

L 8 SB 5167/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
8

1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 SB 4180/13

Datum
28.10.2015

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 SB 5167/15

Datum
27.01.2017

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28.10.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf (Erst-)Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 30) seit 25.10.2012 zusteht.

Die 1953 geborene Klägerin ist verheiratet und war bis Juni 2016 in Teilzeit (100 Stunden/Monat) beim Kaufhaus B. im Verkauf beschäftigt. Sie beantragte am 25.10.2012 beim Landratsamt B. (LRA) die (Erst-) Feststellung eines GdB (Blatt 1/4 der Beklagtenakte). Zu ihrem Antrag verwies sie auf Brennschmerzen in den Beinen, Steifigkeit in den Füßen (wie in einem Schraubstock), Gleichgewichtsstörungen, Taubheitsgefühle in Armen und Beinen, Schlafstörungen und Rückenschmerzen nach Bandscheibenoperation.

Das LRA zog den Reha-Entlassbericht der H. Klinik I, Bad Z. , vom 13.09.2012 (stationärer Aufenthalt der Klägerin vom 07.08.2012 bis 04.09.2012, Kostenträger: Deutsche Rentenversicherung) bei (Blatt 6/16 der Beklagtenakte). Außerdem holte das LRA vom Facharzt für Allgemeinmedizin und Chirurgie, Sozialmedizin u.a. Dr. F. die Auskunft vom 24.12.2012 und Befundunterlagen ein. Dr. F. verwies auf ein komplexes Beschwerdebild (Blatt 20/39 der Beklagtenakte).

Die Versorgungsärztin Dr. M. schätzte in ihrer Stellungnahme vom 24.01.2013 (Blatt 40/41 der Beklagtenakte) den GdB auf 30 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: restless legs syndrom, Polyneuropathie, Gleichgewichtsstörungen: GdB 20; Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, operierter Bandscheibenschaden, Arthralgien: GdB 20).

Mit Bescheid vom 28.01.2013 (Blatt 42/43 der Beklagtenakte) stellte das LRA den GdB seit 25.10.2012 mit 30 fest.

Die Klägerin erhob am 04.02.2013 (Blatt 45 der Beklagtenakte) hiergegen Widerspruch und gab an, ihre gesundheitlichen Funktionsbeeinträchtigungen seien mit einem GdB von 30 nicht angemessen bewertet.

Das LRA holte auf Bitten der Klägerin beim Facharzt für Neurologie Dr. Ko. eine Auskunft ein. Dr. Ko. gab an (Schreiben vom 22.04.2013, Blatt 52 der Beklagtenakte), diagnostisch liege einerseits ein Postdyscettomie-Syndrom mit wechselnd stark ausgeprägten radikulären Schmerzen im rechten Bein nach lumbaler Bandscheiben-OP LW3/4 2009, andererseits eine Kombination aus small fiber Neuropathie und restless legs Syndrom (RLS) vor. Klinisch funktionell stünden dabei einerseits belastungsabhängige radikulär imponierende Schmerzen im rechten Bein, andererseits aber auch typische neuropathische Ruheschmerzen distal betont in beiden Beinen im Vordergrund. Gleichzeitig und unabhängig hiervon bestünden im Rahmen RLS Schmerzen und Missempfindungen vornehmlich aus der Ruhe heraus, betont in der Nacht mit begleitender Insomnie. Die hieraus resultierende komplexe Schmerzsymptomatik habe sich im bisherigen Behandlungsverlauf nur unbefriedigend beeinflussen lassen. Die radikulären Schmerzen im rechten Bein, aber auch die neuropathischen Schmerzen im Rahmen der small fiber Neuropathie, schränkten gleichzeitig die motorische Ausdauerbelastbarkeit und Wegefähigkeit ein. Gleichzeitig bestehe eine leichte Ataxie im Zusammenhang mit der sensiblen Afferenzstörung im Rahmen der Polyneuropathie.

In seiner Stellungnahme vom 14.07.2013 (Blatt 53/54 der Beklagtenakte) schätzte der Versorgungsarzt Dr. Fl. den GdB weiterhin mit 30 ein, woraufhin der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungamt – den Widerspruch der Klägerin zurückwies

(Widerspruchsbescheid vom 04.09.2013, Blatt 56 der Beklagtenakte).

