

L 8 SB 4850/17

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 2 SB 1880/15

Datum

29.11.2017

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 SB 4850/17

Datum

20.07.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.11.2017 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 höhere (Neu-)Feststellung des Grades der Behinderung (GdB 50 statt 40) seit 20.11.2014 zusteht.

Bei der 1962 geborenen Klägerin stellte das Landratsamt F. (LRA) in Ausführung eines gerichtlichen Vergleichs (Blatt 139/140 der Beklagtenakte) mit Bescheid vom 20.02.2014 (Blatt 141/142 der Beklagtenakte) den GdB seit 18.09.2012 mit 40 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Depressive Verstimmung, Migräne, Fibromyalgiesyndrom, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Knorpelschäden am rechten Kniegelenk).

Am 20.11.2014 beantragte die Klägerin beim LRA (Blatt 147/161 der Beklagtenakte) unter Vorlage ärztlicher Berichte die höhere Neufeststellung des GdB. Zu ihrem Antrag verwies sie auf eine Depression, ein Fibromyalgiesyndrom, eine Schwerhörigkeit und Tinnitus, eine Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (HWS, BWS und LWS), eine Funktionsbehinderung beider Knie, des rechten Hüftgelenks und der rechten Schulter sowie auf eine Migräne.

Das LRA gab das Verwaltungsverfahren an das LRA R. ab (Blatt 162 der Beklagtenakte), das von der die Klägerin behandelnden Allgemeinmedizinerin Dr. S. und vom HNO-Arzt Dr. H. Auskünfte samt Befundunterlagen beizog (dazu Blatt 169/190, 193/198 der Beklagtenakte).

Dr. Z. schätzte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 20.01.2015 (Blatt 199/200 der Beklagtenakte) den GdB auf 40 (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Migräne, seelische Störung (GdB 30); Fibromyalgiesyndrom, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 20); Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (GdB 20); Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Knorpelschäden am rechten Kniegelenk (GdB 10)).

Mit Bescheid vom 21.02.2015 (Blatt 201/202 der Beklagtenakte) lehnte das LRA R. die höhere (Neu-)Feststellung des GdB ab.

Hiergegen erhob die Klägerin am 29.01.2015 Widerspruch (Blatt 204 der Beklagtenakte), zu dessen Begründung (Blatt 206/212 der Beklagtenakte) sie in Folge einer höheren Bewertung der Einzel-GdB (seelische Störung (GdB 30); Migräne (GdB 20); Fibromyalgiesyndrom (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 20); Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (GdB 30); Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks, Knorpelschäden am rechten Kniegelenk (GdB 20)) die Erhöhung des Gesamt-GdB auf mindestens 50 verlangte.

Das LRA R. zog vom Orthopäden Dr. Hi. vom MVZ B. Befundangaben bei (dazu Blatt 223 der Beklagtenakte).

Der Beklagte wies nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. R. (Blatt 224/225 der Beklagtenakte) den Widerspruch der Klägerin durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – zurück (Widerspruchsbescheid vom 26.05.2015, Blatt 227/228 der Beklagtenakte).

Am 11.06.2015 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben und unter Wiederholung ihres Vorbringens aus dem Widerspruchsverfahren ihr Begehren fortgeführt.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 26/40, 41/42, 43/44 und 45/60 der SG-Akte Bezug genommen. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. S. hat (Schreiben vom 04.08.2015) den GdB mit mehr als 50 eingeschätzt. Der Facharzt für Orthopädie Dr. Hi. hat mit Schreiben vom 31.07.2015 ausgeführt, da keine neurologischen Ausfälle im Bereich der oberen Extremitäten nachweisbar seien, sei das cervicobrachiale Syndrom mit 10 %, die Fibromyalgie mit 20 % und auch die Kniegelenksproblematik mit deutlicher röntgenologischer Schädigung des Knorpels mit 20 % einzuschätzen. Dr. B., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hat dem SG am 10.08.2015 geschrieben, im Hinblick auf die chronifizierte Depression schätze er den GdB auf mindestens 20 v.H., im Hinblick auf die Migräne auf 10 v.H. Der Arzt für HNO-Heilkunde Dr. H. hat ausgeführt (Schreiben vom 18.08.2015), es bestehe eine Hörminderung und Tinnitus, die aufgrund einer Verschlimmerung nach wie vor mit einem GdB von 20 eingeschätzt würden.

