 (wahrscheinlich narbige Veränderungen links apikal sowie Nachweis zweier subpleural linksseitig im posterioren Oberlappenabschnitt, flauer Rundherd rechts posterobasal, Rundherd im Mittellappen subpleural, unauffälliges zentrales Tracheobronchialsystem, gut 2 cm messende hypodense Läsion im linken Schilddrüsenlappen, unauffällige Nebennieren, solitäre osteosklerotische Läsion im Th2). Aus der MRT der LWS am 14. August 2015 ließen sich unauffällige iliosakrale Fugen in alle Richtungen mit glatten Konturen und regelrechten Gelenkflächen, eine bekannte grobe linkskonvexe Torsionskoliose und Hyperlordosierung im lumbosakralen Übergang, eine bekannte hochgradige Osteochondrose L3/4 und deutlich C4/5 sowie mäßig L5/S1 bei reichlich knöcherner Weite des Wirbelkanals ohne Myelonkontakt, altersentsprechende Hüftgelenke, ein bekannter Bandscheibenvorfall BWK11/12 bei Chondrose, ein bekanntes Wirbelkörperhämangiom im LWK4 und BWK10, eine unauffällige Harnblase, ein Größenwachstum eines vorbestehenden dorsalen intramuralen Uterusmyoms auf maximal 8 x 6 x 5,6 cm und einzelne unspezifische Lymphknoten mit ovalärer Konfiguration rechts inguinal entnehmen.

Aus der CT der linken Schulter vom 27. Oktober 2015 folgte kein Hämangiom, ein regelrechter Stellungsbefund, ein mit dem vorbeschriebenen Befund subchondral im Tuberculum majus vereinbares Lipom, keine signifikante AC-Gelenksarthrose und keine signifikanten arthrotischen Veränderungen. Die MRT der linken Schulter am 23. September 2015 zeigte einen minimalen Erguss im Schultergelenkspalt bei glatt kongruenten Gelenkflächen und intaktem Labrum.

Die Schwerpunktpraxis Rheumatologie am Ärztehaus S6 stellte im Rahmen der ambulanten Vorstellung vom 30. Juli 2015 eine mehrjährig vorbekannte CRP-Erhöhung und eine Eisenmangelanämie, derzeit ohne sicheren Nachweis einer entzündlichen-rheumatischen Systemerkrankung fest. Der Allgemeinzustand sei gut, das Herz und die Lunge unauffällig, die Handkraft gering gemindert gewesen. An den Schultergelenken, links führend, hätten Bewegungsschmerzen bestanden, links sei auch die maximale Elevation und Innenrotation etwas eingeschränkt gewesen. Die Gelenke der unteren Extremitäten hätten keine wesentlichen Defizite gezeigt. Bei freier HWS und geringer endgradiger Schmerzangabe bei der Flexion der LWS seien das Maß nach Schober 10/20 cm (gemeint wohl 10/12 cm) und der FBA circa 10 cm gewesen.

Die L1 wertete die anlässlich der am 21. November 2016 durchgeführten Gastroskopie erhobenen Befunde als Antrumgastritis und Eisenmangelanämie aus. Die Koloskopie vom 1. August 2016 hatte eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, eine Sigmoiddivertikulose und Hämorrhoiden ergeben.

Die Onkologische Schwerpunktpraxis S5 stellte anlässlich der ambulanten Vorstellung am 19. September 2016 eine rezidivierende Eisenmangelanämie mit reaktiver Thrombozytose, aktuell einen V. a. milde Eisenverwertungsstörung bei chronischer Entzündungsreaktion mit normalem Hb und Ferritinwert, eine reduzierte Transferinsättigung, einen erhöhten CRP und eine Neutrophilie fest.

Das Lungenzentrum L2 berichtete über die ambulanten Konsultationen vom 9. Dezember 2014, 21. April 2015, 13. Oktober 2015, 26. Februar 2016 und 21. Juni 2016 wegen eines am ehesten infektgetriggerten Asthma bronchiales, einer Sensibilisierung gegenüber Milben sowie mittelblühende Bäume. Das aktuelle Befinden und die Belastbarkeit seien gut gewesen (RR 135/80 mmHg, Puls: 83/min, RR 110/70 mmHg, Puls: 89/min, RR 130/90 mmHg, Puls: 95/min, RR 105/75 mmHg, Puls: 81/min, RR 140/80 mmHg, Puls: 95/min).

Nach dem Bericht des Augenzentrums R über die ambulante Untersuchung am 17. März 2016 habe trotz Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Myopie und Astigmatismus keine diabetische Retinopathie bestanden.

Zur Vorlage kam im Weiteren das vom Sozialgericht Karlsruhe (SG) in einem rentenrechtlichen Verfahren (S 16 R 2393/13) über die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund ambulanter Untersuchung vom 1. Oktober 2014 bei K erhobene neuro-psychiatrische Sachverständigengutachten. Dieser diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine spezifische Phobie im Umgang mit Patienten und medizinischen Situationen und eine chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren. Die Klägerin sei derzeit nur noch in der Lage, vier Stunden täglich den Beruf als Arzthelferin auszuüben, was zu Lasten der Restgesundheit erfolge. Die Klägerin habe berichtet, dass ihre alkoholkrankte Mutter, die sich in ihrer Kindheit kaum um sie gekümmert habe, 1989 an einem Krebsleiden verstorben sei. Ihr Vater sei beruflich sehr engagiert gewesen, wieder verheiratet, zu ihrer Stiefmutter sei der Kontakt besser als zu ihrer leiblichen Mutter. Sie leide seit 2008/2009 an Ein- und Durchschlafstörungen, wache nachts immer wieder auf, grübele und mache sich Gedanken über die Zukunft. Sie sei immer weniger dem Kontakt in ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin mit kranken Menschen gewachsen. In der Praxis würden jetzt vornehmlich

Sachverständigengutachten erstellt, es kämen noch circa 200 Kassenpatienten, die sehr fordernd und anmaßend seien; sie werde dann nervös, unruhig und mitunter ungehalten, oft habe sie regelrecht Angst vor diesen. Sie nehme deren Probleme mit nach Hause, fühle sich für die mitunter auch sterbenskranken Patienten verantwortlich, habe zunehmend ein schlechtes Gewissen gegenüber den Angehörigen von Verstorbenen, da sie denke, nicht genug getan zu haben. Ihre halbschichtige Arbeit erschöpfe sie so sehr, dass sie sich nachmittags erst einmal zwei Stunden schlafen legen müsse. Die Einnahme von Antidepressiva lehne sie ab, diese lösten ihr grundsätzliches Problem nicht; sie verspreche sich mehr von der weiteren psychotherapeutischen Behandlung beim S3. Ihr Allgemeinzustand sei normal, der Ernährungszustand deutlich übergewichtig (160 cm, 110 kg, RR 135/98 mmHg, Puls: 67/min) gewesen. Am Bewegungsapparat bestünden mäßige Verspannungen der Nackenmuskulatur und ein Druckschmerz lumbosakral, der FBA habe 30 cm betragen, der Lasègue sei endgradig positiv gewesen. Die Klägerin sei bewusstseinsklar, allseits orientiert und mimisch erschöpft bei formalem und inhaltlichem geordnetem Denken, nachlassender Konzentration, weitschweifigen Schilderungen und reduziertem psychogenem Niveau gewesen. Sie sei bemüht gewesen, ihre Probleme sachlich vorzutragen, kontrolliert zu bleiben, bei der Schilderung bestimmter Situationen im Umgang mit Patienten seien ihr Tränen in die Augen gekommen und sie sei außer Fassung geraten.

In dem rentenrechtlichen Verfahren ist sie weiter von Amts wegen bei N aufgrund ambulanten Untersuchung am 15. Juni 2015 neurologisch-psychiatrisch begutachtet worden. Dieser diagnostizierte eine Anpassungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert, ferner eine Adipositas Grad III, eine LWS-Funktionsstörung ohne radikuläre Reizung und ein vorbeschriebenes Handekzem. Die vom behandelnden S3 und dem Sachverständigen K gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bestätigte er nicht, schon, weil keine medikamentöse Behandlung stattfände, was aber bei diesem Krankheitsbild zu erwarten wäre. Im bisherigen Beruf der Arzthelferin bestehe eine dauerhafte Minderung der Leistungsfähigkeit, da es aktuell schon bei einer vierstündigen Tätigkeit zu einer Anpassungsstörung komme und im Vorfeld stärker ausgeprägte depressive Phasen bestanden hätten. Anamnestisch habe die Klägerin berichtet, dass sie in der internistischen Arztpraxis Telefonate annehmen müsse, Termine vereinbaren und Schreibarbeiten erledige. Diese Tätigkeit übe sie noch aus, weil sie einen guten Chef habe. Sie leide hin und wieder an LWS-Beschwerden, die täglich beidseits in den seitlichen Oberschenkel ausstrahlten, und bewegungsabhängig unter linksseitigen Schulterbeschwerden. Ihre Stimmung sei durchwachsen, sie verschlechtere sich bei Konflikten mit den Patienten. Nachmittags gehe es ihr dann wieder besser. Sie habe Zukunftsängste in beruflicher Hinsicht, was aus ihr werde, wenn ihr Chef aufhöre zu arbeiten, und hinsichtlich ihrer Eltern. Sie mache in ihrer Freizeit gerne Handarbeiten, stricke Socken, lese Krimis und sehe im Fernsehen Dokumentationsendungen. In sozialer Hinsicht habe sie eine gute Beziehung zu ihren Eltern und habe Freunde, die allerdings verstreut seien, sie verstehe sich mit ihren Nachbarn gut. Die Klägerin sei in einem ausreichenden Allgemeinzustand und adipösen Ernährungszustand (160 cm, 120 kg, Blutdruck 140/90 mmHg, Herzfrequenz 76/min, regelmäßiger Rhythmus) gewesen. Die linke Schultergelenksbeweglichkeit sei eingeschränkt, der Schürzengriff durchführbar gewesen, der Nackengriff nur unter Schmerzen. Es habe sich eine ausreichend freie Beweglichkeit der HWS und der LWS gezeigt, die BWS sei ohne Bewegungseinschränkung gewesen, der FBA habe 0 cm bei unauffälligem Gangbild und möglichem Einbeinstand betragen. Im psychisch-psychiatrischen Befund habe ein verärgert-klagsames Ausdrucksverhalten imponiert, sie sei ablenk- und aufheiterbar ohne Antriebsstörung oder vermehrte Müdigkeit gewesen, die Mitschwingungsfähigkeit bei dependenten Merkmalen der Grundpersönlichkeit sei erhalten. Das Ergebnis der Zusatzuntersuchungen (BDI, SCL-90-S Test) habe für eine subjektiv deutliche psychische Belastung gesprochen.