Hiergegen hat die Klägerin am 13.09.2013 beim Sozialgericht (SG) Freiburg Klage erhoben und einen GdB von wenigstens 70 begehrt (Blatt 17/ 23 der SG-Akten). Der GdB sei weder hinsichtlich der Teilgrade als auch des Gesamtgrades angemessen bewertet. Aufgrund permanenter Schmerzen bestehe eine reduzierte physische Belastbarkeit und eine Gangunsicherheit, vor allem auf unebenen Böden. Bei Schwäche im Bereich der Fußhebung und einer Gleichgewichtsstörung sollten Treppen, Leitern und Gerüste nicht bestiegen werden. Das Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten sei nicht zumutbar. Sie habe nach früheren Vorfällen 2009 erneut einen Bandscheibenvorfall Höhe L3/L4 gehabt, der operiert worden sei. Sie sei auch mehrfach an beiden Knien operiert worden, zuletzt 2011. Seit der Bandscheiben-OP verspüre sie ein zunehmendes Taubheitsgefühl und Schmerzen in beiden Füßen, später auch entsprechende Taubheitsgefühle und Schmerzen in den Unterschenkeln. Es sei eine Polyneuropathie diagnostiziert. Sie verspüre ein Engegefühl in beiden Füßen, wenn sie morgens aufwache. Die Füße fühlten sich dann taub an. Darüber hinaus fühlten sich auch die Hände taub an. Wenn sie länger im Schuh sei, fühle sie sich "wie in einem Schraubstock". Die Schmerzen und das "Schraubstockgefühl" verspüre sie permanent. Nachts bekomme sie Krämpfe in den Beinen. Bei Bewegung fühlten sich die Füße steif an, in Ruhe fühle sie dies noch stärker. Beim Aufstehen nach längerem Sitzen habe sie ein "tapsiges Gefühl", wenn sie länger laufe, habe sie ein "Schraubstockgefühl". Die Füße fühlten sich heiß an, obwohl sie kalt seien. Sie habe keinen Bewegungsdrang in den Beinen, die Beschwerden in den Beinen verbesserten sich auch nicht bei Bewegung. Sie spüre den Boden unter den Füßen nicht und wisse nicht, wo sie mit dem Fuß stehe oder wohin sie gehe. Beim Treppensteigen habe sie ebenfalls Schwierigkeiten, da sie nicht wisse bzw. spüre, wo die Stufe ende. Im Dunkeln könne sie noch schlechter gehen. Es bestünden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe insoweit, als sie an einer Gangstörung durch die Sensibilitätsstörungen in beiden Füßen leide, obgleich sie keine Hilfsmittel benötige. Ferner bestehe eine Feinmotorikstörung, z.B. beim Herausnehmen von Münzen aus der Geldbörse. Es bestehe eine Einschränkung der Leistung in Bezug auf Mobilität und Selbstversorgung. Die Erkrankung, ganz besonders die Taubheitsgefühle und brennenden Schmerzen in den Armen und Beinen sowie die Schlafstörungen schränken sie auch unter medikamentöser Therapie und nach mehreren akutenstationären und rehabilitationsmedizinischen Behandlungen massiv ein. Es liege auch ein Postdiscetomie-Syndrom mit wechselnd stark ausgeprägten radikulären Schmerzen im rechten Bein nach lumbaler Bandscheiben-OP LW3/4 und eine Kombination aus small fiber Neuropathie und restless legs Syndrom vor. Sie habe Koordinationsstörungen und starke Gleichgewichtsstörungen. Es bestehe sowohl eine Muskelanspannung, als auch eine Muskelschwäche. Sie verspüre beim Auftreten Druck und habe starke Schwellungen und Gefühle der "Eingeschnürtheit" ("Schraubstockgefühl"), auch in den Händen. Bei ihr komme es zu starker Ermüdung der Beine und zu Gehstörungen (Gangunsicherheit). Nach Ihrem Empfinden hätten sich die Beeinträchtigungen seit November 2012 um das Zweifache verstärkt. Durch diese gesamten Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen sei sie in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stark eingeschränkt. Auch wenn sie weiterhin arbeite, tue sie dies nur unter Schmerzen und mit Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen. Darüber hinaus seien Funktionsbeeinträchtigungen, welche in ihrer Klassifizierung nicht zusammengehörten, unzutreffend mit einem "gemeinsamen" Teil-GdB bewertet worden. Die bestehenden Arthralgien (Gelenkschmerzen) begründeten bereits für sich mit einem GdB von mindestens 30. Ebenso sei das restless legs Syndrom für sich genommen mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten. Hierbei handele es sich nach dem ICD-10-GM um sonstige, andernorts nicht klassifizierte Gelenkkrankheiten. Die Gleichgewichtsstörungen seien für sich ebenfalls mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten. Nach ICD-10-GM fielen die Gleichgewichtsstörungen unter Schwindel und Taumel und dabei unter Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule seien mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten. Diese fielen nach ICD-10GM unter die Spondylopathien. Der operierte Bandscheibenschaden sei ebenfalls mit einem GdB von mindestens 30 zu bewerten, er falle nach ICD-10-GM unter sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, sowie hierbei unter sonstige Bandscheibenschäden. Die Polyneuropathie sei mit einem GdB von mindestens 60 zu bewerten. Diese werde nach ICD-10-GM unter Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems und hierbei unter sonstige Polyneuropathien geführt. Unter Berücksichtigung dieser GdB ergebe sich tatsächlich ein Gesamt-GdB von zumindest 70.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologischen Gutachtens bei Prof. Dr. S. von der Neurologischen Klinik des O. Klinikums. Dieser hat in seinem Gutachten vom 24.01.2014 (Blatt 29/37 der SG-Akte) eine Small-fiber-Neuropathie, ein chronisches degeneratives Rückenleiden und ein restless legs Syndrom beschrieben. Es lägen Missempfindungen der Beine vor, welche bei längerer Belastung dazu führen könnten, dass diese abgebrochen würden. Es liege eine leichte Einschränkung der Koordination mit Schwierigkeiten im Einbestand und Seiltänzerang vor. Wesentliche Auswirkungen auf das Laufen, Gehen, Fahrradfahren, Auto fahren hätten diese Einschränkungen nicht. Weiter bestünden chronische Rückenschmerzen, zum jetzigen Zeitpunkt aber wenig ausgeprägt. Es sei aber damit zu rechnen, dass diese immer wieder aufräten. Dann dürfte eine Einschränkung der Mobilität und der Beweglichkeit schmerzbedingt vorhanden sein. Die Missempfindungen in den Beinen seien nächtlich betont und führten zu Schlafstörungen. Die Polyneuropathie sei mit einem GdB von 20, die Folgen der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und stattgehabter Operation mit einem GdB von 20 und das restless legs Syndrom mit einem GdB von 10 zu bewerten. Der Gesamt-GdB betrage 30.

Hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 10.06.2014 (Blatt 41/45 der SG-Akte) unter Vorlage eines Berichts von Prof. Dr. Ra. vom 17.03.2014 u.a. vorgebracht, die Art der Gesundheitsstörungen werde zwar im Wesentlichen angemessen beurteilt, jedoch würden die funktionellen Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen von den Gutachtern nicht adäquat eingeschätzt und bewertet. Der Gutachter attestiere zwar Missempfindungen der Beine, sehe jedoch keine wesentlichen Auswirkungen auf alltägliche Verrichtungen, was sich widerspreche. Auch lägen nach Dr. Kö. keineswegs nur Missempfindungen vor, sondern vielmehr ausgeprägte peripher neuropathische Brennschmerzen mit erheblichen Auswirkungen auf den Alltag. Es sei auch ein erheblicher Unterschied, ob jemand mit einer Polyneuropathie Schmerzen habe oder aber nach einer Bandscheiben-OP oder nicht. Auch der Verweis darauf, dass ein Verzicht auf weitergehende Therapieversuche gegen einen erheblichen Leidensdruck spreche, sei nicht schlüssig. Die durchgeführten Behandlungen seien nur zum Teil effektiv gewesen. Es könne keineswegs Sinn einer ärztlichen Intervention sein, letztendlich unwirksam und gleichzeitig schlecht verträgliche medikamentöse Maßnahmen zu veranlassen und dabei ihre funktionellen Beeinträchtigungen iatrogen nur noch zu verstärken.

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines neurologischen Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) beim Facharzt für Neurologie, Facharzt für Pädiatrie und Dozent der Psychotraumatologie Prof. Dr. Sa ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 01.02.2015 (Blatt 62/76 der SG-Akte) ein chronisches nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom mit einer regionalen vegetativen Störung i.S. einer Kausalgie beschrieben. Neben den subjektiven Einschränkungen seien motorische, vegetative und trophische Fähigkeitsstörungen objektivierbar. Motorisch seien Bein und Fuß i.S. eines ‚Neglects‘ vor allem bei der Bewältigung komplexer Bewegungen an Bewegungsübergängen beeinträchtigt. Vegetativ/trophisch gehe der fixierte Carpopedal-Spasmus mit einer regionalen vaskulär/metabolischen Regulationsstörung

einher, wodurch i.S. circulus vitiosus die gewohnte Gebrauchsfähigkeit von Bein und Fuß eingeschränkt sei. Bei Kausalgie werde die MdE mit 50 angegeben. Der Gesamt-GdB betrage 50.

Hierzu hat sich die Klägerin mit Schreiben vom 06.02.2015 (Blatt 77/79 der SG-Akte) geäußert. Das Gutachten orientiere sich an den vorgegebenen Leitlinien zur Schmerzbegutachtung und sei auf die Beurteilung der Bewältigung des Alltags und der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit fokussiert. Diese funktionale Gesamtwürdigung beziehe sich offensichtlich ausschließlich auf die Gesundheitsstörungen auf dem Fachgebiet der Neurologie. Es lägen jedoch auch degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, ein operierter Bandscheibenschaden und Arthralgien vor, welche ihrerseits mit GdB zu bewerten seien, sodass sich tatsächlich ein Gesamt-GdB von zumindest 70 ergebe.

Der Beklagte hat unter Hinweis auf die vorgelegte versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 09.04.2015 (Blatt 82 der SG-Akte) an ihrer Rechtsauffassung festgehalten.

Mit Urteil vom 28.10.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage sei zulässig, aber unbegründet, denn der GdB für den Behinderungszustand der Klägerin sei vom Beklagten mit 30 zutreffend bewertet worden. Die hauptsächliche Behinderung der Klägerin liege auf neurologisch-schmerzmedizinischem Gebiet und bestehe in Schmerzen im Zusammenhang mit Verkrampfungen der Fußsohlen und der Beine sowie im Zusammenhang mit einem im Tagesverlauf zunehmenden Schraubstockgefühl an den Unterschenkeln, die die Klägerin auf eine mehrmalige Operation im Bereich eines Bandscheibenvorfalls bei Lendenwirbelkörper 3/4 im Jahr 2009 zurückführe. Wesentliche Beschwerden seitens des operierten Bandscheibenvorfalls hätten nicht bestanden und hätten auch bei der Begutachtung durch Prof. Sa. nicht im Fokus gestanden. Schwierig gestalte sich die genaue diagnostische Bezeichnung der dem Schmerzbild zugrundeliegenden Erkrankungen und die Bewertung des unter Berücksichtigung funktioneller Einschränkungen und des Ausmaßes der Einschränkungen im Alltagsleben und in den sozialen Kontakten zu vergebenden Gesamt-GdB. Die Kammer schließe sich hier im Ergebnis dem Sachverständigen Prof. S. an und halte die Behinderung mit einem GdB von 30 für richtig bewertet.