Nachdem sich der Beklagte unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 22.12.2015 (Blatt 66/67 der SG-Akte) geäußert hatte, hat das SG beim Arzt für Orthopädie Dr. M. und beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. N. Gutachten eingeholt. Dr. M. hat in seinem Gutachten vom 30.03.2016 (Blatt 73/88 der SG-Akte; Untersuchung der Klägerin am 29.03.2016) ein Fibromyalgiesyndrom, eine beginnende Gonarthrose rechts bei freier Funktion ohne entzündliche Reizerscheinungen bei patellofermoralem Schmerzsyndrom, rückfällig auftretende Schmerzen mit Blockierung im gesamten Wirbelsäulenbereich, derzeit ohne Funktionsstörung, ohne Wurzelreiz und radiologisch (Halswirbelsäule) ohne altersvoraussetzenden Befunde, eine Beinverkürzung links um 1 cm sowie eine verbliebene Medianusläsion links nach Carpal tunneloperation angegeben. Das Wirbelsäulensyndrom hat er mit einem GdB von 20, die Kniegelenksarthrose rechts mit einem GdB von 10 bewertet.

Dr. N. hat in seinem Gutachten vom 15.07.2016 (Blatt 89/123 der SG-Akte; Untersuchung der Klägerin am 13.06.2016) ein Fibromyalgiesyndrom im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eine Dysthymia, eine sensible Funktionsstörung im Bereich der ersten drei Finger links, einen Kopfschmerz vom Migränetyp sowie eine rezidivierende depressive Störung "derzeit remittiert" angegeben und das Fibromyalgiesyndrom im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit einem GdB von 30, die Dysthymia mit einem GdB von 20 und den Kopfschmerz vom Migränetyp mit einem GdB von 10 bewertet. Die sensible Funktionsstörung der linken Hand bedinge keinen GdB. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Das SG hat nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten beim Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. B. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 06.04.2017 (Blatt 134/165 der SG-Akte; Untersuchung der Klägerin am 30.01.2017) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Sinne einer Fibromyalgie, ein myofasiales Schmerzsyndrom, ein Wirbelsäulensyndrom, eine Kniegelenksarthrose, eine Rhizarthrose beidseits, Spreizfuß, einen Zustand nach Karpaltunnelsyndrom beidseitig, eine mittelgradige depressive Episode, eine Migräne, Kopfschmerzen, eine Hypakusis beidseitig, einen Tinnitus beidseitig, eine Reizblase, eine Obstipation sowie eine Divertikulose des Dickdarms ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung diagnostiziert. Den Gesamt-GdB hat er mit 50 bemessen.

Der Beklagte hat nunmehr die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. vom 27.07.2017 (Blatt 171/172 der SG-Akte) vorgelegt, der den GdB weiterhin mit 40 bewertet hat (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Seelische Störung, Fibromyalgiesyndrom (somatoforme Schmerzstörung), Migräne (GdB 30); degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (GdB 20); Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen (GdB 20); Knorpelschäden am rechten Kniegelenk (GdB 10)).

Das SG hat mit Urteil vom 29.11.2017 die Klage abgewiesen. Der Bescheid vom 21.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.05.2015 sei rechtmäßig. Der Beklagte habe die Erhöhung des Gesamt-GdB zu Recht abgelehnt.

Gegen das ihrer Bevollmächtigten am 11.12.2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21.12.2017 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Unzutreffend habe das SG lediglich einen GdB von 40 angenommen. Die Funktionsbeeinträchtigungen rechtfertigten die Feststellung eines GdB von mindestens 50. Die Depressionserkrankung einhergehend mit einem stark ausgeprägten psychovegetativen Erschöpfungssyndrom bedinge aufgrund ihrer schweren Auswirkungen einen GdB von mindestens 30. Es handele es sich um eine rezidivierende depressive Störung mit massiven kognitiven Leistungseinbußen. Aus dem Bericht der Dr. S. gehe hervor, dass sich die depressive Symptomatik erheblich verschlechtert habe. Sie leide an vegetativen Erschöpfungszuständen, erheblicher Niedergeschlagenheit, innerer Unruhe und Antriebslosigkeit, starken Stimmungsschwankungen, Ängsten mit Vermeidungsverhalten, Grübeleien, sozialem Rückzug sowie Sinnkrisen verbunden mit Selbstzweifeln. Es bestünden ausgeprägte Schlafstörungen sowie Einschränkungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisstörungen, die das Leistungsvermögen erheblich herabsetzten. Sie befinde sich in ständiger psychiatrischer und psychologischer Behandlung und sei seit langem auf die Dauereinnahme diverser Psychopharmaka angewiesen. Es bestünden organpathologische Manifestationen der psychischen Erkrankung in Form eines myofasziellen Schmerzsyndroms, das den Schwerpunkt der Beeinträchtigungen darstelle. Sie leide seit vielen Jahren unter einem ausgeprägten therapieresistenten Schmerzsyndrom vom Fibromyalgie-Typ mit Schmerzen an allen Tenderpoints und starken psychovegetativen Störungen, das zunehmend zu massiven sozialen Anpassungsschwierigkeiten führe. Es bestünden massive Schmerzen in sämtlichen Körperregionen, Schulter- und Nackenbereich, Ellenbogen, Hände, Rücken, Beine und Füße, Hüft- und Kniegelenke. Bei der Erkrankung der Fibromyalgie handele es sich mithin um eine Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die mit einem weiteren Einzel-GdB von 30 einzustufen sei. Aufgrund der fehlenden therapeutischen Beeinflussbarkeit der Fibromyalgie bewerte der Gutachter Dr. B. diese Erkrankung mit einem GdB von 50. Die Tinnitus-erkrankung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit bedinge aufgrund der Schwere der Auswirkungen einen weiteren GdB von mindestens 20. Es handele sich um ein dekompensiertes Tinnitusleiden, das bereits seit vielen Jahren bestehe und aufgrund der erheblichen Chronifizierung zu ausgeprägten psychovegetativen Begleiterscheinungen geführt habe. In der Kombination Tinnitus mit psychischen Begleiterscheinungen und sonstige Beeinträchtigungen des Gehörs seien zwei Organsysteme betroffen (Hör- und Gleichgewichtsorgan und Gehirn einschließlich Psyche), so dass daraus zwei GdB für das jeweilige Organsystem und dann gegebenenfalls unter Berücksichtigung noch weiterer Gesundheitsstörungen ein Gesamt-GdB zu bilden sei, was zu einer zwingenden Erhöhung des GdB führe, sodass der GdB für das Funktionssystem Nervensystem und Psyche auf mindestens 50 zu erhöhen sei. Die Migräne sei als mittelgradige Verlaufsform einzustufen und mit einem GdB von mindestens 20 zu bewerten. Sie leide seit vielen Jahren fortwährend (mehrmals im Monat) unter langanhaltenden schweren Schmerz-