Aus der sachverständigen Zeugenaussage des B1 im Verfahren S 16 R 2393/13 ergaben sich die Diagnosen von Handekzemen und hyperkeratorisch, lichenifizierten Areale an den Zehen mit vereinzelten Blutungen.

Als sachverständige Zeugin im Verfahren S 16 R 2393/13 befragt äußerte die S als erhobene Diagnosen eine Coxarthrose beidseits (Grad II), eine Pfannendysplasie beidseits, eine Arthrose beider Ileosakralfugen, eine rezidivierende Ileosakralfugenblockierung und eine Insertionstendiose Trochanter major beidseits. Die Beweglichkeit sei beidseits endgradig eingeschränkt. An der WS habe eine Thorakolumbalskoliose, eine Beinlängendifferenz, eine Osteochondrose L3/L4 und BWK11/12, ein Bandscheibenprolaps BWK11/12 und eine Uncovertebralarthrose der HWS bestanden. Das Maß nach Schober habe 10/14 cm und der FBA 30 cm betragen. Die Schultergelenke seien bei einer Supraspinatustendinitis beidseits und einer Insertionstendiose mit schmerzhaftem Bogen in der Abduktion gegen einen Widerstand schmerzhaft, der Nacken- und Schürzengriff seien durchführbar gewesen. An den Füßen hätten Senk-Spreizfüße beidseits und eine Metatarsalgie vorgelegen.

Der S1 berichtete als sachverständiger Zeuge von den Diagnosen einer Hypertonie, einer Adipositas per magna, einem cervikobrachialen Syndrom und Struma-knoten rechts.

B bewertete versorgungsärztlich eine Funktionsbehinderung der WS, eine Wirbelsäulenverformung und einen Bandscheibenschaden mit einem Einzel-GdB von 30, einen Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 10, eine Anpassungsstörung und eine Neigung zu depressiven Störungen nur noch mit einem Einzel-GdB von 20, ein Bronchialasthma und eine Allergie mit einem Einzel-GdB von 10 und eine Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks mit einem Einzel-GdB von 10. Nicht mit einem Einzel-GdB von 10 seien eine mit Einlagen ausgleichbare Beinverkürzung links, eine Schilddrüsenvergrößerung, ein Diabetes mellitus, Blutbildveränderungen, eine Neigung zur Eisenmangelanämie, Hämorrhoiden, eine Sigmadivertikulose, eine Neigung zu Handekzemen und eine trockene Nase zu berücksichtigen. Eine rheumatische Erkrankung sei nicht nachgewiesen. Bei einer remittierten depressiven Störung sei ein Einzel-GdB von 20 ausreichend. Der Gesamt-GdB betrage nunmehr 30.

Das LRA hörte die Klägerin zur beabsichtigten Neufeststellung des GdB mit 30 statt 40 an (Anhörungsschreiben vom 20. März 2017).

Die Klägerin erwiderte hierauf, dass sie mit der Herabsetzung des GdB auf 30 nicht einverstanden sei, da eine Besserung nicht eingetreten sei, vielmehr sei eine Verschlechterung an der WS eingetreten. Die hieraus resultierenden Schmerzen seien stärker geworden, die Medikation sei erhöht worden (Tageshöchstosis von 3 x Ibuprofen 800 mg und Umstellung auf Novaminsulon, hierunter Verringerung der Schmerzen). Die berücksichtigten nervenärztlichen Sachverständigengutachten des K und des N seien in einem anderen Kontext, nämlich zur Frage der Gewährung einer Umschulungsmaßnahme erstattet worden, wobei ihr die Umschulung gewährt worden sei, was ihre Erkrankung bestätige. Die Psychotherapie beim S3 habe allein deswegen im Sommer 2016 geendet, weil ihre Krankenkasse eine zweite Therapieverlängerung nicht genehmigt habe. Im Weiteren legte sie den Bericht der Praxis für Chirurgie, Gefäßchirurgie und Phlebologie K2, M, W über ihre Vorstellung am 6. Februar 2017 mit den Diagnosen einer Adipositas per magna (BMI von 40 und mehr), einem Ausschluss einer Stammvarikose und einer Vena saphena magna beidseits vor.

Der befragte S3 bestätigte eine regelmäßige verhaltenstherapeutische Behandlung bis zum 5. Juli 2016 mit der endgültigen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, zuletzt mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome, mit sich progredient entwickelnden

Ängsten und phobischen Problemen. In Anbetracht der Chronifizierung sei ein GdB von mindestens 50 festzustellen. Neu hinzugekommen seien psychische Belastungen in Form von Schlaflosigkeit, dem Verlust von Interesse an häuslichen Aktivitäten und einer verminderten Denk- und Konzentrationsfähigkeit.

B wertete die Befunde in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme dahingehend aus, dass nach dem vorgelegten Blutdrucktagebuch ein Einzel-GdB von 10 weiterhin angemessen sei. Ein ärztlicher Befundbericht über die psychischen Funktionsstörungen habe nicht vorgelegen, die Behandlung sei lediglich durch einen Dipl.-Psych. erfolgt, neue Erkenntnisse hätten sich nicht ergeben.

Durch Bescheid vom 10. August 2017 hob das LRA den Bescheid vom 15. Juni 2012 auf und stellte ab dem 15. August 2017 einen GdB von 30 fest. Die ärztliche Prüfung der vorliegenden aktuellen medizinischen Unterlagen bzw. der erhobenen medizinischen Befunde habe ergeben, dass eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands und der damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen eingetreten sei.

Die Klägerin erhob Widerspruch, zu dessen Begründung sie ergänzend darauf verwies, seit dem 6. Juli 2017 eine Umschulung im Berufsförderungswerk (BFW) S7 zu machen, weil sie wegen ihrer psychischen Belastung ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben könne.

S2 stellte in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme fest, dass keine Änderung eingetreten sei und neue ärztliche Befunde nicht vorlägen. Nach derzeitigem Sachstand seien alle Funktionsbehinderungen zutreffend bewertet.

Der Beklagte wies das LRA darauf hin, dass die Verbescheidung des Neufeststellungsantrags vom 21. Dezember 2016 noch ausstehe. Darüber hinaus sei die Begründung des B nicht richtig, der Bericht des S3 sei zu berücksichtigen, weil er die Klägerin therapiere. Des Weiteren sei fraglich, ob der GdB tatsächlich herabzusetzen sei. Nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme des S4 habe der Gesamt-GdB 40 betragen (Funktionsbehinderung der WS Einzel-GdB von 20 und Depression Einzel-GdB von 30). Nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme des B solle der Gesamt-GdB 30 hingegen betragen, obwohl die Funktionsbeeinträchtigungen „Bluthochdruck“, „Bronchialasthma, Allergie“ und „Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks“ mit Einzel-GdB-Werten von jeweils 10 hinzugekommen, der Einzel-GdB für die Depression auf 20 herabgesetzt, jedoch der Einzel-GdB für das Wirbelsäulenleiden auf 30 erhöht worden seien. Das LRA werde gebeten, die Akte nochmals zu bearbeiten und den Änderungsantrag zu verbescheiden.

Der zusätzlich gehörte K3, Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, berichtete von den Diagnosen eines Impingementsyndroms beidseits, einer Myotendionose HWS, eines Lipoms im Tuberculum majus links, eines subpleuraler Rundherd, einer Osteochondrose L3/L4, eines Z. n. NPP Th11/12, einer AC-Arthrose links, einer osteosklerotischen Läsion Th2, einer Retropatellararthrose links und einer arteriellen Hypertonie. Der FBA habe 5 cm betragen, die Hüftbeweglichkeit sei frei gewesen und die Schulterbeweglichkeit habe hinsichtlich Abduktion/Adduktion rechts 120-0-20°, links 100-0-20°, Ante/Retroversion rechts 120-0-20°, links 130-0-20° und Außen-/Innenrotation rechts 70-0-70°, links 60-0-70° betragen. Für eine Gehstrecke von 2 km würden 1,5 Stunden benötigt, aufgrund von Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung in die Beine sei kein schnelles Gehen möglich, die schmerzfreie Gehstrecke liege unter 100 Metern.

Versorgungsärztlich bewertete B die Funktionsbehinderung der WS weiter mit einem Einzel-GdB von 30, die Anpassungsstörung/ Neigung zu depressiven Störungen sowie die Adipositas per magna jeweils mit einem Einzel-GdB von 20, den Bluthochdruck wie ein Bronchialasthma und eine Allergie jeweils mit einem Einzel-GdB von 10, während die Funktionsbehinderung des linken Schultergelenks keinen GdB begründe. Der Gesamt-GdB betrage 40. Nach dem Bericht des K3 seien die funktionellen Einschränkungen der WS maximal bewertet, die Situation an der linken Schulter habe sich bei einer Abduktion von 100° gebessert. Die wiederholt attestierte Gehstrecke von 2 km in 1,5 Stunden bzw. die schmerzfrei Gehstrecke von unter 100 Metern sei anhand der beschriebenen Situation nicht nachvollziehbar, möglicherweise stehe das sehr langsame Tempo in Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht (BMI 46,8 kg/m²). Es liege noch ein Gastroskopiebefund von November 2016 vor, in dem eine Antrumgastritis in Zusammenhang mit der Schmerzmedikamentation gesehen worden sei, der weitere Verlauf sei nicht aktenkundig. Hinsichtlich der depressiven Verstimmung fänden sich in den Medikamentenplänen keine Hinweise auf Antidepressiva. Vor dem Hintergrund, dass keine psychotischen Anteile, jedoch Ängste und phobische Probleme beschrieben würden, sei ein Einzel-GdB von 20 zutreffend, während im April 2012 deutliche körperliche Begleiterscheinungen mit schwerer Episode beschrieben worden seien. Der letzte Behandlungstermin bei S3 liege über ein Jahr zurück, eine stationäre Therapie sei nicht aktenkundig. Der Situation von einem Gewicht von etwa 120 kg bei einer Größe von 160 cm (BMI 46,8 kg/m²) solle ein gewisser Krankheitswert beigemessen werden, die Adipositas per magna sei deswegen mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten.

