

L 3 SB 5340/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 22 SB 3078/03
Datum

13.09.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 5340/06
Datum

16.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 13. Oktober 2006 wird abgewiesen.

Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens 50.

Die 1950 geborene Klägerin beantragte erstmals am 18.05.2001 die Feststellung von Behinderungen. Sie machte ständige Schmerzen am ganzen Körper, Schlaflosigkeit, Schwindel, Schwäche, Migräne, Übelkeit, Muskelschwäche in den Beinen, eine Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Gelenkschmerzen, Kopfdruck und Nackenverspannungen als Einschränkungen geltend. Unter Berücksichtigung beigezogener Befundberichte und einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G., der Hirndurchblutungsstörungen und psychovegetative Störungen mit einem Teil-GdB von 20 bewertet hat, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 11.12.2002 den GdB mit 20 seit 18.05.2001 fest. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies der Beklagte unter Berücksichtigung einer weiteren gutachterlichen Stellungnahme mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.2003 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 12.06.2003 Klage beim Sozialgericht Stuttgart erhoben und die Feststellung eines GdB von mindestens 60 geltend gemacht. Zur Begründung hat sie ausgeführt, an zahlreichen Gesundheitsstörungen wie beispielsweise Ganzkörperschmerzen, Muskelschwäche in Armen und Beinen, rasche Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schwindelanfällen, Kopfdruck, Migräne, Übelkeit u.a.m. zu leiden. Sie leide unter den typischen Beschwerden einer toxischen Enzephalopathie.

Das SG hat Beweis erhoben durch die Einholung einer sachverständigen Zeugenaussage u.a. beim Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D ... Er hat angegeben, dass die Klägerin unter einem Cervikobrachialsyndrom rechts stärker als links, einem Lumbalsyndrom bei Osteochondrose und Spondylosis deformans L5/S1 und einer beginnenden Gonarthrose links leide. Es bestehe der Verdacht auf eine systemische Autoimmunkrankheit/Kollagenose mit Tenosynovitis und Synovitis ("Fibromyalgie") ebenso wie der Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts und auf eine psychovegetative Beschwerdeüberlagerung. Die Diagnosen habe er im Wesentlichen von den Vorbehandlern übernommen, jedoch sehe er keinen Anlass, an diesen Vordiagnosen zu zweifeln. Er schätze den GdB auf 60. Der Zeugenaussage waren zahlreiche Befunde behandelnder Ärzte beigelegt (vgl. insoweit Bl. 36 bis 49 der Akten des SG). Für den Beklagten hat Dr. Hanselmann darauf hingewiesen, dass Verdachtsdiagnosen die Feststellung einer Behinderung nicht begründen könnten. Eine Berufskrankheit infolge Lösungsmittelexposition sei abgelehnt worden.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch das Einholen eines Sachverständigengutachtens bei Dr. U., Stuttgart, mit Zusatzgutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. N. und des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S ... Unter Berücksichtigung der Feststellungen in den Zusatzgutachten hat Dr. U. als Diagnosen multiple funktionelle Beschwerden bei histrionischen Persönlichkeitszügen, eine Adipositas Grad II mit Blutfetterhöhung und keine nachweisbaren relevanten Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet gestellt. Die vom Nervenarzt beschriebene histrionisch strukturierte Persönlichkeit erkläre zum Teil die Beschwerdeschilderung mit multiplen funktionellen Beschwerden. Erhebliche neurologische Pathologika hätten nicht festgestellt werden können. Insbesondere habe sich klinisch kein Korrelat für eine Gehirndurchblutungsstörung gefunden. Aus internistischer Sicht könnten keine Befunde für eine durch einen auswärtigen Arzt attestierte Gefäßentzündung gefunden werden. Für die Feststellung eines Fibromyalgiesyndroms hätten keine brauchbaren Werte gewonnen werden können, weil die Angaben der Schmerzschwellen so niedrig gewesen sei, dass sie keinen Sinn gemacht hätten. Diese wiesen vielmehr deutlich auf vorstellungsbedingte Gestaltungsversuche der Untersuchungsergebnisse hin. Insgesamt betrachtet sei der aus nervenärztlicher