Attacken mit stark ausgeprägten Begleitscheinungen (Erbrechen, Erschöpfungszustände), die nur unter der Einnahme von starken Schmerzmitteln zu ertragen seien. Die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule bei funktionellen Auswirkungen an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule einhergehend mit anhaltenden Schmerzen und Bewegungseinschränkung (chronisch myostatisch-degeneratives Wirbelsäulensyndrom) bedingten einen GdB von mindestens 20. Die Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenkes (Gonarthrose) sei mit einem GdB von mindestens 20 anzusetzen. Sie leide seit einigen Jahren unter einer fortgeschrittenen Gonarthrose (rechts) mit hochgradigen Knorpelschädigungen. Es bestehe ein Zustand nach zweimaliger ASK des rechten Kniegelenkes sowie einer Plica-Operation. Aufgrund der ausgeprägten Knorpelschäden der Kniegelenke seien bei ihr anhaltende Reizerscheinungen und erhebliche Schmerzen zu verzeichnen, die auch unter Einnahme starker Schmerzmittel kaum gelindert werden könnten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.11.2017 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 21.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.05.2015 zu verurteilen, bei ihr den GdB seit dem 20.11.2014 mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Dr. N. habe in seinem Gutachten keinen höheren GdB als 30 auf psychiatrischem Fachgebiet begründen können, zumal Dr. N. die depressive Verstimmung bzw. rezidivierende depressive Störung als leichtgradig eingeschätzt und den Kopfschmerz vom Migräne-Typ als geringfügig angesehen habe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 35, 36 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber ohne Erfolg.

Der angefochtene Bescheid des LRA R. vom 21.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.05.2015 ist nicht rechtswidrig, die Klägerin wird durch die angefochtene Entscheidung der Versorgungsverwaltung und das angefochtene Urteil des SG vom 29.11.2017 nicht in ihren Rechten verletzt. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40.

Der Senat konnte feststellen, dass die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe der Klägerin am Leben in der Gesellschaft (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) keinen GdB von mehr als 40 rechtfertigten. Eine höher zu bewertende Veränderung gegenüber der Tatsachengrundlage des gerichtlichen Vergleich und des hierauf beruhenden Bescheid des LRA F. vom 20.02.2014, mit dem ein GdB von 40 festgestellt worden war, konnte der Senat nicht feststellen.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören zugrunde gelegten GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) - [BSGE 81, 50](#) ff.). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Einzel- oder Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss damit durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

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

Nach dessen [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) sind Menschen mit Behinderung solche 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. Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt nach [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen

für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Soweit noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Damit gilt weiterhin die Versorgungsmedizin-Verordnung (Vers-MedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), deren Anlage zu § 2 die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VG) beinhalten. Diese stellen – wie auch die zuvor geltenden Anhaltspunkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 152 Abs. 3 SGB IX](#) (zuvor: [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#)). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. Insoweit scheiden dahingehende Rechtsgrundsätze, auch solche, dass ein Einzel-GdB nie mehr als die Hälfte seines Wertes den Gesamt-GdB erhöhen kann, aus. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. Teil A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209, 213](#); BSG [SozR 3870 § 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 anderer Werte – fest vorgegeben ist ([BSG 16.12.2014 – B 9 SB 2/13 R](#) – [SozR 4-3250 § 69 Nr. 18](#) = juris). Damit entscheidet nicht die Anzahl einzelner Einzel-GdB oder deren Höhe die Höhe des festzustellenden Gesamt-GdB, sondern der Gesamt-GdB ist durch einen Vergleich der im zu beurteilenden Einzelfall bestehenden Funktionsbehinderungen mit den vom Verordnungsgeber in den VG für die Erreichung einer bestimmten Feststellungsstufe des GdB bestimmten Funktionsbehinderungen – bei Feststellung der Schwerbehinderung ist der Vergleich mit den für einen GdB von 50 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen, bei Feststellung eines GdB von 60 ist der Vergleich mit den für einen GdB von 60 in den VG vorgesehenen Funktionsbehinderungen usw. vorzunehmen – zu bestimmen. 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. 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 und unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Teilhabefähigkeit einen höheren Gesamt-GdB als 40 nicht rechtfertigen; dies gilt sowohl unter der seit 01.01.2018 anzuwendenden Rechtslage, als auch unter Anwendung der bis 31.12.2017 geltenden Rechtslage des SGB IX.

Im Funktionssystem des Rumpfes, zu dem der Senat die Wirbelsäule einschließlich der Halswirbelsäule zählt, ist ein Einzel-GdB von 20 anzunehmen. Nach 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 mindestens 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 bei der Klägerin anhand des Gutachtens von Dr. M. rückfällig (rezidivierend) auftretende Schmerzen mit Blockierung im gesamten Wirbelsäulenbereich feststellen.

Dr. M. hat bei seiner Untersuchung der Klägerin an der Halswirbelsäule eine nach allen Richtungen hin altersüblich freie Beweglichkeit dargestellt. Vorneigen und Rückneigen gelang um 45-0-50°, die Rechts- und Linksseitneige um 30-0-35° sowie die Rechts- und Linksrotation um jeweils 70°. Bei endgradigen Bewegungsprüfungen hat die Klägerin keine spontanen Schmerzen angegeben. Bei der segmentalen Untersuchung fand sich eine Hypomobilität C5/6 links mit lokalen Druckschmerzen, suboccipitalen Irritationspunkten, deutlicher Verspannung der Trapeziusmuskulatur mit Gelosenbildung, jedoch keine Insertionstendinose des Levator scapulae. Die Rumpfwirbelsäule, bestehend aus Brust- und Lendenwirbelsäule, zeigte einen weitgehend lotrechten Aufbau. Dr. M. hat eine minimale linkskonvexe statische

Skoliose der Lendenwirbelsäule, jedoch eine harmonisch geschwungene Brustkyphose und Lendenlordose angegeben. Die Rumpfbeuge wurde bis zu einem Fingerspitzen-Boden-Abstand von etwa 10 cm durchgeführt. Dabei entfaltete sich die Brustwirbelsäule gemäß Ott-Index von 30 cm auf 31 cm und die Lendenwirbelsäule gemäß Schober-Index von 10 cm auf 15 cm (Normalbefund). Die Rückbeuge war mit 35°, die Seitneige nach rechts und links mit 40-0-40° sowie die Rechts- und Linksrotation im Sitzen mit 50-0-50° frei beweglich. Bei der segmentalen Untersuchung ließen sich Blockierungen der Brust- und Lendenwirbel nicht feststellen. Es bestand lediglich eine Blockierung im Costotransversalgelenk der 5. Rippe rechts mit lokalen Druckschmerzen. Ventralisierungsschmerz waren in allen Segmenten festzustellen aber keine wesentlichen Druckschmerzen. Nervendehnzeichen nach Lasègue waren negativ. Sensomotorische Ausfälle an beiden Beinen bestanden nicht, die Achilles- und Patellarsehnenreflexe waren seitengleich mittellebhaft auslösbar. Damit hat Dr. M. insgesamt eher geringgradige funktionelle Beeinträchtigungen der Wirbelsäule dargestellt. Dr. N. hat aus seiner orientierenden orthopädischen Untersuchung einen deutlichen Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der HWS und insbesondere der LWS mitgeteilt. Das Zeichen nach Lasègue war ebenfalls beidseits negativ, der FBA wurde mit 0 cm gemessen, die Valleix'sche Druckpunkte waren druckschmerzfrei. Dr. B. hat in seinem Gutachten Tenderpoints okzipital und am Querfortsatz C5/C6 dargestellt. Die Kopfwendung zu beiden Seiten gelang über 70°. Er hat einen starken muskulären Schmerz besonders im Supraspinatus und den angrenzenden Muskeln mit Wegzucken beschrieben, geringer auch in den lumbalen Muskeln. Positive Tenderpoints hat Dr. B. ventral am Querfortsatz C5/6 beidseits und über dem Trapezium beschrieben, ebenso starke Schmerzreaktion an den Tenderpoints am Brustkorb, Beckenkamm und medialem oberen Scapulawinkel. Die Lenden- und die Gesäßregion könne kaum angefasst werden wegen starker Schmerzen, die zum Teil berührungsschmerzhaft seien. Dieser Befund steht im Widerspruch zu dem von Dr. M. erhobenen Befund, dass keine wesentlichen Druckschmerzen in allen Segmenten der Wirbelsäule bestanden. Rotation und Seitverbiegung gelangen auch bei Dr. B., die Rumpfbeuge nur mit leichtem Abstützen und Schmerzen. Das Maß nach Schober betrage nach Dr. B. 10/13 cm, dasjenige nach Ott 30/32,5 cm, der seitliche Schober betrage über 14 cm, der Fingerspitzen-Bodenabstand 20 cm. Eine wesentliche Skoliose bestehe nicht.