Das LRA half durch Teil-Abhilfebescheid vom 12. März 2018 dem Widerspruch der Klägerin insofern ab, als es einen GdB von 40 auch über den 14. August 2017 hinaus feststellte, und führte im Weiteren aus, dass die beantragte Schwerbehinderteneigenschaft sowie die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ nicht festgestellt werden könnten.

Den weitergehenden Widerspruch wies der Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 17. April 2018 zurück. Die Überprüfung habe ergeben, dass die durch Bescheid vom 12. März 2018 getroffenen Feststellungen nicht zu beanstanden seien. Über den GdB sei letztmals durch Bescheid vom 15. Juni 2012 entschieden worden, seitdem hätten sich zwar die Depression gebessert, aber das Wirbelsäulenleiden verschlimmert, so dass es zu keiner wesentlichen Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung gekommen sei. Für den Nachteilsausgleich „G“ erfülle die Klägerin die Grundvoraussetzung nicht, da der GdB weniger als 50 betrage und sie damit nicht schwerbehindert sei.

Mit der am 15. Mai 2018 beim SG erhobenen Klage hat die Klägerin beide Begehren weiter verfolgt.

Sie hat Befund wie Beurteilung der MRT der HWS vom 7. November 2018 durch das Radiologische Zentrum S5 vorgelegt, woraus sich eine ventrale Spondylose ab Höhe HWK5 bis HWK7/BWK1, ein Turgorverlust der Bandscheibe und Interverebralraumhöhenminderungen in diesen Segmenten, vereinbar mit einer Serienosteochoindrose, flache breitbasige Protrusionen HWK3/4/5 mit Einengung des Thekalraums, kräftige breitbasige Protrusionen mit Thekalraumeinengungen und Myelonkontakt HWK5/6/7, eine sekundäre relative Spinalkanalstenose, ein Bulging der Bandscheiben BWK2 bis BWK6 mit Interveterebralraumhöhenminderungen, eine breitbasige flache Protrusion BWK2/3, kräftige breitbasige Protrusionen BWK3/4, ein breitbasiger Bandscheibenvorfall BWK4/5 mit Myelonkontakt, ein nur sagittal miterfasster Bandscheibenvorfall BWK6/6, hypertrophe Spondylarthrosen, eine beginnende Unkarthrose, eine beginnende Retrospondylarthrose und miterfasste eparavertebrale Weichteile ohne pathologische Auffälligkeiten ergeben haben.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat das SG zunächst die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen angehört.

K3, Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat Behandlungen der Klägerin seit dem 16. April 2015 und die hierbei erhobenen Diagnosen Impingementsyndrom beidseits, Myotendinose der HWS, Lipom im Tuberculum majus links, subpleuraler Rundherd, Osteochondrose L3/L4, AC-Arthrose links, osteosklerotische Läsion Th2, Retropatellararthrose links, Protrusionen der HWS und der BWS mitgeteilt. Am 30. Juni 2016 habe die Beweglichkeit der Schultergelenke hinsichtlich Abduktion/Adduktion rechts 120-0-20°, links 100-0-20°, Anteversion/Retroversion rechts 120-0-20°, links 130-0-20°, Außenrotation/Innenrotation rechts 70-0-70°, links 60-0-70° betragen. Bei der Untersuchung am 22. Dezember 2016 habe sich eine linkskonvexe Seitenabweichung der BWS und ein FBA von 5 cm ergeben, am 24. Oktober 2018 habe die Beweglichkeit der HWS Kinn-Jugulum-Abstand 0 cm, Rotation beidseits 60-0-70° und Seitneigung beidseits 20-0-20° betragen. Den GdB könne er nicht beurteilen, die genaue Gehfähigkeit habe er nicht getestet.

Aus der sachverständigen Zeugenaussage des S1 haben sich fünf Konsultationen durch die Klägerin im Jahr 2018 ergeben. Als Diagnosen habe er eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ 2, ein Asthma bronchiale, überwiegend allergischer Natur, Bandscheibenprotrusionen HWK5/6/7 und BWK 2/3/4, einen Bandscheibenvorfall BWK 4/5/6/7, eine Steatosis hepatitis, eine Adipositas per magna (160 cm, 120 kg, BMI 45 kg/m²) und ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts erhoben. Der Blutdruck sei gut eingestellt, das Ruhe-EKG normal, das Belastungs-EKG wegen der Adipositas nur bis 75 Watt möglich, aber unauffällig gewesen. Der Diabetes mellitus werde mit Metformin 500 mg 1-0-0 behandelt, Organkomplikationen bestünden nicht. Hinsichtlich des Asthma bronchiale beschreibe der fachärztliche Befund einen stabilen und beschwerdefreien Zustand unter Ventolair 1-0-0 Hübe. Wegen der WS-Beschwerden sei die Klägerin in fachorthopädischer Behandlung. Sonographisch bestehe eine deutliche Fettleber ohne Lebervergrößerung oder Leberfunktionsstörung. Der Diabetes mellitus und alle Beschwerden des Bewegungsapparates seien vermutlich durch die Adipositas per magna, die schwergradig sei, bedingt, die weiteren Erkrankungen seien als leicht anzusehen.

Dr. Schare, Facharzt für Allgemeinmedizin, BFW S7, hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage die Diagnosen myalgisches Schulter-Nacken-Syndrom, Handekzem beidseits und Schwindel genannt, die er als leicht bzw. das Handekzem als leicht bis mittel bewertet hat.

Als sachverständiger Zeuge hat der S3 mitgeteilt, die Klägerin nicht mehr zu behandeln, und seinen Bericht an das LRA aus dem Jahr 2012 vorgelegt.

Nach Auswertung der sachverständigen Zeugenaussagen hat sich der Beklagte nach der versorgungsärztlichen Stellungnahme des B4 nicht zur Höherbewertung des GdB veranlasst gesehen. Nach K3 habe eine geringe Bewegungseinschränkung der HWS ohne radikuläre Symptomatik vorgelegen, jedoch im Bereich der HWS und der BWS deutliche degenerative Veränderungen, der Einzel-GdB von 30 für die WS sei daher nicht knapp vergeben. Der Bluthochdruck werde nach dem S1 medikamentös behandelt, Sekundärschäden bestünden nicht, der Einzel-GdB von 20 werde bestätigt. Der Diabetes mellitus Typ 2 sei mit Metformin eingestellt, die Gefahr eine Hypoglykämie bestehe demnach nicht, der Einzel-GdB liege unter 10. Für das Asthma bronchiale mit saisonalen asthmatischen Beschwerden (somit nicht anhaltend) bei Pollenflug mit stabilem und beschwerdefreiem Zustand unter antiobstruktiver Therapie betrage der Einzel-GdB 10. Die Adipositas per magna mit einem BMI von 45 kg/m², deren Bewertung zusammen mit anderen Gesundheitsstörungen wie z. B. dem Bluthochdruck empfohlen werde, sei mit einem Einzel-GdB von 20 nicht knapp berücksichtigt. In psychotherapeutischer Hinsicht sei die Klägerin nicht mehr in Behandlung, eine Verhaltenstherapie sei durchgeführt worden, demnach betrage der Gesamt-GdB 40.

Die Klägerin hat darauf die Befundung wie Beurteilung der Kernspintomographie der LWS vom 27. September 2019 durch das Zentrum für Radiologische Diagnostik M1 (deutliche linkskonvexe Torsionskoliose, Dysplasie des LWK4 mit deutlicher Bogenasymmetrie, sehr flache Bandscheibe im Segment LWK3/4 mit partieller knöcherner Brückenbildung links, keine Foramenstenose, im Segment LWK4/5 Spondylarthrose und relativ geringe Diskusprotrusion mit mäßiger Verengung des Foramen rechts, keine intraspinale Stenosierung) vorgelegt, weiter mitgeteilt, zwischenzeitlich bei S8 in psychiatrischer Behandlung zu sein.

Auf ihren Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat das SG bei C1 ein orthopädisches Sachverständigengutachten mit einem neurologisch-psychiatrischen Zusatzgutachten von K erhoben.

Nach der ambulanten Untersuchung vom 16. März 2020 hat K auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (Einzel-GdB von 50), einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren (Einzel-GdB von 30), unter Belastung Grad II Gerbershagen, einer chronischen Insomnie, eines psychovegetativen Erschöpfungssyndroms (Einzel-GdB von 20 für die chronischen Schlafstörungen), eines Verdachts auf ADHS (Einzel-GdB von 20), eines essentiellen Tremors/Koordinationsstörungen (Einzel-GdB von 30) und eines Karpaltunnelsyndroms (CTS) rechtsbetont (Einzel-GdB von 30) mit einem dadurch begründeten GdB von insgesamt GdB 50 gestellt. Eine Wegstrecke von 200 Metern könne die Klägerin weitestgehend schmerzfrei zurücklegen, danach träten mittelstarke bis zum Teil starke Schmerzen, Ängste, Unruhe und Gereiztheit auf, damit könne sie eine Wegstrecke von zwei Kilometern in einer Stunde bewältigen.

Bei der gutachterlichen Untersuchung habe sie angegeben, dass sie im Grundschulalter ihre Mutter nachmittags regelmäßig betrunken ins Bett habe bringen müssen, deswegen Probleme mit trockenen und nassen Alkoholikern habe. Von deren Krebserkrankung hätten weder sie noch ihr Vater Kenntnis gehabt. Es belaste sie, dass sie sich vor deren Tod nicht mehr habe persönlich verabschieden können. Zu ihrer Adoptivmutter habe sie guten Kontakt, deswegen es zum Konflikt mit ihrer Großmutter gekommen sei, die sie enterbt habe und auf deren Beerdigung sie nicht gewesen sei. Ihre vorbestehenden Schlafstörungen, Ängste, die Unruhe und die depressive Verstimmung hätten während der Umschulungsmaßnahme zugenommen, sie habe nachts höchstens dreieinhalb Stunden geschlafen, sei stündlich aufgewacht, so dass sie sich bei S8 in Behandlung begeben habe. Im Weiteren sei sie durch den plötzlichen Tod eines 51-jährigen Nachbarn kurz vor Ende der Umschulung und zwei weitere Todesfälle im Bekanntenkreis im Januar 2020 belastet. Anfänglich habe sie 10 mg Citalopram morgens eingenommen, später auf 20 mg erhöht, das Schlafen sei dadurch deutlich besser geworden, auch ihre Stimmung habe sich etwas aufgehellt. Angesichts ihrer Schulnoten (Deutsch meist ausreichend, einmal mangelhaft) und des Umstandes, dass sie sich aktuell beim Lernen schwergetan habe, ähnlich wie früher in der Schule häufig abgeschweift sei, habe ihre Adoptivmutter vermutet, dass sie an ADHS leide, weswegen sie einen Termin bei E habe, der darauf spezialisiert sei. Die Prüfung als Arzthelferin habe sie mit der Note „gut“ und die Umschulung zur Steuerfachangestellten mit der Note 3,7 abgeschlossen.