Sicht vorgeschlagene Teil-GdB von 20 auch als Gesamt-GdB anzusehen.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG Dr. M. mit der Erstellung eines internistisch-rheumatologischen Fachgutachtens beauftragt. Dr. M. hat eine chronische Schmerzkrankung beschrieben, die einer klassischen somatisch betonten Form einer Fibromyalgie entspreche. Den Schweregrad der chronischen Erkrankung hat er zumindest mit mittelschwer bis zum Teil sehr schwer eingeschätzt. Er halte deshalb einen Einzel-GdB für die chronische Schmerzkrankung mit 50 für angemessen. Des weiteren sei eine Bluthochdruckerhöhung mit einem Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Der Gesamt-GdB sei daher mit 50 einzuschätzen.

Mit Urteil vom 13.09.2006 hat das SG die angefochtenen Bescheide abgeändert und den Beklagten verurteilt, den GdB ab 18.05.2001 mit 40 festzustellen. Es hat sich der Einschätzung von Dr. M. angeschlossen, dass als führendes Erkrankungsbild eine somatoforme Schmerzstörung mit der klinischen Symptomatik einer Fibromyalgie zu berücksichtigen sei. Unter Berücksichtigung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (AHP) sei der GdB mit 40 zu bewerten. Denn für die Bewertung des GdB sei nicht die Diagnose ausschlaggebend, sondern das tatsächliche Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung. Die Fibromyalgie sei jeweils im Einzelfall entsprechend ihrer funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Als Vergleichmaßstab komme bei einem Fibromyalgiesyndrom als einem mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen ohne organischen Befund einhergehendem Krankheitsbild am ehesten die in Nr. 26.3 der AHP (2004) unter "Neurosen, Persönlichkeitsstörung, Folgen psychischer Traumen" genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und eventuell sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht. Erst schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) bei mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten rechtfertigten hiernach einen GdB von 50 oder mehr. Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben sei zur Überzeugung der Kammer der vom Gutachter M. vorgeschlagene Einzel-GdB von 50 für das Fibromyalgiesyndrom als überhöht anzusehen. Eine Gleichstellung mit einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten rechtfertige sich aus den bei der Klägerin bestehenden Einschränkungen nicht. Eine solche Störung setze eine sehr starke Gefährdung bzw. sogar den Ausschluss weiterer beruflicher Tätigkeiten voraus. Der Sachverständige habe indes in einem im Auftrag des Landessozialgerichts Baden-Württemberg erstellten Gutachten ein Restleistungsvermögen der Klägerin von drei bis unter sechs Stunden täglich bei allerdings erheblichen qualitativen Einschränkungen beschrieben und habe langfristig, bei entsprechender Umsetzung der angeregten Umschulungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, eine Wiederherstellung eines vollschichtigen Leistungsvermögens für möglich gehalten. Daneben würde eine Gleichstellung mit schweren Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten insbesondere einen starken Interessenverlust, einhergehend mit Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit voraussetzen. Infolge dieser Vitalitätseinbuße wären bei krankheitsbedingtem Kontaktverlust und affektiver Nivellierung neben einer verminderten Einsatzfähigkeit im Beruf auch erhebliche Schwierigkeiten in der Familie und im Freundes- bzw. Bekanntenkreis zu erwarten. Solch weitgehende Störungen seien aber nach den anamnestischen Angaben sowie nach den Befunden in den einzelnen Gutachten nicht ersichtlich. Soweit Dr. M. Bewegungseinschränkungen der Brustwirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule festgestellt habe, rechtfertigten diese allenfalls einen Einzel-GdB von 20. Unter Berücksichtigung der leichten Form des Bluthochdrucks, für den ein Teil-GdB von 10 anzusetzen sei, sei der GdB nach Überzeugung der Kammer mit 40 ausreichend bemessen. Die Wirbelsäulenproblematik überschneide sich mit der durch das Fibromyalgiesyndrom bedingten Schmerzsymptomatik. Ohne röntgendiagnostischen Nachweis der die Altersnorm übersteigenden degenerativen Verschleißveränderungen führe der Teil-GdB von 20 nicht zur Erhöhung des für das Fibromyalgiesyndrom angenommenen Einzel-GdB von 40.