Insgesamt sind allenfalls geringgradige aber schmerzhafte funktionelle Beeinträchtigungen von den Gutachtern beschrieben worden. Auch im Hinblick auf die Angaben der behandelnden Ärzte (z.B. Dr. Hi., Berichte vom 14.10.2014 und 06.02.2015: HWS endgradig eingeschränkt (Blatt 38, 40 der SG-Akte); Dr. Hi., Bericht vom 31.07.2015: anhaltende Beschwerden im Nacken-Schulter-Bereich bis in die mittlere Brustwirbelsäule, ausgeprägte Muskelverspannungen mit Myogelosen, FBA bis 0 cm (Blatt 41/42 der SG-Akte)) lassen sich wenig funktionelle krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Wirbelsäule feststellen, sodass unter Berücksichtigung der von der Klägerin angegebenen Schmerzen die Annahme des Beklagten eines GdB von 20 für dieses Funktionssystem jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig ist. Auch Dr. B. hat den GdB insoweit mit 20 bewertet.

Im Funktionssystem der Arme konnte der Senat keine GdB-relevante Funktionsbehinderung feststellen. Hier hat Dr. M. bei seiner Untersuchung der Klägerin eine seitengleich erhaltene Schultergelenkssilhouette bei freier Beweglichkeit in beiden Schultergelenken beschrieben. Lediglich am abgespreizten Arm sei die Innenrotation beiderseits geringfügig eingeschränkt. Ein schmerzhafter Bogen bestehe nicht. Impingementzeichen nach Hawkins und Kennedy sowie Jobe seien negativ. Lokale Druckschmerzen am Supraspinatussehnenansatz beiderseits wurden von der Klägerin angegeben, ebenso über dem Acromioclaviculargelenk beiderseits und über dem Sulcus der Bicepssehne beiderseits. Beide Ellbogengelenke waren äußerlich unauffällig und seitengleich frei beweglich. Die Handgelenke waren ebenfalls frei beweglich, die Hände unauffällig. Es bestand eine volle Streckung der Langfinger bis zum Erreichen der verlängerten Handrückenebene durch die Nagelränder. Beim Faustschluss berührten sämtliche Fingerkuppen die quere Hohlhandfalte. Der Spitzgriff des Daumens war mit allen Langfingern möglich. Der Daumen konnte bis zum Grundgelenk des V. Fingers in die Hohlhand eingeschlagen werden. Es besteht eine reizlose Narbe nach Carpal tunneloperation auf beiden Seiten. Rechts waren der Phalen-Test und das Hoffmann-Tinel'sche Phänomen negativ, links bestehen seit der Operation immer noch Hypästhesien der Finger I bis III. Der Phalen-Test war hier positiv, das Hoffmann-Tinel'sche Klopfschmerzzeichen aber negativ. Eine Minderung der groben Kraft beim Daumen-Zeigefinger-Spitzgriff beiderseits lag nicht vor, ebenso wenig eine Abflachung des Thenarreliefs. Die Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten waren seitengleich, ebenso die Muskelumfangmaße gemäß Rechtshändigkeit. Dr. B. hat lediglich erweiternd noch einen starken muskulären Schmerz besonders im Supraspinatus und den angrenzenden Muskeln mit Wegzucken beschrieben.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat im Funktionssystem der Arme weder an den Schultern, den Ellenbogengelenken, den Handgelenken noch den Händen einen Verlust, eine Versteifung oder eine relevante Bewegungseinschränkung i.S. von B Nr. 18.13 VG feststellen. Auch Instabilitäten von Bändern oder Gelenken, Arthrosen oder Verkürzungen des Armes, Sehnenverletzungen oder Deformierungen konnte der Senat nicht feststellen. Solche Funktionsbehinderungen ergeben sich auch nicht aus den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte. Daher konnte der Senat in diesem Funktionssystem keinen GdB annehmen. Insoweit hat der Senat auch berücksichtigt, dass Dr. N. noch nach der Carpal tunneloperation sensible Störungen an Fingern der linken Hand angegeben hat, die jedoch keine funktionelle Auswirkung auf die Teilhabefähigkeit der Klägerin haben.