Gegen das ihrer Bevollmächtigten am 23.11.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin unter Vorlage eines Berichts von Dr. Ko. vom 23.04.2014 (Blatt 7 der Senatsakte) am 14.12.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Entgegen dem SG sei der GdB mit 30 nicht zutreffend bewertet. Das SG habe zur mündlichen Urteilsbegründung darauf Bezug genommen, sie vermöge schlagfertig zu antworten, es bestehe bei ihr eine Wachheit und Aufmerksamkeit, ein rasches Antworten und rasche Einwände. Darüber hinaus differierten ihre Angaben zum nächtlichen Aufwachen, ebenso ihre Angaben zur Einnahme von Schmerzmitteln. Diese mündliche Begründung vermöge nicht zu überzeugen, weil ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen insbesondere auf neurologischem Fachgebiet lägen, wobei sich die Beeinträchtigungen insbesondere auf Schmerzen in den Füßen bezögen und daneben auf Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet. Ihre kognitiven Fähigkeiten seien keineswegs beeinträchtigt. In der schriftlichen Urteilsbegründung führe das SG u.a. aus, es könne die von Prof. Sa. in seinem Gerichtsgutachten postulierten erheblichen Konsequenzen des Schmerzsyndroms für die Bewältigung des Alltags und für die Lebensfähigkeit in diesem Ausmaß erkennen. Tatsächlich sei das SG jedoch auch in der Verhandlung nicht bereit gewesen, wie angeboten, sich einen eigenen Eindruck von ihren Füßen zu verschaffen. Auch halte das SG die von Prof. Dr. Sa. vorgenommene Parallelwertung des Schmerzsyndroms mit einer schweren Kausalgie für hinreichend nachvollziehbar. Diese und auch die übrigen Behauptungen des Gerichts seien unzutreffend. Das nächtliche Aufwachen habe sich nach langjährigem Krankheitsbild durch starke Schmerzen mehr und mehr verstärkt. Sie wache mithin immer häufiger nachts schmerzbedingt auf. Hierbei verspüre sie in ihren Zehen und Füßen ein Steifheits- und Schraubstockgefühl, welches sich bis zur Wade hochziehe. Dazu kämen Krämpfe und ein Brennen, so dass sie bis zu viermal pro Nacht aufwache und für einen langen Zeitraum nicht mehr einschlafen könne. Hierdurch leide die Lebensqualität und auch das Leben in der Gemeinschaft - auch tagsüber - stark, was der Ehemann bezeugen könne. Aufgrund dessen sei es durchaus möglich, dass sie diesbezüglich unterschiedliche Angaben gemacht habe. Dies sei darauf zurückzuführen, dass es Phasen gebe, in denen sie lediglich 2-3mal nächtlich aufwache, in anderen Phasen wache sie 3-4malig auf, zu anderen Zeiten habe sie den Eindruck, ständig in der Nacht aufzuwachen, was der Ehemann bezeugen könne. Der Ehemann wache mit ihr gemeinsam nachts auf und knetet ihr sodann auch mehrmals nachts die Füße. Sie habe auch in der mündlichen Verhandlung klargestellt, dass sie früher noch regelmäßig habe Fahrrad fahren können, dies jedoch nunmehr praktisch nicht mehr könne. Seit geraumer Zeit fahre sie im Fitness-Studio auch kein Rad mehr. Soweit Prof. Dr. S. in seinem Gutachten ausführe, dass sie einerseits freihändig Treppen hoch- und hinunterlaufen könne, dann aber wieder ein kleinschrittiges gehemmtes Gangbild zeige, werde diesbezüglich ausgeführt, dass sie beim Treppenlaufen gutes Schuhwerk trage. Auch sei sie entgegen der Annahme von Prof. Dr. S. kein "zum Leiden und selbst Bemitleiden" tendierender Mensch. Sie gehe ungeachtet ihrer permanenten Schmerzen zur Arbeit, um sich von den Schmerzen abzulenken. Da die Schmerzmedikamente auch nicht unwesentliche Nebenwirkungen hätten, sei es ihre persönliche Entscheidung, trotz der durchgehend bestehenden starken Schmerzen, nicht noch stärkere Schmerzmedikamente einzunehmen. Ibuprofen habe sie aufgrund ihrer Knie-Operation eingenommen, nicht jedoch wegen der Beschwerden in ihren Füßen. Deswegen habe sie schon viele verschiedene Schmerzmittel, wie beispielsweise Lyrica 75 mg, Domperido, L-Dopa, Quentza oder Pregalealin eingenommen, welche jedoch allesamt keine Besserung bewirkt hätten. Sie habe ein Brennen in den Füßen bis zur Wade, das jeweils von Anfang an vorhanden gewesen sei. Auch sei auszuführen, dass die chronischen starken Schmerzen in ihren Füßen, welche bis in ihre Waden reichten, mit einer - auch schweren - funktionellen Auswirkung von Wirbelsäulenschäden nicht zu vergleichen seien. Sie leide permanent an diesen starken, chronischen Schmerzen, nicht lediglich über einen Zeitraum von ein paar Wochen hinweg.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28.10.2015 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 28.01.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09.2013 zu verurteilen, bei ihr einen Grad der Behinderung von 50 seit dem 25.10.2012 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Gutachtens beim Internisten, Betriebs- und Sozialmediziner Dr. Sch. sowie von Zusatzgutachten auf orthopädischem Fachgebiet beim Facharzt für Orthopädie Dr. He. und auf nervenärztlichem Fachgebiet beim Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin, Dr. Hu ... Dr. He. hat in seinem Gutachten vom 29.09.2016 (Blatt 39/64, 98/104 der Senatsakte) folgende Erkrankungen beschrieben: - Zervikalsyndrom, muskuläre Verspannungen, keine neurologischen Ausfälle, - Chronisches Lumbalsyndrom. Linkskonvexe idiopathische Lumbalskoliose geringer Ausprägung. Degenerative Veränderungen L 3

bis S I. Zustand nach Nukleotomie L 3/4 04.09.09 und Revisionsoperation. Keine neurologischen Ausfälle, - Initiale Schulterreckgelenkarthrose beidseits, - Initiale Varusgonarthrose beidseits, Patelladysplasie beidseits. Zustand nach mehrfachen arthroskopischen Operationen, - Senk-Spreizfuß beidseits. Carpedalspasmen beidseits ungeklärter Ätiologie. Die Wirbelsäulenveränderungen hat Dr. He. mit einem GdB von 20, die Beschwerden im Bereich der Kniegelenke mit einem GdB von unter 10, die Funktionsstörung im Bereich beider Füße, wobei sich die durch ein Postnukleotomiesyndrom nicht erklären ließen und auch die strumpfförmigen Missempfindungen nicht nachvollziehbar seien, mit einem GdB von 20 bewertet und den Gesamt-GdB auf 30 geschätzt.