Mit Ausführungsbescheid vom 13.10.2006 hat der Beklagte den GdB mit 40 ab dem 18.05.2001 festgestellt.

Gegen das der Klägerin am 25.09.2006 zugestellte Urteil hat diese am 24.10.2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, dass der Ansicht des SG, die Fibromyalgie sei analog der Nr. 26.3 der AHP zu bewerten, nicht gefolgt werden könne. Die Fibromyalgie werde ausdrücklich in Kapitel 26.18 der AHP "Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten" genannt. Dementsprechend orientiere sich die Bewertung des Behinderungsgrades in diesem Kapitel an den entzündlich-rheumatischen Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule. Auch Dr. M. habe den Behinderungsgrad zutreffend analog den entzündlich-rheumatischen Krankheiten ermittelt und sei hierbei aufgrund der von ihm festgestellten zumindest mittelgradigen Auswirkungen von einem Einzel-GdB von 50 ausgegangen. Der vom Sachverständigen ermittelte Behinderungsgrad sei eher zu niedrig als zu hoch angesetzt. Denn die AHP sähen einen Rahmen von 50 bis 70 vor. Bei der Klägerin lägen sehr ausgeprägte Alltagserscheinungen, ein sehr ausgeprägtes Schmerzsyndrom mit ausgeprägter Morgen- und Tagesmüdigkeit, Steifigkeit, Nervosität und Depressivität vor. Nicht folgen könne man auch den Ausführungen des Gerichts zu den Feststellungen der Alltagsaktivitäten der Klägerin. Dr. M. stelle vielmehr fest, dass es der Klägerin nicht mehr gelinge einzukaufen, Betten zu machen, Staub zu saugen, Geschirr abzuwaschen, um einige Häuserblocks zu laufen, Freunde und Verwandte zu besuchen, Auto zu fahren und dass es ihr nur noch gelegentlich gelinge, die Wäsche mit der Waschmaschine zu erledigen oder Essen vorzubereiten. Es sei auch keineswegs so, dass die Klägerin nach wie vor zusammen mit ihrem Ehemann koche und die Hausarbeit teile und dass sie noch Besuche bei Verwandten und Freunden unternehme. Unter Berücksichtigung der orthopädischen Beschwerden sei bei einem Teil-GdB von 50 für die Fibromyalgie ein Gesamt-GdB von 60 gerechtfertigt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines nervenärztlichen Gutachtens bei Prof. Dr. T., Stuttgart. In diesem, zusammen mit Dr. Winter erstellten Gutachten, beschreibt Prof. Dr. T. eine mittelgradige somatoforme Schmerzstörung. Diese sei nach den AHP unter "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen" zu klassifizieren. Der Schweregrad der Erkrankung entspreche stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und sei damit mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Weitere Funktionsbeeinträchtigungen bestünden nicht. Man stimme mit der gutachterlichen Vorbeurteilung durch Dr. U., Dr. N. und Dr. S. überein, dass bei der Klägerin weder eine organische Erkrankung noch eine Fibromyalgie vorliege. Die von diesen beschriebenen multiplen funktionalen Beschwerden bei histrionischen Persönlichkeitszügen werde als somatoforme Schmerzstörung genauer definiert. Die abweichende Bewertung ergebe sich aufgrund einer ausführlichen Erhebung der Funktionseinschränkungen im alltäglichen Leben und rechtfertige einen GdB von 40. Entgegen der Auffassung von Dr. M. sei ein Fibromyalgiesyndrom nicht festzustellen gewesen. Hierbei müsse erwähnt werden, dass die Genese dieser Erkrankung und ihre Klassifizierung umstritten sei. Sie könne häufig als eine rheumatologische Erkrankung behandelt werden, aber gleichzeitig auch als eine Unterform der somatoformen Schmerzstörungen betrachtet werden. Es könne dabei nicht ausgeschlossen werden, dass die klinische Präsentation der Erkrankung zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. M. einem Fibromyalgiesyndrom geähnelte. Der von Dr. M. vorgeschlagene GdB von 50 werde für überhöht gehalten. Ein solcher Wert entspräche einer schweren Erkrankung, die zu stärkeren Beeinträchtigungen des sozialen Lebens führen müsste. Im Gegensatz hierzu habe die Klägerin über keine erheblichen Schwierigkeiten in der Familie und im Freundes- bzw. Bekanntenkreis berichtet. Dem Gutachten von Prof. Dr. T. hat