Im Funktionssystem der Beine war ein GdB von 10 anzunehmen. Hier hat Dr. M. lotrecht aufgebaute Beinachsen beschrieben. Die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk war für die Beugung um 10° eingeschränkt, ansonsten – auch am linken Knie – frei. Eindeutige Meniscuszeichen bestanden nicht. Die Bänder waren intakt, eine Ergussbildung war nicht festzustellen. Subpatellare Crepitation zeigte sich ebenso wenig wie ein Rotationsschmerz. Die Druckpunkte am Kniegelenk waren vorwiegend im Bereich des Pes anserinus entsprechen dem Fibromyalgiesyndrom auffällig. Das obere und untere Sprunggelenk war seitengleich frei beweglich. Die Muskelumfangmaße beider Beine waren seitengleich.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat weder einen Verlust noch die Versteifung der ganzen bzw. von Teilen der unteren Extremitäten feststellen. Auch Instabilitäten waren nicht festzustellen. Die von Dr. M. beschriebene Beinverkürzung um 1 cm ist nach B Nr. 18.14 VG mit einem GdB von 0 zu bemessen. Auch an den Kniegelenken konnte der Senat keine Lockerung des Kniebandapparates, keinen Kniegelenksbruch, keine habituelle Kniegelenksverrenkung und bei Bewegungsmaßen von 0-0-120° bzw. 0-0-130° auch keine relevante Bewegungseinschränkung im Kniegelenk feststellen. Soweit Dr. M. arthroskopisch und kernspintomographisch beschriebene Knorpelschäden des Kniegelenks vorwiegend im medialen Kompartiment (Chondromalazie zweiten bis dritten Grades) und retropatellar an der Kniegelenksrückfläche angegeben hat, erklärt dies die belastungsabhängigen Beschwerden des rechten Kniegelenks. Wiederkehrende entzündliche Reizerscheinungen konnten weder dem Gutachten von Dr. M. in den Berichten der behandelnden Ärzte entnommen werden. Daher war insoweit mit Dr. M. und entsprechend B Nr. 18.14 VG der GdB mit 10 anzunehmen.

Im Funktionssystem der Ohren rechtfertigt die Schwerhörigkeit der Klägerin nach der Einschätzung des behandelnden HNO-Arzt Dr. H.

einen GdB von 20. Der Tinnitus erhöht den GdB insoweit nicht. Nach B Nr. 5.3 VG sind Ohrgeräusche ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen mit einem GdB von 0 bis 10, bei erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einem GdB von 20, und bei wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Mit dem SG ist für eine Berücksichtigung des Tinnitus im Funktionssystem der Ohren nur dann Raum, wenn psychische Begleiterscheinungen vorliegen, die sich ausschließlich dem Tinnitus zuschreiben lassen. Vorliegend sind die angegebenen psychischen Begleiterscheinungen nicht eindeutig einer pathologischen Veränderung im Ohr zuzuordnen und überlagern psychische Beeinträchtigungen. Insoweit hat der Senat die auch aus dem Tinnitus folgenden Störungen zusammenfassend im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche mitbewertet.

Die Fibromyalgie-Erkrankung der Klägerin ist nach B Nr. 18.4 VG entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Da sich die funktionellen Beeinträchtigungen durch die Ganzkörperschmerzen auswirken und damit nicht Gesundheitsstörungen in konkreten Funktionssystemen zuordnen lassen, sondern umfassend zu bewerten sind, erfolgt mit der Senatsrechtsprechung eine Bewertung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche.

Damit waren im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche neben der Migräne/Kopfschmerzen und der seelischen Störung sowie den Folgen des Tinnitus auch die Funktionsbeeinträchtigungen in Folge der Fibromyalgie-Erkrankung zu bewerten.

Die Migräne ist nach B Nr. 2.3 VG zu bewerten. Dass diese nicht unter Ziffer 3 der VG gelistet ist steht der Bewertung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche nicht entgegen, weil sich das Funktionssystem – anders als das SG meint – nicht nur auf das Nervensystem und die Psyche beschränkt, sondern gerade das Gehirn insgesamt erfasst. Auch macht die Bewertung von Nervenschäden in anderen Funktionssystemen, z.B. der Beine, deutlich, dass auch Nervenschäden – trotz der ausdrücklichen Überschrift von B Nr. 3 VG – nicht in diesem Funktionssystem sondern grds. eben in dem Funktionssystem, in dem sich der Nervenschaden funktionell auswirkt, zu bewerten sind. Insoweit bewertet der Senat in seiner ständigen Rechtsprechung die Folgen der Migräneerkrankung im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, bildet aus den jeweils anzunehmenden Teil-GdB (z.B. für die Migräne und zusätzlich für psychische Störungen) einen Einzel-GdB im Funktionssystem, der dann zur Bildung des Gesamt-GdB herangezogen wird. Bei der Klägerin liegt eine Migräne mit Aura in Form von Sehstörungen und Geschmacksstörungen vor, die nach der Angabe gegenüber Dr. N. zwei bis dreimal im Jahr auftritt. Daneben bestehen nächtliche Kopfschmerzen, so die Angaben der Klägerin bei Dr. N., die ein- bis zweimal im Monat auftreten und für Sekunden bis Minuten anhielten. Der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. B. hat insoweit von leichten bis mittelgradigen Auswirkungen gesprochen und den GdB mit 10 angenommen. Dr. B. hat diese Bewertung bestätigt.