Dr. Hu. hat in seinem Gutachten vom 26.09.2016 (Blatt 65/95 der Senatsakte) folgende Diagnosen gestellt: - Somatisierung mit somatoformen Schmerzen (F45.4) - Dissoziatives Strecken der Beine (F44) - Früher diagnostiziertes Restless-Legs-Syndrom (G25) - Ausschluss relevanter Polyneuropathie - Zustand nach Wirbelsäulen-OP vor über fünf Jahren, zum Untersuchungszeitpunkt keine relevante Reiz- oder Ausfallsymptomatik (M54). Er hat ausgeführt, dass durch die ersten beiden Diagnosen einer Somatisierung mit somatoformen Schmerzen und dissoziatives Strecken der Beine allenfalls eine leichte Beeinträchtigung bedingt werde. Das restless legs Syndrom bedinge keine Beeinträchtigung, es sei behandelbar. Eine Polyneuropathie sei ausgeschlossen. Aus der letzten Diagnose eines Zustandes nach zurückreichender Wirbelsäulen-Operation bestehe zum Untersuchungszeitpunkt keine relevante Reiz- oder Ausfallsymptomatik, und dadurch keine Funktionsbeeinträchtigung. Er hat den GdB für die Somatisierung mit somatoformen Schmerzen und das dissoziative Strecken der Beine als neurotische Fehlentwicklung mit einem GdB von 20 bewertet. Das früher diagnostizierte restless legs Syndrom, die ausgeschlossene Polyneuropathie sowie der Zustand nach Wirbelsäulen-OP vor über fünf Jahren bedingten keinen GdB. Den Gesamt-GdB hat er auf 20 geschätzt.

Dr. Sch. hat in seinem Gutachten vom 15.11.2016 (Blatt 30/104 der Senatsakte) die Somatisierung mit somatoformen Schmerzen sowie das dissoziative Strecken der Beine mit einem GdB von 20 und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und den operierten Bandscheibenschaden sowie die Arthralgien mit einem GdB von 20 bewertet. Den Gesamt-GdB hat er unter Berücksichtigung der Zusatzgutachten mit 30 bewertet.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 29.11.2016 (Blatt 105/106 der Senatsakte) ausgeführt, sie befinde sich nunmehr in Behandlung bei dem Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie Dr. N. Dieser habe nunmehr eine ausgereifte Fibromyalgie diagnostiziert. Eine Fibromyalgie bedürfe etwa 7 bis 8 Jahre bevor sie ausgereift bzw. voll entwickelt sei. Dies bedeutet, dass die sich in den letzten Jahren entwickelnde Fibromyalgie (Weichteilrheuma) bisher ärztlicherseits nicht diagnostiziert worden sei, obgleich bereits Anzeichen dafür erkennbar gewesen wären. Nach der Einschätzung des Dr. N. sei diese Fibromyalgie bedingt durch die Operation an der Bandscheibe, infolge der es zu einer Einblutung im Rücken gekommen sei. Dieses traumatische Erlebnis habe sich im Schmerzgedächtnis festgesetzt. Sie sei in den vergangenen Jahren mangels korrekter Diagnose auch nicht ordnungsgemäß ärztlich behandelt worden.

Des Weiteren hat die Klägerin schriftsätzlich beantragt (Schreiben vom 07.12.2016, Blatt 117/118 der Senatsakte), die mündliche Verhandlung zu verlegen, da sich Dr. N. nach seiner Urlaubsrückkehr im Januar 2017 zu dem Gutachten äußern wolle.

Zuletzt hat die Klägerin einen Bericht von Dr. N. vom 28.11.2016 (Blatt 122/123 der Senatsakte) vorgelegt und eine persönliche Stellungnahme abgegeben (Blatt 121 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und des beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach Durchführung der mündlichen Verhandlung am 27.01.2017 über die Berufung der Klägerin entscheiden. Zwar hatte diese schriftsätzlich die Verlegung der mündlichen Verhandlung zur Einholung einer Stellungnahme ihres neuerdings behandelnden Arztes Dr. N. zu den Gutachten der Dres. Sch., He. und Hu. beantragt, einen Antrag auf Vertagung aber in der mündlichen Verhandlung nicht mehr gestellt. Auch von Amts wegen musste der Senat die Verhandlung nicht zur Einholung weiterer Berichte bzw. Stellungnahmen von Dr. N. vertagen. Denn die Klägerin hat bereits einen aktuellen Befundbericht des Dr. N. vom 28.11.2016 vorgelegt, in dem dieser auf das Vorliegen einer Fibromyalgie-Erkrankung eingeht. In diesem Bericht hat Dr. N. keine neuen bzw. weitergehenden Erkrankungen oder Funktionsbehinderungen der Klägerin beschrieben sondern lediglich die vorhandenen und gutachterlich bewerteten Symptome nunmehr der Diagnose einer Fibromyalgie-Erkrankung zugeordnet, ohne weitergehende Funktionsbehinderungen mitzuteilen oder auch nur anzudeuten. Da nach den Vorgaben von B Nr. 18.4 VG eine Fibromyalgie-Erkrankung nach den funktionellen Auswirkungen zu beurteilen ist und vorliegend die als Ganzkörperschmerzen erlebten Schmerzen damit ein Funktionssystem übergreifen, ist eine Fibromyalgie-Erkrankung vorliegend im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu bewerten, wo bereits Dr. Hu. die von Dr. N. der Fibromyalgie zugeschriebenen, von ihm einer somatoformen Störung zugeordneten in der Sache aber gleichen Funktionsbehinderungen bewertet hat. Insoweit hat die Klägerin auch nicht vorgetragen, dass und welche weitergehenden bzw. neuen Funktionsbehinderungen, nicht Diagnosen, Dr. N. in seiner Stellungnahme zu den Gutachten beschreiben will. Damit war die Verhandlung nicht zu vertagen. Die Klägerin wird dadurch auch nicht in ihrem Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Denn sie war seit Übersendung des Gutachtens mit Schreiben vom 18.11.2016 in der Lage eine Untersuchung durch Dr. N. am 28.11.2016 in Anspruch zu nehmen und dessen Befundbericht vorzulegen.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig aber unbegründet.

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 28.01.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09.2013 ist nicht rechtswidrig. Die Klägerin wird durch die Feststellung eines GdB von 30 seit 25.10.2012 nicht in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 30.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-

Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen oder Diagnosen, auch nicht der Verschlüsselung des ICD-10 oder anderer Diagnosemanuale, sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft – gleiches gilt für alle Feststellungsstufen des GdB – nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 – oder ein anderer Wert – fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 – [B 9 SB 2/13 R](#) – [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht allein die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB. Vielmehr ist der Gesamt-GdB durch einen wertenden Vergleich dadurch zu bilden, dass die in dem zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Ordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen in Beziehung zu setzen sind – z.B. ist bei Feststellung der Schwerbehinderung der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen. Maßgeblich sind damit grds. weder Erkrankungen oder deren Schlüsselung in Diagnosemanualen an sich noch ob eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgetreten ist, sondern ob und wie stark die funktionellen Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen bzw. ärztlich objektivierten Erkrankungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) anhand eines abstrakten Bemessungsrahmens (Senatsurteil 26.09.2014 – [L 8 SB 5215/13](#) – juris RdNr. 31) beeinträchtigen. Dies ist – wie dargestellt – anhand eines Vergleichs mit den in den VG gelisteten Fällen z.B. eines GdB von 50 festzustellen. Soweit Dr. Ko. in seinem Bericht vom 23.04.2014 (Blatt 7 der Senatsakte) diesen Vergleich – z.B. mit einem Unterschenkelamputierten – als irrig bezeichnet, verkennt er schlicht die rechtlichen Rahmenbedingungen der Feststellung des GdB und lässt auch die einschlägige Rechtsprechung des BSG außer Betracht.