ein psychodiagnostischer Befund des Diplompsychologen Dr. L. vom 18.05.2007 zugrunde gelegen.

Die Klägerin weist darauf hin, dass festzuhalten bleibe, dass sie in nahezu allen Bereichen in ihrer Erlebnis-, Gestaltungs- und Anpassungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Es bestünden schmerzbedingt Einschlaf- und Durchschlafstörungen, die Haushaltsaktivitäten seien auf ein Minimum reduziert, bereits nach dem Frühstück müsse sie sich wieder 30 bis 60 Minuten hinlegen, sie sei nicht mehr in der Lage mit dem Auto oder mit dem Rad zu fahren und soziale Kontakte bestünden allenfalls über das Telefon, eine Freizeitbetätigung existiere nicht, ein Haustier werde nicht gehalten, das Sexualleben sei erloschen, Urlaubsreisen könnten schmerzbedingt nicht mehr unternommen werden. Es werde deshalb auch weiterhin ein GdB von 50 für angemessen gehalten. Außerdem verweist die Klägerin auf die im psychodiagnostischen Befundbericht des Diplompsychologen Dr. O. beschriebenen immer stärker werdenden Schmerzen.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Stuttgart vom 13. September 2006 sowie des Bescheides vom 11. Dezember 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Mai 2003 und des Bescheides vom 13. Oktober 2006 zu verurteilen, einen Gesamt-GdB von wenigstens 50 anzuerkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 13. Oktober 2006 abzuweisen.

Er vertritt unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. F. die Auffassung, dass der GdB mit 40 angemessen bewertet sei. Es läge unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten ein chronisches Schmerzsyndrom, psychovegetative Störungen und eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule vor, die mit einem Teil-GdB von 40 zu bewerten seien. Außerdem sei der Bluthochdruck mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten des Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Über die form- und fristgerecht erhobene Berufung entscheidet der Senat mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Der Bescheid vom 13.10.2006 ist gemäß § 96 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden. Über ihn entscheidet der Senat auf Klage (Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl., § 96 Rn. 7).

Die Berufung und die Klage der Klägerin bleiben in der Sache ohne Erfolg. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, soweit die Klägerin einen höheren GdB als 40 geltend macht.

Hinsichtlich der Darstellung der Rechtsgrundlagen für die Feststellung des GdB und der dabei anzuwendenden Bewertungsmaßstäbe nimmt der Senat auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (vgl. § 153 Abs. 2 SGG). Ergänzend ist lediglich festzustellen, dass mittlerweile die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) 2008 maßgebend sind. Eine andere Beurteilung der hier in Frage stehenden Funktionseinschränkungen im Vergleich zu den noch vom Beklagten berücksichtigten AHP 1996 ergibt sich daraus nicht.