Unverändert leide sie an Beschwerden in der gesamten WS, seit Monaten auch in der HWS, und der Hüfte, wenn sie länger als 200 Meter gehe. Die Schmerzen in den Gelenken hätten im Ruhezustand eine Intensität von 1 bis 2 (Schmerzskala von 0 bis 10), nach 200 Metern Gehen von 8 bis 9, weswegen nach der Arbeit häufige Ruhepausen notwendig seien. Wenn die Schmerzschwelle überschritten werde, sei sie unruhig, gereizt und aggressiv. Für eine Wegstrecke von circa zwei Kilometern benötige sie etwa eine Stunde, wegen der Schmerzen in der

unteren LWS mit Ausstrahlung in beide Kniegelenke müsse sie spätestens nach 200 Metern stehen bleiben. Es bestehe ein Kraftverlust vor allem in der rechten Hand; H1 habe ein Karpaltunnelsyndrom rechts und beginnend links diagnostiziert. Weiter leide sie seit circa 20 Jahren an einem Tremor in beiden Händen, der bereits als essentiell eingestuft worden sei, feinmotorische Tätigkeiten bei der Ausbildung zur PTA habe sie nur eingeschränkt ausüben können.

Sie arbeite an zwei Tagen in der Woche jeweils 10 Stunden, an den anderen Tagen sei sie zu Hause und kümmere sich um den Haushalt. Sie gehe einkaufen, habe verschiedene Termine, sei damit beschäftigt aufzuräumen und „auszumisten“. Wegen ihrer orthopädischen Beschwerden müsse sie körperlich schwere Tätigkeiten aufteilen. Ab Sommer 2020 sei eine Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 30 Wochenstunden angedacht.

Ihr Allgemeinzustand sei mäßig und der Ernährungszustand deutlich übergewichtig (160 cm, 125 kg) gewesen. Die Schulter-Arm-Beweglichkeit sowie der Nacken- und Schürzengriff seien endgradig eingeschränkt gewesen, die grobe Kraft der rechten Hand um circa 30 % gemindert. Es habe eine endgradige HWS-Blockade bestanden und ein untermittelschlägiger Ruhetremor beider Hände bei vorbestehendem essentiellen Tremor. Im psychischen Befund sei die Klägerin offen, kooperativ, freundlich zugewandt, weitschweifig, sprunghaft und grüblerisch gewesen. Gedankeninhaltlich hätten ein allgemeines Insuffizienzerleben und psychomotorisch eine Anspannung imponiert. Die Stimmungslage sei subdepressiv-ängstlich ausgelenkt gewesen, die Konzentration nachlassend, das psychoenergetische Niveau herabgesetzt. Im Befunderhebungsbogen nach HAMD seien 18 Punkte erzielt worden, was einer mittelschweren depressiven Symptomatik entspreche.

Die Klägerin hat dazu erneut eine Übersicht „Daten und Informationen fürs psychiatrische Gutachten“, wie ihre E-Mail an das BFW S7, in der sie Kritik an der Gestaltung und dem Ablauf der Umschulungsmaßnahme geäußert hatte, vorgelegt.

Dem Sachverständigengutachten hat der Arztbrief des S8 beigelegt, wonach sich die Klägerin erstmalig am 17. Oktober 2019, danach am 12. Dezember 2019 und letztmalig am 2. März 2020 zur Untersuchung und Behandlung einer Belastungsstörung und einer depressiven Episode, mittelgradig, vorgestellt habe. Sie habe von ihrer Umschulung zur Steuerfachangestellten berichtet, unter Prüfungsstress zu leiden, ihr Abschluss sei schlecht. Sie fühle sich depressiv verstimmt, habe Schlafstörungen, alles werde ihr zu viel. Auf die von ihr geschriebenen 70 Bewerbungen habe sie bislang keine Zusage erhalten. Er habe Citalopram 20 mg (1-0-0) verordnet, danach habe sie am 17. Dezember 2019 (gemeint wohl 12. Dezember 2019) von einer deutlichen Besserung berichtet, zum 1. Januar 2020 habe sie einen Arbeitsplatz in einer Kanzlei in L2 gefunden. Bei der letztmaligen Vorstellung am 2. März 2020 habe sie angegeben, es gehe ihr gut, sie fühle sich am neuen Arbeitsplatz wohl, wolle jedoch noch für einige Monate Citalopram in unveränderter Dosierung einnehmen.

Der Sachverständige C1 hat aufgrund der ambulanten Untersuchung vom 18. Mai 2020 orthopädischerseits ein massives Übergewicht, eine Skoliose der unteren LWS, Verschleißerscheinungen an der WS mit Bandscheibenschäden, vorzugsweise der HWS, sowie eine geringe Hüft dysplasie beidseits mit Verschleißerscheinungen bei Zeichen einer Ansatz tendinitis am großen Rollhügel rechts festgestellt. Die körperliche Belastbarkeit sei durch das massive Übergewicht eingeschränkt gewesen, die Veränderungen an der WS und den Hüftgelenken könnten zeitweise Schmerzen mit daraus bedingten Funktionsbeeinträchtigungen verursachen. Der Nachweis eines Bandscheibenvorfalles gehe nicht regelmäßig und insbesondere nicht mit ständigen Beschwerden einher, so hätten zum Untersuchungszeitpunkt keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Nervenwurzelreizungen vorgelegen. Die Funktionsstörungen an der WS seien leicht (Einzel-GdB 20) und an den Hüftgelenken geringfügig (Einzel-GdB 10). Der Einzel-GdB auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet betrage 20. Die Klägerin könne ohne Schwierigkeiten eine Gehstrecke von mehr als zwei Kilometer zurücklegen, mit etwas Übung sei dies innerhalb von 30 Minuten möglich. Die ehemals beschriebene Funktionsbeeinträchtigung des linken Schultergelenks habe nicht mehr bestanden. Den Ausführungen des K hat sich C1 auch unter Berücksichtigung dessen Sachverständigengutachtens vom 9. Oktober 2014 und desjenigen von N vom 16. Juli 2015 nicht anschließen können. Das Karpaltunnelsyndrom könne, wenn eine konservative Behandlung nicht zur Beschwerdelinderung führe, durch einen kleinen Eingriff erfolgreich behandelt werden. Ein Zittern (essentieller) Tremor sei bei der Untersuchung nicht auffallend gewesen, der Verdacht auf eine ADHS begründe noch keinen GdB, auch aufgrund der Schlafstörungen lasse sich ein GdB nicht plausibel machen. Ob bei der Klägerin ein Erschöpfungssyndrom vorliege oder ob dies Ausdruck der depressiven Störung sei, müsse psychiatrisch beurteilt werden. In der Gesamtsituation rechtfertigten die Befunde keinen Gesamt-GdB von 50. Wegen der differierenden Ausführungen in den neurologisch-psychiatrischen Sachverständigengutachten sei eine weitere Begutachtung in diesem Bereich notwendig.

Die Klägerin habe Beschwerden am Rücken und an der Hüfte geltend gemacht („Daten und Informationen fürs chirurgisch-orthopädisches Gutachten“), leide an Dauerschmerz im LWS-Bereich, habe morgens Probleme mit beiden Händen, die sich im Laufe des Tages weitestgehend besserten, quäle sich mit den Folgen der Bandscheibenvorfälle in der HWS und der BWS, die sich in Kribbelparästhesien in den Fingern äußerten.

Der Allgemeinzustand der Klägerin sei altersentsprechend und der Ernährungszustand adipös gewesen (angegeben 160 cm, 125 kg, BMI 48,8 kg/m²). Die Klägerin habe handelsübliche Schuhe, die gleichmäßig abgelaufen gewesen seien, getragen. Der Gang sei zu ebener Erde ohne Schuhe normalschrittig, flott, sicher, ohne auffällige Störung gewesen, orthopädische Hilfsmittel seien nicht benutzt worden. Das Hinsetzen und das Ablegen der Kleidung sei in flüssigen Bewegungsabläufen ohne schmerzbedingte Schonhaltungen oder Ausweichbewegungen erfolgt. Es habe sich eine leichte linkskonvexe Skoliose der LWS gezeigt, die HWS sei bei beidseits verhärteter Schulter-Nacken-Muskulatur und Angabe von Druckschmerzen über den Dornfortsätzen der oberen HWS äußerlich unauffällig gestaltet; für eine zervikale Wurzelreizung habe sich keine sicheren Hinweise ergeben. Die BWS habe aktiv genügend aufgerichtet werden können, sie habe Klopfschmerzen über den Dornfortsätzen der gesamten BWS angegeben. Bei der Prüfung der Seitneigung des Rumpfes im Sitzen habe sich eine gering eingeschränkte Beweglichkeit im oberen Abschnitt der LWS nach links ergeben. Die Rumpfneigung nach vorne sei sehr rasch ohne abstützenden Einsatz der Arme und Hände an den Beinen erfolgt, hierbei habe sich eine begrenzte Entfaltung der LWS, teilkompensiert durch eine gute Mitanklung der Hüfte gezeigt. Spontan sei keine Schmerzreaktion erfolgt. Bei der Tastuntersuchung sei eine Druckempfindlichkeit der gesamten BWS und LWS angegeben worden. Als Bewegungsmaße der HWS hätten sich das Vorneigen/Rückneigen bei 40-0-50°, das Seitneigen rechts/links bei 30-0-30°, das Drehen rechts/links bei 60-0-60° und der Kinnschulterhöhenabstand bei maximaler Drehseitneigung rechts/links bei 12/12 cm gezeigt. Für die BWS und LWS habe die Beweglichkeit im Seitneigen rechts/links 35-0-30°, Drehen im Sitzen rechts/links 20-0-20°, Liegen/Jugulumabstand nicht möglich, FBA 18 cm, Ott 30/31 cm, Schober 10/13 cm betragen. Die Schultergelenke seien aktiv in alle Richtungen seitengleich frei beweglich gewesen, ebenso die Handgelenke bei Angabe von Druckschmerzen beugeseitig am rechten Handgelenk. Auf Befragen seien Gefühlsstörungen in den

Händen verneint worden, eine Muskulaturverschmächtingung sei nicht aufgefallen, die grobe Kraft sei seitengleich bei beidseits freiem Fingerspiel gewesen. Die Streckung der Hüftgelenke sei frei gewesen, die Beugung konstitutionsbedingt nur bis 90° durchführbar. Bei der Rotationsprüfung in 90° Beugstellung und ebenso in der Streckstellung hätten keine Einschränkungen vorgelegen. Eine Beinlängendifferenz sei klinisch nicht zu erfassen gewesen, die Knie- und Sprunggelenke seien frei beweglich.