Letztlich handelt es sich bei der GdB-Bewertung nämlich nicht um eine soziale Bewertung von Krankheit und Leid, sondern um eine anhand rechtlicher Rahmenbedingungen vorzunehmende, funktionell ausgerichtete Feststellung.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau einen höheren Gesamt-GdB als 30 nicht rechtfertigen.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, war ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Nach den B Nr. 18.9 VG ist bei Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) ein GdB von 30 und mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ein GdB von 30 bis 40 gerechtfertigt. Maßgebend ist dabei, dass die Bewertungsstufe GdB 30 bis 40 erst erreicht wird, wenn mittelgradige bis schwere funktionelle Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten vorliegen. Die Obergrenze des GdB von 40 ist danach erreicht bei schweren Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten (Senatsurteil 24.01.2014 – [L 8 SB 2497/11](#) – juris und [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Erst bei Wirbelsäulenschäden mit besonders schweren Auswirkungen (z.B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst (z.B. Milwaukee-Korsett); schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb) ist ein GdB von 50 bis 70 und bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit ein GdB von 80 bis 100 gerechtfertigt.

Der Senat konnte in diesem Funktionssystem anhand des Gutachtens von Dr. He. ein Zervikalsyndrom, muskuläre Verspannungen und ein chronisches Lumbalsyndrom bei linkskonvexer idiopathischer Lumbalskoliose sowie degenerative Veränderungen in Bereich L 3 bis S 1 bei Zustand nach Nukleotomie L 3/4 am 04.09.09 und Revisionsoperation feststellen.

Bei seiner ambulanten Untersuchung der Klägerin konnte Dr. He. eine im Lot stehende Wirbelsäule bei Schulter- und Beckengeradstand und diskret ausgeprägter linkskonvexe Seitenausbiegung, zartem Lendenwulst linksseitig, asymmetrisch gezeichneten Tailliendreiecken und abgeflachten kyphotischen und lordotischen Schwingungen beschreiben. Die Schulterblätter lagen dem Rumpf seitlich normal an. Der Brustkorb war symmetrisch bei normalen Atemexkursionen. Eine Rippenbuckelbildung bestand nicht, jedoch eine mäßig kräftig ausgebildete Rückenstreck-, Schultergürtel-, Brust- und Bauchmuskulatur beidseits. Verspannungen der Muskulatur bestanden im Bereich der Hals- und Schultergürtelmuskulatur sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule. Im Bereich des lumbo-sakralen Überganges fanden sich

Muskelverhärtungen im Bereich der Rückenstrecker. Ansonsten bestand ein unauffällig normaler Muskeltonus. Im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule fanden sich über den Dornfortsätzen L 3 bis L 5 eine 4 cm lange, reizlose Narbe nach Nukleotomie.

Der Aufrichterversuch wurde ohne Angabe von Schmerzen und ohne Hilfestellung ausgeführt. Ein Beckenstauchungs- und Verwringsschmerz bestand nicht. Beim Vorwärtsbeugen des Rumpfes mit gestreckten Kniegelenken hat die Klägerin ohne Angabe von Schmerzen ein Finger-Boden-Abstand von 20 cm erreicht. Die Entfaltung der Dornfortsatzreihe war bei Inklinaton und Reklination nicht eingeschränkt. Die Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule war nicht eingeschränkt. Die Rechtsneigung betrug 30 Grad, ebenso die Linksneigung. Die Rumpfdrehung betrug rechts und links jeweils 25 Grad. Der Dreiphasentest war beidseits negativ. Das Ott'sche Zeichen der BWS betrug 28,5/30/32,0 cm, das Schober'sche Zeichen der LWS 8,5/10/14,0 cm. Das Lasègue-Zeichen war beidseits negativ. Dr. He. hat folgende Bewegungsmaße gemessen:

Beweglichkeit der Halswirbelsäule Beugung-Streckung 40-0-60 Seitneigen re/li 40-0-40 Drehung re/li 80-0-80 Kinn-Sternum-Abstand maximal 19,0 cm, minimal 1,0 cm.

Im Bereich der Wirbelsäule hat die Klägerin paravertebral Druckbeschwerden im Bereich der Nackenstrecker und der caudalen Etagen der Lendenwirbelsäule angegeben. Die Dornfortsatzreihe war nicht rüttel- oder stauchempfindlich. Der Druckschmerz wurde paravertebral in die Muskulatur und über den kleinen Wirbelgelenken lokalisiert. Beim lumbalen Seitneigen sowie bei Rotationsbewegungen hat die Klägerin endgradig tieflumbale Schmerzen angegeben.

Die Röntgenaufnahmen zeigten im Bereich der Lendenwirbelsäule eine gering ausgeprägte linkskonvexe skoliotische Seitenausbiegung, einen Laminadefekt L 3 nach Nukleotomie sowie degenerative Veränderungen L 3 bis S 1. Kernspintomographisch waren im Bereich der Lendenwirbelsäule eine gering ausgeprägte, nicht raumfordernde Bandscheibenprotrusion in der Etage L 4/ 5 und ein gering ausgeprägter Rest-Bandscheibenvorfall intraforaminal in der Etage L 3/4 dokumentiert. Eine neuroforaminale Stenose oder narbige intraspinale epidurale Veränderungen fanden sich ebenso wenig wie eine spinale Enge.

Dr. He. hat mitgeteilt, dass die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule auf muskuläre Verspannungen zurückzuführen seien. Neurologische Ausfälle bestehen nicht. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien auf muskuläre Verspannungen und degenerative Veränderungen, die im Rahmen der idiopathischen Lumbalskoliose geringgradig asymmetrisch ausgeprägt seien, zurückzuführen. Außerdem bestehe ein Zustand nach Bandscheibenoperation in der Etage L 3/ 4 2009. Neurologische Ausfälle konnten auch hier nicht objektiviert werden.

Die Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule bedingen Einschränkungen in Bezug auf Tätigkeiten, die mit ständigem Bücken und ständigem Verwinden des Körpers, Heben und Tragen von Lasten sowie Arbeiten in einseitiger Körperhaltung verbunden sind. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule (Kinn-Sternum-Abstand 19 - 1 cm - normal 21 - 0 cm), im Bereich der Brustwirbelsäule (Ott'sches Zeichen der BWS 32,0 cm - normal 33 cm) und im Bereich der Lendenwirbelsäule (Schober'sches Zeichen der LWS 14,0 cm - normal 15,0 cm) sind jeweils nur gering ausgeprägt. Der mit 20 cm demonstrierte Finger-Boden-Abstand konnte medizinisch nur bedingt nachvollzogen werden.

Im vorliegenden Fall finden sich im Bereich der Lendenwirbelsäule radiologisch nachweisbare Veränderungen, die das altersentsprechende Ausmaß überschreiten. Die Funktion der Wirbelsäule ist im Bereich aller Wirbelsäulenabschnitte, auch der Lendenwirbelsäule, aber nur gering eingeschränkt. Neurologische Defizite konnten nicht objektiviert werden und sind auch in den vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert. Daher konnte der Senat auch unter Berücksichtigung der in die Beine projizierten Schmerzen bzw. Funktionseinschränkungen im Rahmen eines Postnukleotomiesyndromes allenfalls von mittelschweren Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgehen und diese nach B Nr. 18.9 VG mit einem Einzel-GdB von 20 bewerten. Insoweit entspricht der Senat der Bewertung durch Dr. Sch. und Dr. He. ... Auch dem Reha-Bericht aus dem Jahr 2012 und den seither zu den Akten des Beklagten, des SG und des Senats gelangten medizinischen Berichten lassen sich stärkere funktionelle Auswirkungen von mehr als sechs monatiger Dauer ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) nicht entnehmen. Daher ist kein höherer GdB als 20 anzunehmen. Insoweit konnte der Senat weder mittelschwere funktionelle Auswirkungen in mehr als einem Wirbelsäulenabschnitt noch schwere funktionelle Auswirkungen in mindestens einem Wirbelsäulenabschnitt feststellen. Bei seiner Bewertung hat der Senat die Schmerzhaftigkeit der Gesundheitsstörungen in diesem Funktionssystem und deren Ausstrahlung in die Beine mitberücksichtigt. Eine weitergehende Erhöhung des Einzel-GdB ergibt sich hieraus nicht.