Der geltend gemachte Anspruch ist aus den vom SG im angefochtenen Urteil ausführlich und überzeugend dargelegten Gründen als unbegründet zurückzuweisen. Den Ausführungen des SG zur Bewertung des GdB für die vom SG angenommene somatoforme Schmerzstörung mit der klinischen Symptomatik einer Fibromyalgie ist auch dann zu folgen, wenn man- wie der erkennende Senat - mit Prof. T. und dem Gutachten von Dr. U. nicht von einer Fibromyalgie ausgeht, sondern das Erkrankungsbild als somatoforme Schmerzstörung fasst. Entscheidend ist insoweit nicht die Diagnose, sondern deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Insoweit unterscheiden sich die Krankheitsbilder nicht. Es ändern sich dadurch auch weder die Grundlagen der Bewertung noch die konkret vorgenommene Beurteilung. Denn die Beurteilung eines Fibromyalgiesyndroms erfolgt in einer analogen Anwendung zu den in Nr. 26.3 der AHP aufgeführten "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata". Seine Zuordnung zu den rheumatischen Erkrankungen bedeutet nicht, dass für die GdB-Bewertung die für die entzündlich rheumatischen Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z.B. Bechterew-Krankheit) geltenden GdB-Werte zu übernehmen sind. Die AHP sind hier nur der Systematik der ICD-10 gefolgt. Dort wird das Fibromyalgiesyndrom unter M 79.0 als andere, nicht näher bezeichnete Weichteilerkrankungen geführt (vgl. Protokoll des Beirats vom 28./29. April 1999: "Gutachtliche Beurteilung bei Fibromyalgiesyndrom"; LSG NRW, Urteil vom 27.04.2006 - L 7 SB 39/04 -). Aus der Aufnahme des Fibromyalgiesyndroms in die ICD 10 sind ansonsten keine Rückschlüsse zu ziehen (vgl. Beiratsprotokoll, Rundschreiben vom 20.12.2007: "GdB bei Fibromyalgie" und hierzu auch BSG, Urt. v. 27.02.2002, B 9 SB 6/01 R - in juris -). Die von Prof. Dr. T. beschriebene somatoforme Schmerzstörung ist, wie er zu Recht ausgeführt hat, ebenfalls in den Bereich "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata (Nr. 26.3 der AHP)" einzuordnen. Die im Verfahren gehörten Gutachter haben dabei auch im Wesentlichen übereinstimmende Einschränkungen beschrieben (Einschränkungen im körperlichen, geistigen und seelischen Bereich, die auf die chronische Schmerzerkrankung zurückgeführt werden, vgl. bspw. Gutachten Dr. M. Blatt 20 vom 11.01.2006).

Dem SG ist unter Berücksichtigung dieser Ausführungen in vollem Umfang zuzustimmen, wenn es das Krankheitsbild als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einordnet, den GdB mit 40 bewertet und einen weitergehenden Antrag ablehnt. Allerdings ist im Rahmen einer schweren Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten

(GdB 50-70 nach den AHP 2008, S. 48) nicht schon eine starke Gefährdung der beruflichen Tätigkeit oder gar deren Ausschluss Voraussetzung für einen GdB von wenigstens 50 (vgl. Protokoll des Beirats vom 18. und 19. März 1998: "Abgrenzungskriterien für die gutachterliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten"). Vielmehr sind mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten definiert als "in den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderungen, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt". Eine Änderung der Beurteilung ergibt sich hieraus jedoch nicht. Die Einschätzung, dass die somatoforme Schmerzstörung als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einzustufen und somit ein Einzel-GdB von 40 anzusetzen ist, wird auch von dem vom Senat beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. T. bestätigt. Der Senat hat keinen Zweifel an der Angemessenheit der vorgenommenen Einschätzung. Die hiergegen erhobenen Einwendungen vermögen nicht zu überzeugen. Soweit die Klägerin geltend macht, dem Gutachten von Prof. Dr. T. ließen sich nahezu in allen Bereichen der Erlebnis-, Gestaltungs- und Anpassungsfähigkeit erhebliche Einschränkungen entnehmen und auch die vorhandenen, im Verlauf der Untersuchung immer stärker werdenden Schmerzen seien im Gutachten dokumentiert, ist darauf hinzuweisen, dass diese Einschränkungen gerade Grundlage für die Bewertung sind und sich nur hieraus ein GdB von 40 im Sinne einer stärker behindernden Störung rechtfertigen lässt. Die Annahme einer schweren Störung mit zumindest mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten iSd. AHP (a.a.O.) setzt neben der oben beschriebenen beruflichen Gefährdung und der Verminderung der Einsatzfähigkeit aber auch und bereits erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung voraus (vgl. Beiratsprotokoll vom 18. und 19. März 1998). Solche erheblichen Probleme liegen nach den Ausführungen des gehörten Sachverständigen und wie das SG zu Recht ausgeführt hat nicht vor. Zwar mag es krankheitsbedingt zu einer Einschränkung der Aktivitäten und auch zu einem Rückgang der sozialen Kontakte gekommen sein; weder die Schmerzsymptomatik noch die bestehende Depression führen aber zu erheblichen familiären Problemen. Vielmehr wird das Familienleben von der Klägerin als glücklich beschrieben. Mit ihrem Mann versteht sie sich gut, die Erkrankung hat den Ehemann ihren Angaben zufolge nur am Anfang etwas gestört und sie bekommt nun viel Zuwendung von ihm. Schmerzbedingte Partnerprobleme hat sie nicht benennen können. Das Erlöschen des Sexualkontakts hat sie selbst nicht auf ihre Erkrankung zurückgeführt. Außerdem besteht regelmäßiger wöchentlicher telefonischer Kontakt zu Freunden, es kommt zu regelmäßigen Besuchen ihrer Schwester, die ihr beim Aufräumen der Wohnung behilflich ist und die sie noch vor noch nicht allzu langer Zeit selbst über mehrere Wochen hinweg besucht hat. Auch der nicht bestehende Kontakt zu den Nachbarn wird nicht auf die krankheitsbedingten Einschränkungen zurückgeführt, sondern auf den Alters- und Interessenunterschied. Daneben kann sich die Klägerin noch über gutes Essen freuen, sie geht zweimal die Woche spazieren, verfolgt regelmäßig die Nachrichten im Fernsehen und sie liest Zeitschriften. Ein Interessenverlust oder eine anhaltende Freudlosigkeit kann diesen Schilderungen nicht entnommen werden. Abgesehen von den schmerzbedingt sicherlich vorliegenden Einschränkungen wird der Alltag weitgehend harmonisch beschrieben. Die Sachverständigen beschreiben die Klägerin daher auch als gut modulationsfähig. Die nach den Ausführungen von Prof. Dr. T. vorliegenden glaubhaft bestehenden Schmerzen führen dabei sicherlich zu einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Insgesamt betrachtet folgt der Senat jedoch den Ausführungen des Sachverständigen und hält wegen des Fehlens von erheblichen familiären Problemen die Annahme einer lediglich stärker behindernden Störung, die im oberen Bereich des vorgegebenen Rahmens zu bewerten ist, für gegeben. Der GdB hieraus ist daher mit 40 angemessen bewertet. Weitere selbstständige und unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung zu berücksichtigende Einschränkungen liegen, abgesehen von der Bluthochdruckerkrankung, für die auch der Senat mit Dr. F. in deren versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 27.12.2007 nur einen GdB von 10 annimmt, nicht vor. Auch die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule sind ohne Nachweis eines organischen Korrelats (vgl. das Gutachten von Dr. N., der über die Altersnorm hinausgehende degenerative Veränderungen der HWS, BWS und LWS sowie auch der Hüftgelenke nicht feststellen konnte) ebenso wie die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen nicht gesondert zu bewerten. Sie sind im Rahmen der schmerzbedingten Einschränkungen durch die somatoforme Schmerzstörung bereits berücksichtigt.

Die Berufung ist daher zurück- und die Klage abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-22