Gegen das Sachverständigengutachten des C1 hat die Klägerin eingewandt, sie habe den Eindruck gehabt, dass dieser sich weder für die Begutachtung Zeit genommen noch sich die Dokumente richtig angeschaut habe. Sie sei verärgert, weil er sie nicht gefragt habe, was sie bislang gegen ihr Übergewicht unternommen habe. Er habe nicht berücksichtigt, dass sie nachts regelmäßig wegen Muskelkrämpfen in den Beinen wach werde, dann aufstehen müsse bis sich der Schmerz nach circa 15 Minuten gelegt habe, was zu erheblich gestörtem Nachtschlaf führe.

Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme des H2 vorgelegt, wonach der Gesamt-GdB weiter 40 betrage. Aus dem Gutachten des K hätten sich keine Gesichtspunkte ergeben, wonach ein höherer Einzel-GdB als 20 begründet wäre. C1 vertrete ebenso keinen höheren GdB.

Das SG hat in der mündlichen Verhandlung am 24. September 2020 die Klägerin persönlich angehört, die weitere Unterlagen vorgelegt hat, so einen Ausdruck aus Google Maps über die Wegstrecke von 1,8 km zu ihrem ehemaligen Arbeitgeber, die sie vor dem Verschlummerungsantrag habe zurückgelegt können. C1 habe ihre Versuche zur Gewichtsreduktion in der Vergangenheit nicht berücksichtigt. Den Besuch eines Fitnessstudios habe sie abbrechen müssen, weil es danach zu Schmerzen in den Oberschenkeln gekommen sei, wegen denen ihr Schlaf gestört gewesen sei. C1 habe als Orthopäde/Chirurg nicht die fachliche Kompetenz, K in Frage zu stellen, dessen Verdacht auf ADHS sich bei E bestätigt habe. Die Symptome seien Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, das Aufschieben von Tätigkeiten, fehlende oder schlechte Planung, Schlafstörungen, Depression, Minderwertigkeitsgefühle, Grübelneigung, Freudlosigkeit, gestörter Antrieb, Aufmerksamkeitsstörungen, Desorganisiertheit, Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, innere Anspannung und Impulsivität.

Durch Urteil vom 24. September 2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine wesentliche Änderung sei nicht eingetreten, der Gesamt-GdB sei auch weiterhin mit 40 zutreffend bewertet. Die Anpassungsstörung, die Neigung zu depressiven Störungen und die chronische Schmerzstörung begründeten wie die Funktionsbehinderung der WS, die Wirbelsäulenverformung und der Bandscheibenschaden ebenso die Adipositas per magna eine Einzel-GdB von jeweils 20, so auch das Karpaltunnelsyndrom. Das Bronchialasthma und die Allergie seien wie der Bluthochdruck mit einem Einzel-GdB von 10, wie auch die Hüftdysplasie zu bewerten. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, wofür der Tagesablauf der Klägerin, die erfolgreich abgeschlossene Umschulung wie die bisherige Behandlung sprächen. Den Ausführungen des K hat sich das SG nicht anschließen können. Hinsichtlich der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung fände schon keine fachärztliche Behandlung statt. Die Verdachtsdiagnose ADHS könne nicht GdB-erhöhend wirken. Hinsichtlich der Bewertung der orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen hat sich das SG auf das Sachverständigengutachten des C1 gestützt. Die Adipositas per magna bedinge an sich keinen GdB, wegen der von C1 durch das massive Übergewicht geschilderten eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit sei aber ein Einzel-GdB von 20 zu vergeben. Das von K festgestellte Karpaltunnelsyndrom sei im Vergleich mit der Schädigung des Nervus radialis mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Bei der Klägerin lägen auch nicht die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ vor, denn sie könne, wie C1 dargelegt habe, trotz der Veränderungen am Haltungs- und Bewegungsapparat ohne Schwierigkeiten und Gefahren zur Zeit eine Strecke von mehr als zwei Kilometern in einer halben Stunde zurücklegen. Ein weiteres Sachverständigengutachten sei nicht einzuholen gewesen, was die Klägerin selbst bestätigt habe. Das Gericht müsse nicht der bloßen Beweisanregung nachkommen, eine sachverständige Zeugenaussage bei E einholen, nachdem die Klägerin entgegen ihren schriftlichen Ankündigung dessen Bericht nicht vorgelegt habe, zumal das ADHS noch nicht sechs Monate diagnostiziert sei.

Am 1. März 2021 hat die Klägerin gegen das ihrer Prozessbevollmächtigten am 28. Januar 2021 zugestellte Urteil Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt.

Der Senat hat daraufhin E, Psychotherapie, Klinische Geriatrie, schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Dieser hat von einer kontinuierlichen Behandlung der Klägerin seit dem 3. August 2020 bis Ende 2020 im Abstand von vier Wochen, seitdem im Abstand von sechs Wochen berichtet. Die Klägerin habe eine ADHS-Diagnostik gewünscht. Er habe die Neudiagnose eines ADHS des Erwachsenenalters als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, Schwerpunkt im Bereich Unaufmerksamkeit, bei vorbeschriebener depressiver Episode seit August 2019, die sich unter der Medikation mit Citalopram 20 mg gebessert habe, mit Anhalt für eine Dysthymia gestellt. Der Einzel-GdB für die ADHS werde mit 30, der für die depressive Episode bzw. Dysthymia auf 20 geschätzt. Im psychische Befund sei sie bewussteinklar, aktuell ausgeglichen, verunsichert, allseits orientiert mit negativen hirnanorganischen Abbaueichen, erst im Verlauf etwas unkonzentriert, leicht abschweifend mit leichter motorischer Unruhe (eingebunden in lebhaftes Gestik), ohne Hinweis auf Psychose oder Suizidalität gewesen.

Zur Berufungsbegründung verweist die Klägerin auf das Sachverständigengutachten des K, dem das SG zu Unrecht nicht gefolgt sei. Zwischenzeitlich habe E auch ADHS bestätigt. Darüber hinaus benötige sie für eine Gehstrecke von 2 km 1,15 bis 1,3 Stunden (gemeint wohl 1,25 bis 1,5 Stunden), bei schnellerem Gehen verstärkten sich die Schmerzen in der LWS so stark, dass sie nach etwas mehr als 200 Metern nicht weiterlaufen könne.

Die Klägerin beantragt – sinngemäß –,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24. September 2020 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 10. August 2017 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 12. März 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2018 zu verpflichten, unter teilweiser Aufhebung des Abhilfebescheides vom 15. Juni 2012 ab dem 21. Dezember 2016 einen Grad der Behinderung von 50 und die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Auch unter Berücksichtigung der sachverständigen Zeugenaussage des E könne im

Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ ein höherer Einzel-GdB als 20 nicht angenommen werden.

Der Beklagte hat die versorgungsärztliche Stellungnahme des W1 vorgelegt, wonach der von E angegebene Einzel-GdB von 30 nicht habe nachvollzogen werden können. Selbst wenn man von dem Vorliegen eines ADHS ausgehe, hätte dies nicht automatisch eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zur Folge. Genaue Angaben zum psychischen Befund ergäben sich aus dessen sachverständigen Zeugenaussage nicht, damit lägen keine klinischen Befunde vor, die eine höhere Bewertung des Einzel-GdB als mit 20 rechtfertigen könnten.

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 Gerichtsakten, auch die des Verfahrens S 16 R 2393/13, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

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

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 24. September 2020, mit dem das SG die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) der Klägerin auf Aufhebung des Bescheides des Beklagten vom 10. August 2017 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 12. März 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2018 ([§ 95 SGG](#)) und Verpflichtung des Beklagten, unter – sinngemäßer – teilweiser Aufhebung des Abhilfebescheides vom 15. Juni 2012 ab dem 21. Dezember 2016 einen GdB von 50 und die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ festzustellen, abgewiesen hat. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der vorliegenden Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08 R](#) –, juris, Rz. 26; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung, demnach der 13. Januar 2022.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der teilweisen Unzulässigkeit und teilweisen Unbegründetheit der Klage.

Die Klage ist insoweit bereits unzulässig, soweit sie sich gegen den Bescheid vom 10. August 2017 richtet, denn das LRA hat diesen bereits durch den Teil-Abhilfebescheid vom 12. März 2018 aufgehoben, so dass er sich erledigt hat ([§ 39 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#)), die Klägerin hierdurch nicht mehr beschwert ist ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Das LRA hat durch den Bescheid vom 10. August 2017 auch keine Entscheidung über den vorliegend streitgegenständlichen Neufeststellungsantrag vom 21. Dezember 2016 getroffen, worauf der Beklagte im Widerspruchsverfahren zutreffend hingewiesen hat.

m Übrigen sind die Klage und damit auch die Berufung unbegründet. Der Teil-Abhilfebescheid vom 12. März 2018, mit dem das LRA erstmals über den Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 21. Dezember 2016 entschieden hat, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Zu Recht hat der Beklagte auf den Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 21. Dezember 2016 die teilweise Aufhebung des Abhilfebescheides vom 15. Juni 2012, der ab dem 20. Januar 2011 den GdB mit 40 festgestellt hat, und die Feststellung eines höheren GdB sowie der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ abgelehnt, so dass das SG durch Urteil vom 24. September 2020 die darauf gerichtete Klage zutreffend abgewiesen hat.

Der Senat hat sich ebenso wie das SG unter Berücksichtigung des Sachverständigengutachtens des K nicht davon überzeugen können, dass der festgestellte GdB von 40 unterbewertet ist und die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ vorliegen. Das gilt ebenso für den im Berufungsverfahren als sachverständigen Zeugen angehörten E.