Auch soweit die Klägerin eine Steifigkeit und Schmerzen in den Händen und Oberarmen auf die Wirbelsäulenoperationen bzw. die Beschwerden zurückführt, ergibt sich kein höherer Einzel-GdB. Denn der Gutachter Dr. Hu. konnte überzeugen ausführen, dass die Operationen an der LWS der Klägerin rein anatomisch nicht geeignet sind, Ausstrahlungen in die Arme und Hände zu verursachen (Blatt 88 der Senatsakte = Seite 24 des Gutachtens Dr. Hu.).

Im Funktionssystem der Arme ist die beidseitige initiale Schultergelenkarthrose zu berücksichtigen. Die funktionellen Auswirkungen dieser von Dr. He. festgestellten Erkrankung sind nach B Nr. 18.13 VG zu bewerten. Nachdem eine Versteifung des Schultergelenks, eine relevante Bewegungseinschränkung des Schultergelenks (Dr. He. hatte Bewegungsmaße von 170-0-40 bzw. 170-0-30 gemessen, Blatt 52 der Senatsakte = Seite 14 des Gutachtens), eine Instabilität des Schultergelenks, eine Schlüsselbeinpsudarthrose oder eine Verkürzung des Armes nicht vorliegt, ist insoweit nach den Vorgaben von B Nr. 18.13 VG ein Teil-GdB nicht anzusetzen. Soweit die Klägerin Steifigkeit und Schmerzen in den Händen und Oberarmen angibt, konnte keiner der Gutachter, weder der orthopädische Gutachter Dr. He. noch die neurologischen Gutachter, auch nicht Prof. Dr. Sa. , eine organische Ursache darstellen. Lässt sich aber eine Erkrankung nicht objektivieren, so kann angegebenen Funktionsbehinderungen auch kein GdB zuerkannt werden. Damit ist ein Einzel-GdB im Funktionssystem der Arme nicht anzunehmen. Soweit die angegebene Steifigkeit und die Schmerzen aber psychische Ursachen haben, worauf die Diagnose einer somatoformen Störung hindeutet, sind die funktionellen Auswirkungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu bewerten.

Im Funktionssystem der Beine bestehen eine initiale Varusgonarthrose beidseits, ein Patelladysplasie beidseits, ein Zustand nach mehrfachen arthroskopischen Operationen, ein Senk-Spreizfuß beidseits und Carpopedalspasmen (eine neuromuskulären Übererregbarkeit

bzw. durch eine Tetanie ausgelöste Krämpfe in den Händen und Füßen) beidseits ungeklärter Ätiologie. Dr. He. konnte bei seiner Begutachtung beidseits aufgefächerte Vorfußkonturen darstellen. Die Sohlenbeschwellung war unter den Mittelfußköpfchen der Zehen D II bis IV beidseits vermehrt. Die Sehnen der Zehen waren über den gesamten Fußrücken angespannt. Es besteht eine erhöhte Muskelspannung. Die Zehen waren zeitweise nach oben und unten im Sinne eines Carpedal-Spasmus gespannt. Diese Spannung konnte manuell bei der Untersuchung gelöst werden. Es bestand eine gering ausgeprägte Hallux valgus Stellung beidseits. Die Zehengrund- und Interphalangealgelenke der Zehen waren beidseits normal und annähernd seitengleich beweglich. An diesen Gelenken bestanden keine Druckschmerzen, an den Großzehengrundgelenken keine Knochenneubildungen, Kapselschwellungen oder Ergüsse. Hinweise auf isolierte Muskelatrophien bestehen sich nicht. Der Tonus der Muskulatur an den Ober- und Unterschenkeln war normal. Die Muskeln sind nicht druckdolent. Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich auslösbar. Im Bereich beider Füße hat die Klägerin strumpfförmige Pelzigkeitsgefühle bzw. Schraubstockgefühle bis über die Sprunggelenke angegeben. Weitere Missempfindungen hat sie nicht angegeben. Es besteht eine mäßig ausgeprägte Fehlstatik im Rahmen einer beidseitigen Senk- und Spreizfußverbildung.

Die Carpedalaspasmen lassen sich durch ein Postnukleotomiesyndrom nicht erklären. Auch die strumpfförmigen Missempfindungen konnten durch Dr. He. nicht nachvollzogen werden.

Insgesamt konnte der Senat unter Betrachtung der orthopädischen Erkrankungen deren Funktionsbehinderungen nach B Nr. 18.14 VG nur mit einem Vergleich zu anderen Fußdeformitäten bestimmen. Insoweit bewertet B Nr. 18.14 VG komplexe Veränderungen der Füße wie folgt: Klumpfuß je nach Funktionsstörung einseitig 20-40 beidseitig 30-60 Andere Fußdeformitäten ohne wesentliche statische Auswirkungen (z. B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) 0 mit statischer Auswirkung je nach Funktionsstörung geringen Grades 10 stärkeren Grades 20 Versteifung aller Zehen eines Fußes in günstiger Stellung 10 in ungünstiger Stellung 20

Da vorliegend zwar eine beidseitige Behinderung vorliegt, diese aber in Art und Ausmaß nicht derjenigen von beidseitigen Klumpfüßen entspricht, war der GdB insoweit bezüglich der orthopädischen Funktionsbehinderungen mit 20 anzunehmen. Insoweit folgt der Senat dem Gutachten von Dr. He ...

Zwar hatten die Klägerin und deren behandelnde Ärzte lange Zeit eine Polyneuropathie angenommen, doch konnte der Bericht der Neurologischen Klinik S. vom 11.05.2016 (Blatt 101/104 der Senatsakte) eine Polyneuropathie ausschließen. Auch der Gutachter Dr. Hu. konnte eine solche Erkrankung ausschließen, sodass insoweit ein weiterer Teil-GdB im Funktionssystem der Beine nicht anzunehmen war.

Die Beschwerden im Bereich der Kniegelenke im Rahmen der medialisseitig initial ausgeprägten Veränderungen und der unzureichenden Kniescheibenführung beidseitig bedingen mit dem Gutachter Dr. He. einen GdB von unter 10. Dies ist für den Senat angesichts der Vorgaben von B Nr. 18.14 VG überzeugend. Denn insoweit besteht weder eine relevante Bewegungseinschränkung noch eine Versteifung des Knies, eine Lockerung des Kniebandapparates, ein Kniescheibenbruch oder eine habituelle Kniescheibenverrenkung. Auch Reizerscheinungen liegen nicht vor. Die Veränderungen im Bereich der Kniegelenke führen zu einer Einschränkung in Bezug auf überwiegend hockende und kniende Tätigkeiten sowie auf Tätigkeiten, die ein Steigen auf Treppen und Leitern erfordern. Eine allgemeine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann daraus aber nicht abgeleitet werden, sodass ein Teil-GdB nicht anzusetzen war.