Mit Dr. B. und den Gutachtern Dr. N. und Dr. B. konnte der Senat feststellen, dass es sich um eine leichte Verlaufsform handelt, die mit einem GdB von 10 zu bewerten ist. Soweit Dr. S. angegeben hat, dass es zu mehreren Migräneanfällen im Monat komme, ist dies zum Einen angesichts der Angaben der Klägerin bei Dr. N. und Dr. B. nicht nachvollziehbar und zudem nicht dargelegt, welchen Umfang und welche Stärke diese Anfälle haben.

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

Vorliegend sind hier zusammenfassend die Funktionsstörungen in Folge der Fibromyalgieerkrankung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, der depressiven/seelischen Erkrankung, die Dr. N. als eine Dysthymia beschrieben hat, und der Tinnituserkrankung zu bewerten. Insoweit handelt es sich zwar um unterschiedliche Erkrankungen, die sich in den Funktionsfolgen jedoch überdecken, sodass keine getrennte Funktionsbewertung des GdB vorgenommen werden kann. Denn es kommt nicht auf die diagnostische Einordnung der zu Grunde liegenden Erkrankungen an, sondern auf die aus ihnen resultierenden Einschränkungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft an. Diese sind mit einem GdB von 30 ausreichend und angemessen bewertet.

Dr. N. hat die Klägerin als wach, bewussteinsklar und allseitig orientiert beschrieben. Im ersten Eindruck wirkte sie etwas verhalten und klagsam. Im Kontakt war sie ausreichend flexibel und zugewandt. Sprachlich konnte sie sich adäquat ausdrücken. Tendenzielle Verhaltensweisen waren nicht erkennbar. Kognitiv fanden sich im Explorationsverlauf keine Aufmerksamkeits-, wie Konzentrations- und Auffassungsstörungen, auch keine Gedächtnisstörungen beim Abrufen der biografischen Daten oder hinsichtlich des Kurzzeitgedächtnisses. Der formale Gedankengang war geordnet. Inhaltlich bestanden keine Störungen, ebenso keine Wahn-, Wahrnehmungs- oder Ichstörungen. Affektiv kam es bei Thematisierung der körperlichen Beschwerden zu einer depressiven Stimmungsauslenkung bei einer zeitweise ängstlich getönten Grundstimmung. Antriebsstörungen waren nicht erkennbar. Insgesamt wirkte die Klägerin belastet, etwas freudlos. Die Mitschwingungsfähigkeit war teilweise eingengt. Vermehrte Müdigkeit trat im Explorationsverlauf nicht auf. Immer wieder kam es aber zu einer resignativ verbitterten Stimmungsauslenkung, wenn die Klägerin auf die Schmerzen zu sprechen kam. Suizidalität wurde verneint. Im gesamten Explorationsverlauf wurden keine Ausweich- oder Entlastungsbewegungen durchgeführt. Insgesamt fanden sich keine Zeichen einer hirnorganischen, psychotischen, Sucht-, Panik- oder Essstörung.

Der bei Dr. N. geschilderte Tagesablauf mit Aufstehen um 5:30 Uhr, Fahrten zur Arbeit als Krankenschwester beim Gesundheitsamt R. von 7:00 bis 15:00 Uhr, wo sie vor Ort auch Kindergärten aufsucht, zeigt einen ausgefüllten Tag, der trotz der Schmerzen der Klägerin von ihr bewältigt und zusammen mit dem Ehemann erlebt und gestaltet werden kann. Soweit der Beklagte und ihm folgend das SG angenommen haben, dass die Klägerin in ihrer Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt ist, ist das jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig. Dabei hat das SG die krankheitsbedingt hervorgerufene (subjektive) Erschöpfung, Freudlosigkeit und Ängstlichkeit sowie die subjektiv empfundenen Schmerzen, die sich trotz psychiatrischer Behandlung nicht gebessert haben, herangezogen. Insoweit sieht auch der Senat auch die Annahme einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit als noch gerechtfertigt an, kann aber angesichts der bestehenden Fähigkeit den Tag mit Arbeit und Haushalt zu gestalten, eine Bewertung am oberen Rand des Bewertungsrahmens nicht annehmen und hält einen GdB von 30 für die Folgen der Fibromyalgie-Erkrankung, der seelischen Störung und des Tinnitus jedenfalls nicht für zu niedrig.