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

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Im Vergleich zum maßgeblichen Vergleichsbescheid, dem Abhilfebescheid vom 15. Juni 2012, sind die bei der Klägerin zu berücksichtigenden Funktionsstörungen nicht in einem Umfang höher zu bewerten, dass eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) vorliegt, die zur Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10, demnach von 40 auf 50 führt.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach [§ 152 Abs. 1](#) und 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in der aktuellen, seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung durch Art. 1 und 26 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 ([BGBl I S. 3234](#)). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu

einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Menschen mit Behinderungen sind nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)).

Nachdem noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), entsprechend ([§ 241 Abs. 5 SGB IX](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu § 2 VersMedV ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) getreten. In den VG wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (vgl. BSG, Urteil vom 1. September 1999 – [B 9 V 25/98 R](#) –, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Soweit der Antrag sich auf den Zeitraum vor dem 1. Januar 2018 bezieht, richtet sich der Anspruch nach den in diesem Zeitraum geltenden gesetzlichen Vorgaben (vgl. [§§ 69 SGB IX](#) ff. a. F.), nach denen ebenso für die Bewertung des GdB die VersMedV und die VG die maßgebenden Beurteilungsgrundlagen waren.

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 Einzel-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. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander (VG, Teil A, Nr. 3, a).

Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-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, 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (VG, Teil A, Nr. 3, c). 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 (VG, Teil A, Nr. 3, d).

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 – [B 9 SB 1/03 R](#) –, juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die sich daraus abzuleitenden Teilhabebeeinträchtigungen ausschließlich auf der Grundlage ärztlichen Fachwissens festzustellen sind. Bei den auf zweiter und dritter Stufe festzustellenden Einzel- und Gesamt-GdB sind über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 – [B 9 SB 35/10 B](#) –, juris, Rz. 5).

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 – [B 9 SB 17/97 R](#) –, juris, Rz. 13). Der Einzel-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 Einzel-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 höchstrichterlichen Rechtsprechung steht zur Überzeugung des Senats wie auch des SG fest, dass die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin ab dem 21. Dezember 2016, dem Zeitpunkt des Neufeststellungsantrags, weiterhin mit einem Gesamt-GdB von 40 ausreichend bewertet sind. Ein Gesamt-GdB von 50 und demnach die Schwerbehinderteneigenschaft werden nicht erreicht.

Die im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ bestehenden Funktionsstörungen sind mit einem Einzel-GdB von 20 ausreichend bewertet. Die anderslautende Einschätzung des K und der sachverständigen Zeugenaussage des E sind angesichts der aufgezeigten klägerischen Aktivitäten nicht schlüssig.

Die Klägerin leidet, wie der Senat dem Gutachten des K, der sachverständigen Zeugenaussage des E, den im Verfahren S 16 R 2393/13 bei N und K erhobenen Gutachten, die er ebenso wie die Ausführungen des S3 im Verwaltungsverfahren und den Arztbrief des S8 im Wege des Urkundsbeweises (§ 118 Abs. 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]) verwertet, entnimmt, an einer rezidivierende depressive Störung, zum Zeitpunkt der Begutachtung bei K in Ausprägung einer mittelgradigen Episode, an einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren unter Belastung Grad II Gerbershagen, an einer chronischen Insomnie und an einem psychovegetatives Erschöpfungssyndrom.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 begründen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer Störungen einen GdB von 0 bis 20 und 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. Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische Störung nach ICD-10 F30.- oder F40.- 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 BSG in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 – [B 9 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 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 Behandlung 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 (vgl. Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31).

Der Senat hält die Bewertung der im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ bei der Klägerin bestehenden Funktionsstörung mit einem Einzel-GdB von 20 für weiterhin angemessen. Auszugehen ist vom Vorliegen einer leichteren psychovegetativen oder psychischen Störung. Eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen), die mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 zu bewerten wäre, liegt dagegen ebenso wie eine schwere Störung (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (Bewertungsrahmen Einzel-GdB von 50 bis 70), wie zuletzt von K gutachterlich eingeschätzt, nicht vor.

Gegen einen Einzel-GdB von mehr als 20 spricht der sowohl von K, von N, von S8 als auch von E erhobene psychische Befund, aus dem sich auf eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die Voraussetzung für die Eröffnung eines Bewertungsrahmens mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 wäre, nicht schließen lässt. So war die Klägerin bei der ambulanten Untersuchung durch N am 15. Juni 2015 wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, freundlich, zugewandt, lächelnd, etwas weitschweifig, flexibel, ablenkbar und aufheiterbar. Sie hat demnach über gute interpersonelle Kompetenzen verfügt, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen haben nicht vorgelegen. Es haben nur ein verärgert-klagsames Ausdrucksverhalten im Hinblick auf den Kontakt mit den Patienten, keine Antriebsstörung, keine vermehrte Müdigkeit, eine erhaltene Mitschwingungsfähigkeit und dependente Merkmale der Grundpersönlichkeit bestanden.

Anders als die Klägerin meint, ist das von N erstellte Sachverständigengutachten nicht deshalb weniger aussagekräftig, weil es in einem anderen Verfahren, in einem rentenrechtlichen Bezug mit dem Gegenstand von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben erhoben worden ist. Hierfür ergeben sich keine tragfähigen Gründe, maßgebend ist der erhobene Befund unabhängig von dem Kontext.

Ein wesentlich abweichender psychischer Befund (bewusstseinsklar, allseits orientiert und mimisch erschöpft bei formalem und inhaltlichem geordnetem Denken) hat sich nicht aus dem von K in dem rentenrechtlichen Verfahren erstellten Gutachten ergeben. Soweit die Klägerin damals infolge des damaligen Patientenkontaktes belastet war, ist dies nach der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin, der erfolgreichen Umschulung zur Steuerfachangestellten und der Ausübung dieses Berufes seit dem 1. Januar 2020 mittlerweile nicht mehr der Fall. Der nachfolgende Prüfungsstress, der sich aus dem Arztbrief des S8 ergeben hat, wonach es zu Schlafstörungen gekommen war, sie sich depressiv verstimmt gefühlt hat und ihr alles zu viel geworden war, ist ebenfalls nach dem erfolgreichen Abschluss der Umschulungsmaßnahme weggefallen. Hiermit korrespondierend hat die Klägerin bei der letztmaligen Vorstellung bei S8 am 2. März 2020 angegeben, dass es ihr gut geht und sie sich an ihrem neuen Arbeitsplatz wohl fühlt.

Der von K bei seiner gutachterlichen Untersuchung im Rahmen des erstinstanzlichen Sachverständigengutachtens erhobene psychische Befund zwingt ebenso wie der von E im Berufungsverfahren mitgeteilte nicht zu einer Höherbewertung des GdB. Die Klägerin war wiederum offen, kooperativ, freundlich zugewandt, weitschweifig, sprunghaft, verunsichert, grüblerisch bei einem gedankeninhaltlichen allgemeinen Insuffizienzleben, einer psychomotorischen Anspannung, einer leichten motorischen Unruhe, einer nachlassenden Konzentration, einer subdepressiv-ängstlichen Stimmungslage und einem herabgesetzten psychoenergetischen Niveau.

Aus dem Tagesablauf der Klägerin ergibt sich eine hinreichende Fähigkeit zur Strukturierung, was gegen das Vorliegen einer stärker behindernden Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit spricht. So war sie sowohl in der Vergangenheit, wie sich aus dem Gutachten des N ergibt, und ist es auch derzeit, wie der Senat dem Gutachten des C1 entnimmt, in der Lage, einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Trotz der bestehenden Schlafstörungen kann sie demnach regelmäßig frühzeitig aufstehen und arbeiten. Sie war als Arzthelferin zwar nur wöchentlich 20 Stunden beschäftigt, Anhaltspunkte dafür, dass der Beschäftigungsumfang aus gesundheitlichen Gründen gemindert gewesen wäre, ergeben sich jedoch nicht. Hierbei verkennt der Senat nicht die Ausführungen der Klägerin, wonach sie sich nachmittags nach Ende der Arbeitstätigkeit zunächst hat zwei Stunden erholen müssen. Alleine aufgrund dieser Erholungsbedarfs, den jeder Arbeitnehmer nach Ende seiner täglichen Arbeitstätigkeit, wenn auch gegebenenfalls nicht in einem solchen Umfang, hat, ergibt sich nicht eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. N hat eine vermehrte Müdigkeit aufgrund der von der Klägerin beschriebenen Ein- und Durchschlafstörungen gerade nicht feststellen können. Nachfolgend hat die Klägerin erfolgreich eine Umschulungsmaßnahme zur Steuerfachangestellten absolvieren können und ist seit dem 1. Januar 2020 in diesem Beruf ebenfalls mit 20 Stunden wöchentlich beschäftigt. Die Lage der Arbeitszeit, zwei Tage wöchentlich mit jeweils 10 Stunden, lässt insofern sogar auf eine erhöhte Leistungsfähigkeit der Klägerin schließen, hierfür spricht weiter, dass zum Sommer 2020 eine Erhöhung des Arbeitsumfangs auf 30 Wochenstunden beabsichtigt war. Anhaltspunkte dafür, dass diese Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit aus gesundheitlichen Gründen der Klägerin nicht stattgefunden hat, ergeben sich für den Senat nicht. Neben ihrer beruflichen Tätigkeit ist die Klägerin, die alleine lebt, in der Lage, ihren Haushalt und sich selbst zu versorgen. So hat sie gegenüber K angegeben, einkaufen zu gehen, verschiedene Termine wahrzunehmen, Angesammeltes „auszumisten“, mithin auch Tätigkeiten vornehmen zu können, die nicht unbedingt zwingend erforderlich sind, was gegen eine erhöhte Erschöpfung infolge der Schlafprobleme oder eine GdB-erhöhende Auswirkung des chronischen Schmerzsyndroms spricht. Im Hinblick auf das chronische Schmerzsyndrom hat die Klägerin lediglich berichtet, schwere Haushaltsarbeiten in mehreren Teilschritten auszuführen, hingegen nicht, hierzu überhaupt nicht in der Lage zu sein. Aus ihrer Freizeitgestaltung (Fotographie, Reisen, Handarbeit, Krimis lesen, Fernsehdokumentationsendungen, Surfen im Internet) ergibt sich ebenso wenig eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Sie verfügt über erhaltene soziale Kontakte; hat eine gute Beziehung zu ihrem Vater und ihrer Adoptivmutter sowie zu ihren Nachbarn, pflegt Freundschaften, wie der Senat dem Sachverständigengutachten des N entnimmt. Wegen den Erfahrungen mit der Alkoholkrankheit ihrer Mutter meidet sie nur alkoholtrinkende Menschen, geht deshalb nicht oder nur sehr selten aus, alleine hieraus lässt sich jedoch nicht auf eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit schließen.