Soweit die Klägerin Schmerzen und Missempfindungen, Schraubstock- und Steifigkeitsgefühle, Brennschmerzen usw. im Bereich der beiden Beine angegeben hat, so ist insoweit ein GdB im Funktionssystem der Beine nicht anzusetzen. Insoweit konnten die Gutachter Dr. He. und Dr. Hu., aber auch Prof. Dr. S. keine organische Erklärung für diese angegebenen Beschwerden finden. Soweit letzterer ein restless legs Syndrom und eine Small-fiber-Neuropathie angenommen hat, ist jedenfalls durch den Bericht der Klinik S. vom 11.05.2016 (Blatt 101/104 der Senatsakte) eine Polyneuropathie ausgeschlossen. Das vor allem nachts auftretende Restless-legs-Syndrom beeinflusst zwar den Schlaf der Klägerin, hat aber darüber hinaus keine weitergehenden messbaren funktionellen Teilhabebeeinträchtigungen zur Folge. So hat auch die Klägerin gegenüber den Gutachtern erklärt, dass das restless legs Syndrom eher im Hintergrund stehe.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat den Einzel-GdB im Funktionssystem der Beine lediglich mit 20 feststellen. Soweit zuletzt die Schmerzen und Missempfindungen bzw. Gefühlsstörungen ("Schraubstockgefühl") nicht mehr mit einer Polyneuropathie oder einer small-fiber-Neuropathie erklärt wurden (vgl. Bericht Dr. N.), sondern mit einer Fibromyalgie, ist diese Erkrankung nicht im Funktionssystem der Beine, sondern wegen der ein Funktionssystem übergreifenden Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu bewerten.

Der Senat konnte dem Gutachten von Prof. Dr. Sa. nicht folgen. Dieser hat ein chronisches Schmerzsyndrom beschrieben, das regional begrenzt sei und "in die Nähe einer Kausalgie" rücke. Die von ihm beschriebenen motorischen, vegetativen und trophischen Störungen wurden – mit anderen Worten – im Ergebnis auch von Dr. Hu. und Prof. Dr. S. so beschrieben. Soweit er aber die Schmerzen durch Gewebeschäden erklärt, können diese nicht mehr einem chronischen Schmerzsyndrom zugewiesen werden. Vielmehr sind diese dann im Zusammenhang mit der GdB-Bewertung dieser Gewebeschäden zu beurteilen, was der Senat auch getan hat (vgl. oben zur Wirbelsäule und dem Bandscheibenleiden sowie zum Fuß). So umfassen die in der GdB-Tabelle angegebenen Werte im Rahmen der GdB-Bewertung nach A Nr. 2 Buchst. j) VG die üblicherweise vorhandenen Schmerzen und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Der Senat hat sowohl bei der Wirbelsäule als auch den Füßen nicht nur übliche sondern darüber hinausgehende Schmerzen erhöhend mitberücksichtigt, denn anderenfalls wäre der Einzel-GdB jeweils niedriger festzusetzen gewesen.

Insoweit können auch nur nachgewiesene Kausalgien oder Schmerzsyndrome GdB-relevant berücksichtigt werden. Vorliegend hat zwar Prof. Dr. Sa. ein Schmerzsyndrom dargelegt, was im Ergebnis der von Dr. Hu. beschriebenen Somatisierung mit somatoformen Schmerzen entspricht, doch konnte eine Kausalgie nicht objektiviert werden. Insoweit geht Prof. Dr. Sa. selbst nicht vom Vorliegen einer solchen Kausalgie aus, denn er rückt die Schmerzsymptomatik lediglich in die Nähe einer Kausalgie. Dies bedeutet aber auch, dass eine solche weder vorliegt noch die vorliegenden Funktionsbehinderungen gleich wie eine Kausalgie zu bewerten sind. Insoweit bewertet Prof. Dr. Sa. nach seinen eigenen Worten "die Aetio-pathogenese, die Beschwerdeschilderung und die Befunderhebung", obwohl für die GdB-Bewertung

lediglich die funktionellen Auswirkungen der Erkrankung relevant sind. Es kommt mithin nicht darauf an, wie stark die Schmerzen sind, sondern wie sie sich funktionell auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Insoweit nimmt aber Prof. Dr. Sa. mit seinem Hinweis auf die Bewertung der "Beschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in Alltag und Beruf durch das chronische Schmerzsyndrom" eine Bewertung nach den Maßstäben der für psychische Erkrankungen geltenden Vorgaben gemäß B Nr. 3.7 VG Bezug.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ist bei der Klägerin vor allem die Schmerzerkrankung zu bewerten. Dabei spielt es keine entscheidende Rolle, ob diese Erkrankung als chronisches regionales Schmerzsyndrom "in die Nähe einer Kausalgie", als Somatisierung mit somatoformen Schmerzen oder als Fibromyalgie diagnostiziert wird. Denn bei allen diesen Erkrankungen steht die besondere Schmerzhaftigkeit und – hinsichtlich der GdB-Bewertung – deren funktionelle Ausfälle im Mittelpunkt. So sind nach B Nr. 18.4 VG die Fibromyalgie und ähnliche Syndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen, was bei nicht organisch erklärbaren und nicht einem konkreten Funktionssystem zuordnungsfähigen Schmerzen eine Bewertung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche bedeutet.

Hier konnte der Senat eine Erkrankung im Ausprägungsgrad einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen. Zwar hat Dr. Hu. eine somatoforme Störung beschrieben, doch genügt – auch wenn eine solche Erkrankung als Regelbeispiel einer stärker behindernden Störung in B Nr. 3.7 VG genannt ist – alleine die Diagnose nicht, um bereits den GdB-Rahmen von 30 bis 40 zu eröffnen. Vielmehr muss eine tatsächlich vorhandene wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nachgewiesen sein.

Vom Vorliegen einer solchen wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit konnte sich der Senat aber nicht überzeugen. Denn die Klägerin hat bis zum Beginn der Rente wegen Vollendung des 63. Lebensjahres im Juli 2016 in einem Kaufhaus in Teilzeit (100 Stunden im Monat) gearbeitet, was eine Strukturierung und Organisation des Tagesablaufs und auch gehäufte soziale Kontakte bedeutet hatte. Auch nach Beginn der Rente hat die Klägerin, wie sie dem Gutachter Dr. Hu. mitgeteilt hat, ein reges Sozialleben. Sie arbeitet weiterhin auf 430 EUR-Basis für sechs Stunden in der Woche am alten Arbeitsplatz. Sie hat Freude an den Enkelkindern und der Tochter, die sie täglich sieht und mit denen sie den Europapark besucht. Die Klägerin erledigt den eigenen Haushalt und schaut nach den Aufgaben der Enkelkinder. Sie geht regelmäßig mehrfach am Tag für mindestens eine halbe Stunde mit dem Hund der Tochter Gassi. Auch hat sie Dr. Hu. eine F. in beschrieben, mit der sie viel mache. Auch einen großen Bekanntenkreis hat sie angegeben (zum Ganzen vgl. Blatt 76, 78/79 der Senatsakte = Seite 12, 14/15 des Gutachtens). Insoweit mag zwar der Tagesablauf durch die angegebenen Schmerzen und Krämpfe subjektiv beeinflusst sein, doch konnte der Senat aus den vielfältigen Aktivitäten der Klägerin weder einen sozialen Rückzug erkennen noch dass der Tagesablauf durch das Vorhandensein der Schmerzen vollständig determiniert wäre. Insbesondere beeinflussen die Krämpfe – Dr. Hu. spricht insoweit auch von einem dissoziativen Strecken der Beine – und Schmerzen den Tagesablauf nicht so stark, dass auch alltägliche Erledigungen nur noch gegen Widerstand durchgeführt werden könnten.