Der ausdifferenzierenden Bewertung des Gutachters B. nach verschiedenen Diagnosen (so z.B. chronische Schmerzstörung und Fibromyalgie: GdB 40; mittelgradige depressive Episode: GdB 30) bzw. des Gutachters Dr. N. (Fibromyalgie: GdB 30; Dysthymia: GdB 20) kann der Senat nicht beitreten, da sich die funktionellen Folgen dieser Erkrankungen vollständig überlagern und daher zusammenfassend zu bewerten waren, was Dr. N. auch dadurch deutlich gemacht hat, dass er seine Bewertungen zu einem gemeinsamen GdB von 30 auf seinem Fachgebiet verbunden hat.

Der höheren Beurteilung von Dr. B. konnte der Senat nicht beitreten. So vermisst der Senat – wie auch schon das SG – eine Auseinandersetzung des Gutachters mit den Angaben der Klägerin und seinen eigenen Beobachtungen. So hat die Klägerin erhebliche kognitive Beeinträchtigungen geschildert, der Gutachter hierzu keine Angaben zur Begutachtungssituation gemacht, vielmehr mitgeteilt, dass Gedankenabbrüche nicht festgestellt werden konnten. Auch soweit Dr. B. beschreibt, dass alle Bewegungen erschwert gewesen seien, lässt sich dies nur schwer nachvollziehen, nachdem Dr. N. und Dr. M. jeweils schmerzbedingten Ausgleichs- und Entlastungsbewegungen verneint haben und Dr. M. das Be- und Entkleiden, Hinlegen und Aufstehen und Umdrehen auf der Untersuchungsfläche als flott und ohne erkennbare Behinderung beschrieben hat. Auch der alltägliche Ablauf mit Kindern, Arbeit und Haushalt passt nicht zu den von Dr. B. angegebenen Beeinträchtigungen, sodass der Senat angesichts nur dürftigen Mitteilungen zu seinen Befunden auch der gutachterlichen Bewertung des Dr. B. nicht zu folgen vermag. Aus denselben Gründen (Befunde stützen die Bewertung nicht) konnte der Senat auch der Beurteilung durch Dr. S. nicht folgen. Der Senat sieht den GdB insoweit mit 30 als am oberen Rand des Vertretbaren ausreichend bewertet an.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ist daher der Einzel-GdB aus Teil-GdB-Werten von 10 und 30 zu bilden. GdB-Werte von 10 erhöhen grds. nicht, auch vorliegend sieht der Senat keinen Anlass von diesem Grundsatz gem. A Nr. 3 Buchst. d) Doppelbuchst. ee) VG bei der Bestimmung eines Einzel-GdB für ein zusammen zu bewertendes Organsystem abzuweichen. Damit ist der Einzel-GdB in diesem Funktionssystem mit 30 anzunehmen.

Weitere - bisher nicht berücksichtigte - GdB-relevante Funktionsbehinderungen, die einen Einzel- bzw. Teil-GdB von wenigstens 10 bedingen (z.B. Reizblase, Obstipation und Divertikulose des Dickdarms), wurden weder geltend gemacht noch konnte der Senat solche feststellen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen von Amts wegen, nicht für erforderlich. Ein Antrag nach [§ 109 SGG](#) war seitens der Klägerin im Berufungsverfahren nicht gestellt worden. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit 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.

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), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine, - 20 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Ohren und - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von einem zu berücksichtigenden höchsten Einzel-GdB von 30 und zwei Einzel-GdB von 20 auszugehen ist und kein Fall vorliegt, in denen ausnahmsweise GdB-Werte von 10 erhöhend wirken, konnte der Senat weder zum Zeitpunkt der Entscheidung noch zu einem Zeitpunkt seit Antragstellung einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 152 Abs. 1 SGB IX](#) (bzw. zuvor: [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#)) von mehr als 40 feststellen.

Insgesamt ist der Senat unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei der Klägerin insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG einen GdB von 50 bzw. die Schwerbehinderteneigenschaft vorsehen andererseits, zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin nicht entsprechend schwer funktionell in ihrer Teilhabe im Leben in der Gesellschaft eingeschränkt ist. Denn sowohl im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, als auch im Funktionssystem der Wirbelsäule sind im Wesentlichen die Funktionsfolgen von Schmerzen in Form von Ganzkörperschmerzen bei Fibromyalgiesyndrom und den Schmerzen im Nackenbereich, die teilweise eher der Fibromyalgie als der Wirbelsäule zugeschrieben wurden, berücksichtigt. Damit überschneiden sich diese Bewertungen der Schmerzen in erheblichem Umfang und rechtfertigen daher keine zusätzliche Erhöhung des GdB.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-22