Gegen eine Bewertung der im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ bestehenden Funktionsstörungen mit einem höheren Einzel-GdB als 20 spricht auch die bisher wegen dieser Funktionsstörungen von der Klägerin (nicht) in Anspruch genommene Behandlung. Denn, wie bereits ausgeführt (vgl. oben), äußert sich die Stärke des empfundenen Leidensdrucks auch und maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt. Somit kann bei fehlender ärztlicher Behandlung 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 (vgl. Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31). Eine durchgehende fachärztliche Behandlung der Klägerin und eine entsprechende Medikation, die beim Vorliegen einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu erwarten wäre, worauf N überzeugend hingewiesen hat, ist bislang nicht erfolgt. Eine Therapie fand nur bis zum 5. Juli 2016 bei dem S3 statt, nachfolgend ist keine ständige fachärztliche Behandlung mehr gelaufen oder eine entsprechende Medikation, woraus der Senat auch unter Berücksichtigung der Bemühungen der Klägerin zur Wiederaufnahme einer Behandlung bei dem S3, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats nicht erfolgt ist, wiederum gegen einen Leidensdruck schließt, der bei einer stärker behindernden Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zu erwarten wäre. Bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie S8 ist die Klägerin lediglich dreimalig in Behandlung gewesen (am 17. Oktober 2019, am 12. Dezember 2019 und am 2. März 2020). Es ist zwar in diesem Rahmen eine niedrigdosierte Behandlung mit Citalopram 20 mg (1-0-0) erfolgt, worunter sich aber rasch, wie S8 dargelegt hat, eine deutliche Besserung des Gesundheitszustands eingestellt hat. Zutreffend hat das SG in diesem Zusammenhang herausgearbeitet, dass sich aus dem Gutachten des K dennoch nicht ergibt, dass die Klägerin auch weiterhin Citalopram 20 mg einnimmt, was wiederum gegen einen entsprechenden Ausprägungsgrad spricht. Bei E hat sich die Klägerin folgend dessen sachverständiger Zeugenaussage im Berufungsverfahren erst zum 3. August 2020 in Behandlung begeben, wobei dies vorwiegend wegen der diagnostischen Sicherung eines ADHS erfolgte.

Vor dem Hintergrund der fehlenden Inanspruchnahme einer fachärztlichen Behandlung müssen auch die durch das chronische Schmerzsyndrom beschriebenen Funktionsstörungen bewertet werden, nachdem eine spezielle fachärztliche Behandlung bislang zu keinem Zeitpunkt erfolgt ist, was ebenso wie die von der Klägerin beschriebene Schmerzstärke von 1 bis 2 (Schmerzskala 0 bis 10) in Ruhe und den Vorgaben der VG, Teil A, Nr. 2, j), wonach die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit einschließen und auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände berücksichtigen, gegen eine Bewertung des im Funktionssystems „Gehirn einschließlich Psyche“ vorliegenden Einzel-GdB mit mehr als 20 spricht.

Ob eine ADHS diagnostisch durch E gesichert ist, ist schon vor dem Hintergrund mehr als fraglich, weil der gleiche Arzt eine solche noch 2003 nicht beschrieben hat, die Klägerin dagegen im März 2020 davon überzeugt war, daran erkrankt zu sein, diesen eigens zur Bestätigung aufgesucht hat, was dieser selbst eingeräumt und worauf W1 zutreffend verwiesen hat. Letztlich kann die Diagnostik dahinstehen bleiben, weil es allein auf die Funktionsstörungen ankommt, was versorgungsärztlich W1 richtigerweise angemerkt hat. Der Senat kann der medizinischen Beweisaufnahme des E keine Auswirkungen entnehmen, die bei isolierter Bewertung des ADHS mit einem Einzel-GdB von 30, wie von diesem vorgeschlagen, oder dessen Bewertung in Zusammenschau mit den anderen in diesem Funktionssystem bestehenden Störungen mit einem Einzel-GdB von 30 rechtfertigt. Hiergegen spricht die Berufsbiographie der Klägerin. Sie hat nach Abschluss der Schule mit der Mittleren Reife zwar eine Ausbildung zur PTA abgebrochen, dann aber erfolgreich die zur Arzthelferin, sogar mit der Note „gut“ absolviert und war in diesem Beruf oder als Pflegehelferin mehrere Jahre beschäftigt. Die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin ist nicht wegen ADHS, sondern aufgrund der Belastung durch den Patientenkontakt erfolgt. Danach hat sie erfolgreich eine Umschulung zur Steuerfachangestellten mit der Note 3,7 gemacht, ist in diesem Beruf nunmehr beschäftigt. Sie fühlt sich, wie der Senat dem Arztbrief des S8 entnimmt, in diesem Beruf wohl, ist mithin durch ADHS nicht wesentlich eingeschränkt, es geht ihr am derzeit ausgeübten Arbeitsplatz sogar so gut, dass zum Sommer 2020 eine Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit angedacht war. Aufgrund von ADHS bestehenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten leidet die Klägerin nach alledem nicht, so dass auch deswegen eine höhere Einstufung nicht begründet ist (vgl. auch VG, Teil B, Nr. 3.5.2).

Im Funktionssystem „Rumpf“ beträgt der Einzel-GdB ebenso nicht mehr als 20. Wie sich für den Senat aus dem Sachverständigengutachten

des C1 ergibt, leidet die Klägerin an einer Skoliose der unteren LWS und an Verschleißerscheinungen der WS mit Bandscheibenschäden.

Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung, Minderbelastbarkeit) und die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicher Weise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen. Schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der WS (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der WS (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

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

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

Ausgehend davon leidet die Klägerin nicht an Wirbelsäulenschäden mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Einzel-GdB 30) oder mit mittelgradig bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Einzel-GdB 30 bis 40). Hiergegen sprechen die von C1 im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung am 18. Mai 2020 erhobenen Bewegungsmaße der WS (HWS: Vorneigen/Rückneigen 40-0-50°, Seitneigen rechts/links 30-0-30°, Drehen rechts/links 60-0-60°, Kinnspitzenschulterhöhenabstand bei maximaler Drehseitneigung rechts/links 12/12 cm; BWS und LWS: Seitneigen rechts/links 35-0-30°, Drehen im Sitzen rechts/links 20-0-20°, Liegen/Jugulumabstand nicht möglich, FBA 18 cm, Ott 30/31 cm, Schober 10/13 cm). Nervenwurzelreizungen haben nicht vorgelegen. Gegen eine höhergradige Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit sprechen auch die weiteren von C1 mitgeteilten Beobachtungen, wonach sie sich in flüssigen Bewegungsabläufen hinsetzen und ihre Kleidung ablegen konnte, die HWS äußerlich unauffällig gestaltet war, die BWS aktiv genügend aufgerichtet werden können und die Rumpfneigung nach vorne sehr rasch ohne den abstützenden Einsatz der Arme und Hände an den Beinen erfolgt ist. Für den Senat hat C1 unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 18.1, wonach mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein noch nicht die Annahme eines GdB rechtfertigen, überzeugend ausgeführt, dass die bei der Klägerin nachgewiesenen Bandscheibenvorfälle, die sich aus den urkundsbeweislich verwerteten Berichten des Radiologisches Zentrum S5 und des Zentrum für Radiologische Diagnostik M1 ergeben, nicht regelmäßig und insbesondere nicht mit ständigen Beschwerden einhergehen.

Die Richtigkeit der gutachterlichen Einschätzung kann durch die von der Klägerin vorgebrachten Einwände nicht entkräftet werden, zumal der Umstand, C1 habe sich für die gutachterliche Untersuchung nicht genügend Zeit genommen und die mitgebrachten Unterlagen nicht ausreichend zur Kenntnis genommen, auf die erhobenen Bewegungsmaße der WS keinen Einfluss gehabt haben kann.

Aus den weiteren medizinischen Unterlagen (Gutachten, sachverständige Zeugenaussagen und ärztliche Berichte) ergeben sich keine stärkeren Bewegungseinschränkungen der WS. So hat N eine ausreichend freie Beweglichkeit der HWS und der LWS, keine Bewegungseinschränkung der BWS und einen FBA von 0 cm befundet. Als sachverständige Zeugin hat die S im Verfahren S 16 R 2393/13 das Maß nach Schober mit 10/14 cm und einen FBA von 30 cm angegeben. K3, Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat den FBA mit 5 cm und die Beweglichkeit der HWS mit Kinn-Jugulum-Abstand 0 cm, Rotation beidseits 60-0-70° und Seitneigung beidseits 20-0-20° beschrieben. Aus dem Bericht der Schwerpunktpraxis Rheumatologie am Ärztehaus S6 über ihre ambulante Vorstellung am 30. Juli 2015 haben sich eine freie Beweglichkeit der HWS und ein Maß nach Schober von 10/12 cm sowie ein FBA von circa 10 cm ergeben.

Wie bereits ausgeführt (vgl. oben), sind die von der Klägerin im Zusammenhang mit der WS beschriebenen Schmerzen bei der Bewertung mit einem Einzel-GdB von 20 bereits mitberücksichtigt (VG, Teil A, Nr. 2, j) und VG, Teil B, Nr. 18.1) und haben demnach keine GdB-erhöhende Wirkung.

Im Funktionssystem „Arme“ liegt kein Einzel-GdB von mindestens 10 vor.

Eine vormals bestehende Funktionsstörung des linken Schultergelenks hat C1 nicht bestätigen können, die Beweglichkeit beider Schultergelenke hat vielmehr Arm seitwärts/körperwärts 170-0-20°, Arm rückwärts/vorwärts 30-0-115°, Arm auswärts/einwärts drehen

(Oberarm anliegen) 60-0-100° und Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm 90° seitwärts abgehoben) 100-0-70° betragen. Ein Einzel-GdB von 10 wird nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 jedoch erst bei einer Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (einschließlich Schultergürtel) mit einer Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit erreicht.