Zutreffend weist die Klägerin darauf hin, dass die Schmerzen auch während der dargestellten Aktivitäten bestehen. Das widerspricht aber der vom Senat getroffenen Feststellung nicht. Denn GdB-relevant ist nicht, ob die Schmerzen während der Aktivitäten der Klägerin vorhanden sind oder nicht, maßgeblich ist vielmehr, welche funktionellen Auswirkungen die angegebenen Schmerzen konkret haben. Hier musste der Senat aber feststellen, dass die Klägerin trotz der angegebenen dauerhaft bestehenden Schmerzen und auftretenden Krämpfe zu einem voll ausgefüllten Tagesablauf mit vielfältigen Kontakten und Aktivitäten sowie Bewegung in der Lage ist, weshalb er eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen konnte. So war die Klägerin, wie sie in der mündlichen Verhandlung angegeben hat, während der Arbeitstätigkeit wegen der Schmerzbeschwerden nicht arbeitsunfähig geschrieben worden; sie hat sich vielmehr "durchgebissen". Dies lässt einerseits zwar auf eine Schmerzerkrankung schließen, zeigt aber zugleich auch, dass die Klägerin in der Lage war, ihren Alltag mit den vorhandenen Erkrankungen zu organisieren und zu bewältigen, was ein Zeichen für eine eher geringe funktionelle Einschränkung der Teilhabefähigkeit ist. Dass die Klägerin tatsächlich bestehende funktionelle Leiden insoweit dekompenziert hat, konnte der Senat nicht feststellen. Daher konnte der Senat auch insoweit eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen. Auch der Gutachter Prof. Dr. Sa. hat insoweit keine Befunde erhoben, die eine solche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit begründen könnten. Zwar hat er z.B. von einer Einschränkung beim Fahrradfahren und im Fitnessstudio sowie von Schmerzen beim Gehen während der Arbeit und in Ruhe, vor allem nachts, gesprochen, doch bedeuten solche einzelnen Einschränkungen gerade noch keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die im Hinblick auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weit zu verstehen ist. Vielmehr zeigen diese einzelnen Einschränkungen, dass die Klägerin in der Lage ist, ihren Tagesablauf und ihr soziales Leben auf die bestehenden Gesundheitsstörungen hin auszurichten und zu organisieren. Gerade diese Fähigkeit zeigt aber das Nichtvorhandensein einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Der Senat konnte damit die Funktionsbehinderungen der Klägerin im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche lediglich am oberen Rand der für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen vorgesehenen GdB-Rahmens nach B Nr.3.7 VG annehmen und den Einzel-GdB daher mit 20 feststellen. Insoweit folgt der Senat der Beurteilung durch Prof. Dr. S. und Dr. Hu. sowie Dr. Sch ...

Die von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung angegebenen Krampfanfällen mit Dauern bis zu mehreren Tagen konnte der Senat nicht als objektiviert feststellen. Denn dem Gutachter Dr. Hu. hat sie mitgeteilt (Blatt 74 der Senatsakte = Seite 10 des Gutachtens), ein Schub könne eine halbe Stunde, auch einmal zwei Stunden dauern. "Es komme dann plötzlich, dauere unterschiedlich lange, es könne fünfmal am Tag kommen oder auch nicht." Von tageandauernden Schüben war hier und in den weiteren Begutachtungen nicht die Rede. Auch dass eine Verschlechterung nach der Begutachtung durch Dr. Hu. eingetreten wäre, konnte der Senat nicht feststellen. Dies ist nicht vorgetragen worden. Angesichts dieser widersprüchlichen Angaben konnte der Senat eine Teilhabebeeinträchtigung über mehrere Tage, an denen die Klägerin, wie sie in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat, nicht einmal mehr das Haus verlassen oder den Haushalt erledigen könne, nicht feststellen, weshalb ein höherer GdB nicht anzunehmen war.

In seiner Bewertung bestätigt sieht sich der Senat durch den von Dr. Hu. mitgeteilten psychischen Befund, der im Wesentlichen auch dem bei Prof. Dr. Sa. erhobenen Befund entspricht. So war die Klägerin bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich und zur Person voll orientiert und im Gedankengang formal geordnet. Es bestanden keine Hinweise auf Wahn, Halluzination, Ich-Störung, manisches Erleben oder für ein höhergradiges hirnorganisches Psychosyndrom. Die mnestischen und intellektuellen Funktionen waren für einfache bis durchschnittliche Anforderungen ausreichend. Die Klägerin ist zwar klagsam, auf die Schmerzen fokussiert, jedoch nicht depressiv. Die affektive

Schwingungsfähigkeit, der Antrieb und die Psychomotorik waren unauffällig. Es bestand ein sehr schnelles Kommunikationsverhalten.

Aus dem Bericht des Dr. N. vom 28.11.2016 ergibt sich nichts anderes. Dr. N. schließt eine entzündlich-rheumatische Erkrankung aus und verweist unter Bezugnahme auf die S3-Leitlinien (dazu Senatsurteil vom 27.01.2017 – [L 8 SB 884/16](#) -) auf die "aus seiner Sicht" im Vordergrund stehenden somatoformen Faktoren. Diese hat der Senat aber bereits zuvor berücksichtigt. Soweit Dr. N. depressive Aspekte betrachtet, konnte der Senat auch aufgrund der mündlichen Verhandlung keine weitergehenden Funktionsbehinderungen feststellen, die eine höhere GdB-Bewertung rechtfertigten.

Soweit die Klägerin in ihrer zuletzt vorgelegten Stellungnahme geltend macht, es bestünden nicht nur leichte Schmerzen, so muss der Senat darauf hinweisen, dass vorliegend auch nicht lediglich leichte Schmerzen berücksichtigt wurden. Vielmehr hat der Senat bei in den Funktionssystemen des Rumpfes, der Beine und des Gehirns einschließlich der Psyche erhebliche Schmerzen bewertet. Lediglich hat der Senat feststellen müssen, dass bei der Klägerin dennoch keine Funktionsbehinderungen bestehen, die in den jeweiligen Funktionssystemen GdB-Bewertungen höher als jeweils 20 rechtfertigten.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen, wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung des GdB unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Insoweit ist für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nach den allgemeinen Beschreibungen in den einleitenden Teilen der VG als Maßstab der Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen anderer Behinderungen anzustellen, für die im Tabellenteil ein Wert von 50 fest vorgegeben ist (BSG 16.12.2014 – [B 9 SB 2/13 R](#) – SozR 4-3250 § 69 Nr. 18 = juris).

Ein weiteres Gutachten war mithin weder von Amts wegen einzuholen noch hat die Klägerin einen Antrag auf Begutachtung gestellt.

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine und - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von drei zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 20 auszugehen ist, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i.H.v. insgesamt mehr als 30 nicht feststellen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass in allen drei Einzel-GdB besondere Schmerzen mitberücksichtigt wurden, die gerade auch im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zusätzlich noch berücksichtigt wurden. Überschneiden sich diese Bewertungen daher erheblich, kommt vorliegend lediglich ein Gesamt-GdB von 30 in Betracht. Insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei der Klägerin insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und denjenigen Fällen, für die die VG einen GdB von 40 bzw. 50 vorsehen, andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass die Funktionsbehinderungen der Klägerin nicht mit den in den VG für einen GdB von 40 und mehr vorgesehenen Funktionsbehinderungen als vergleichbar schwer anzusehen sind. Damit hat sie keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-16