Entgegen den Ausführungen des SG ist die von K festgestellte Mittelnervendruckschädigung (Karpaltunnelsyndrom) nicht mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten. Auch der von diesem beschriebene Tremor beider Hände bedingt keinen Einzel-GdB von mindestens 10, denn C1 hat entsprechenden Funktionsstörungen nicht feststellen können, die Klägerin hat ihm gegenüber ausdrücklich Gefühlsstörungen in den Händen verneint. Eine verminderte Handkraft oder eine eingeschränkte Beweglichkeit der Finger hat ebenfalls nicht vorgelegen. Gegen entsprechende Einschränkungen spricht im Weiteren, dass sie in ihrer beruflichen Arbeit, einer Schreibtisch Tätigkeit, nicht wesentlich durch Funktionsstörungen an den Armen oder Händen eingeschränkt war und ist. Insofern kann sich der Senat nicht der Bewertung des SG mit einem Einzel-GdB von 20 im Wege des Vergleichs mit einer Schädigung des Nervus radialis im mittleren Bereich (VG, Teil B, Nr. 18.13) anschließen.

Im Funktionssystem „Beine“ bestehen ebenso keine Funktionsstörungen, die nach den VG, Teil B, Nr. 18.14 mit einem Einzel-GdB von mindestens 10 zu bewerten sind. Der Senat entnimmt dem Sachverständigengutachten des C1, dass insbesondere die Hüftgelenke in der Streckung frei waren. Die Beugung konnte zwar konstitutionsbedingt nur bis 90° durchgeführt werden, bei der Rotationsprüfung in 90° Beugstellung und ebenso in der Streckstellung haben sich aber keine Einschränkungen ergeben. Für die von der Klägerin nach dem Zurücklegen einer Gehstrecke von 200 Metern, insbesondere bei einer mehr als äußerst langsamen Geschwindigkeit, beschriebenen Schmerzen, hat sowohl C1 wie die behandelnden Orthopäden S und K3 eine orthopädische Ursache nicht feststellen können. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch C1 hat im Gegenteil zu ebener Erde ohne Schuhe ein normalschrittiges, flottes, sicheres Gangbild ohne Störung bestanden. Auch N hat ein unauffälliges Gangbild bei möglichem Einbeinstand notiert.

Entgegen den Ausführungen des SG wie des Beklagten wird im Funktionssystem „innere Sekretion und Stoffwechsel“ ebenso kein Einzel-GdB von mindestens 10 erreicht.

Die dafür angeführte Bewertung der Adipositas per magna mit einem Einzel-GdB von 20, wie sie das SG, der Beklagte und der Sachverständige C1 vorgenommen haben, entspricht nicht den Vorgaben der VG. Nach den VG, Teil B, Nr. 15.3 begründet nämlich eine Adipositas allein keinen GdB, nur deren Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können eine solche Annahme begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas per magna.

Der im Funktionssystem „innere Sekretion und Stoffwechsel“ zusätzlich bestehende Diabetes mellitus Typ 2 ist nach den VG, Teil B, Nr. 15.1 noch nicht einmal mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Demnach beträgt der GdB 0 bei an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die deshalb in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind. Der sachverständigen Zeugenaussage des S1 entnimmt der Senat, dass die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 mit Metformin 500 mg (1-0-0) erfolgt und demnach keine Hypoglykämie ausgelöst werden kann.

Im Funktionssystem „Herz – Kreislauf“ wird ein Einzel-GdB von 10 nicht erreicht. Die arterielle Hypertonie ist, wie sich für den Senat aus der sachverständigen Zeugenaussage des S1 ergibt, gut eingestellt. Das Ruhe-EKG war normal, das Belastungs-EKG wegen der Adipositas per magna nur bis 75 Watt möglich, aber unauffällig. Den urkundsbeweislich verwerteten Berichten des Lungenzentrums L2 über die Vorstellungen der Klägerin von Dezember 2014 bis Juni 2016 lassen sich Blutdruckwerte von 135/80 mmHg, Puls: 83/min, RR 110/70 mmHg, Puls: 89/min, RR 130/90 mmHg, Puls: 95/min, RR 105/75 mmHg, Puls: 81/min, RR 140/80 mmHg, Puls: 95/min entnehmen. Nach den VG, Teil B, Nr. 9.3 liegt demnach eine leichte Form der Hypertonie vor (keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung [höchstens Augenhintergrundveränderungen]), die mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten ist. Eine Ausschöpfung des diesbezüglichen Bewertungsrahmens ist nach den Ausführungen des S1 im Hinblick auf nicht wegen des Bluthochdrucks bestehenden Leistungsbeeinträchtigungen der Klägerin angezeigt.

Zuletzt besteht auch im Funktionssystem „Atmung“ kein Einzel-GdB von 10. Wie der Senat den Berichten des Lungenzentrum L2 und der sachverständigen Zeugenaussage des S1 entnimmt, leidet sie an einem am ehesten infektgetriggerten Asthma bronchiale, das unter der Einnahme von Ventolair stabil ist und keine Beschwerden verursacht. Insofern wird mangels einer hierdurch verursachten dauernden Einschränkung der Lungenfunktion nach den VG, Teil B, Nr. 8.5 ein Einzel-GdB von mindestens 10 nicht erreicht.

Aus den vorliegenden Einzel-GdB-Werten von 20 im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ und 20 im Funktionssystem „Rumpf“ wird unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB kein höherer als 30 erreicht. Die teilweise Aufhebung des festgestellten GdB von 40 ist dem Gericht wegen des im Rechtsstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 3](#) Grundgesetz [GG]) verankerten Grundsatzes der reformatio in peius, wonach eine Rechtsmittelführenden gegenüber ergangene Verwaltungsentscheidung auch im Berufungsverfahren nicht zu ihren Ungunsten abgeändert werden darf (vgl. BSG, Urteil vom 29. Februar 1956 – [10 RV 75/55](#) –, [BSGE 2, 225](#) <228 f.>), indes verwehrt. Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass auch bei Annahme eines Einzel-GdB von 20 im Funktionssystem „innere Sekretion und Stoffwechsel“ für die Adipositas per magna, wie vom SG und dem Beklagten vorgenommen, ein Gesamt-GdB von 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft nicht erreicht werden kann.

Weiterhin kann die Klägerin die Verpflichtung des Beklagten zur Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ nicht beanspruchen.

Die Feststellung von Merkzeichen richtet sich nach [§ 152 Abs. 1](#) und 4 SGB IX. Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleich, so treffen die zuständigen Behörden nach [§ 152 Abs. 4 SGB IX](#) die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach [§ 152 Abs. 1 SGB IX](#). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 SGB IX](#)). Auf Antrag des Menschen mit Behinderung stellen die zuständigen Behörden gemäß [§ 152 Abs. 5 Satz 1 SGB IX](#) aufgrund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über weitere gesundheitliche Merkmale aus.

Zu diesen Merkmalen gehört die erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr. In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden oder infolge von

Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit, nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden ([§ 229 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Der Nachweis kann bei Menschen mit Schwerbehinderung mit einem GdB von wenigstens 80 nur mit einem Ausweis mit halbseitigem orangefarbenem Flächenaufdruck und eingetragenen Merkzeichen „G“ geführt werden, dessen Gültigkeit frühestens mit dem 1. April 1984 beginnt, oder auf dem ein entsprechender Änderungsvermerk eingetragen ist ([§ 229 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)).

Menschen mit Schwerbehinderung, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, werden von Unternehmerinnen oder Unternehmern, die öffentlichen Personenverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises nach [§ 152 Abs. 5 SGB IX](#) im Nahverkehr im Sinne des [§ 230 Abs. 1 SGB IX](#) unentgeltlich befördert ([§ 228 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB IX](#)). Die unentgeltliche Beförderung verpflichtet zur Zahlung eines tarifmäßigen Zuschlages bei der Benutzung zuschlagpflichtiger Züge des Nahverkehrs ([§ 228 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB IX](#)). Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer gültigen Wertmarke versehen ist ([§ 228 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)).

Nachdem die Schwerbehinderteneigenschaft bei der Klägerin nicht besteht (vgl. oben), sind auch die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ – unabhängig davon, dass eine Adipositas per magna grundsätzlich zu einer Einbuße der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr führen kann (vgl. BSG, Urteil vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 7/06 R –, juris, Rz. 14) – nicht erfüllt (vgl. [§§ 152 Abs. 1](#) und 4, [229 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#); Senatsurteil vom 13. Dezember 2012 – [L 6 SB 4838/10](#) –, juris, Rz. 53). Dies gilt umso mehr, als sämtliche Orthopäden noch ein uneingeschränktes Gehvermögen der Klägerin beschrieben haben (siehe oben), so dass gegenwärtig keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie nennenswert im Gehen beeinträchtigt ist, wie sie den Sachverständigen K glauben machte, der ihre Angaben indessen ungeprüft übernommen hat. Bereits der Umstand, dass die Klägerin unproblematisch ihren Arbeitsplatz, ihre Ärzte wie Geschäfte für Einkäufe erreichen kann, hätte zumindest einer kritischen Würdigung bedurft.

Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen, ärztlichen Meinungsäußerungen, sachverständigen Zeugenaussagen und Sachverständigengutachten haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen Grundlagen vermittelt. Weitere Ermittlungen, insbesondere die Erhebung eines weiteren neurologisch-psychiatrischen Sachverständigengutachtens, wie von C1 in dessen erstinstanzlichen Gutachten angeregt, waren nicht vorzunehmen und werden insbesondere nicht dadurch begründet, dass unterschiedliche gutachterliche Einschätzungen vorliegen. Die Klägerin selbst hat, nachdem E ADHS diagnostiziert hat, im erstinstanzlichen Verfahren eine weitere Sachverhaltsaufklärung für nicht erforderlich gehalten. Es würde sich daher um Ermittlungen ins Blaue hinein handeln, mithin eine Ausforschung des Sachverhaltes, zu der der Senat nicht verpflichtet ist (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Oktober 2018 – [B 9 V 20/18 B](#) –, juris, Rz. 19).

Nach alledem sind das Urteil des SG vom 24. September 2020 und der Teil-Abhilfebescheid des Beklagten vom 12. März 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2018 rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf die Verpflichtung des Beklagten, unter teilweiser Aufhebung des Abhilfebescheides vom 15. Juni 2012 ab dem 21. Dezember 2016 einen GdB von 50 und die gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ festzustellen. Die Berufung war deshalb zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung aus [§ 193 SGG](#) folgt.

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

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-04-20