

L 6 SB 1545/23

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 SB 617/21
Datum
27.04.2023
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 SB 1545/23
Datum
13.02.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. April 2023 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist im Wege der Erstfeststellung der Grad der Behinderung (GdB) streitig.

Die 1961 geborene alleinstehende Klägerin ist studierte Betriebswirtin. Sie war nach ihren Angaben zunächst in der freien Wirtschaft beschäftigt und wechselte 2001 in eine Beamtenlaufbahn beim Polizeipräsidium S1, wo sie ab 2014 als Leitung der Finanzen tätig war und 2021 die Leitungsfunktion aufgegeben hat (vgl. Anamnese im Gutachten H1).

Der R1 stellte bei ihr im November 2019 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode fest und veranlasste eine stationäre psychiatrische Akuttherapie, die ab dem 9. Dezember 2019 in der J1-Klinik, einer privaten Akutklinik u.a. für Psychotherapie und Psychosomatik, erfolgte.

Die Klägerin beantragte am 15. Mai 2020 bei dem Landratsamt E1 (LRA) unter Verweis auf eine paranoid-halluzinatorische Psychose, die aktuell in der J1-Klinik diagnostiziert worden sei, erstmals die Feststellung des GdB. Ihre Erkrankung führe zu einem hohen Anstrengungsniveau bei alltäglichen Dingen und zwischenmenschlichen Kontakten, verringerter Konzentrations- und Merkfähigkeit, einem extrem hohen Erholungsbedarf wie Schlafbedürfnis. Die Anspannung begründe Ohrensausen und Verspannungen im Kopf, Nacken und Schulterbereich sowie Hautprobleme. Sie sei schnell müde und wenig belastbar.

Das LRA zog einen als Antrag auf Schwerbehinderung bezeichneten Zwischenbericht der J1-Klinik über die stationäre Akutbehandlung bei. Dort waren die Diagnosen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer, mittelschwere bis schwere depressive Episode vor 10 Jahren, sowie eine Zwangsstörung (Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt) genannt. Daneben wurden ein dekompensierter Tinnitus beidseits, rechts stärker als links, eine Schallempfindungsschwerhörigkeit, eine Tubenbelüftungsstörung, eine Nasenmuschelhyperplasie und eine Nasenseptumdeviation festgestellt, ferner ein Zustand nach (Z.n.) Jochbein Fraktur links und Commotio cerebri 2018 nach Fahrradsturz, ein chronisches Halswirbelsäulen(HWS)- wie Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndrom bei Skoliose, ein sehr ausgeprägter Hallux valgus beidseits, rechts stärker als links, eine substituierte Hypothyreose, ein Z. n. Resektion benigner Ovarialzysten vor drei Jahren, ein Z. n. Appendektomie sowie eine Penizillin-Allergie mit Exanthem im Kindesalter. Die paranoid-halluzinatorische Psychose liege seit vielen Jahren unbehandelt vor. Die Klägerin habe über drei Jahrzehnte vermieden, darüber zu sprechen, um nicht für verrückt gehalten zu werden und in ihrem Beruf nicht weiter arbeiten zu können. Sie habe hier erstmals den Mut aufgebracht, von ihren akustischen Halluzinationen (Stimmenhören) und ihrem ausgeprägten Wahnerleben (Beeinflussungswahn) zu berichten. Sie habe zudem eine Zwangsstörung beschrieben, die in der letzten Zeit jedoch in den Hintergrund getreten sei. Die anfangs im Vordergrund stehende depressive Symptomatik habe sich gebessert. Die produktiv-psychotische Symptomatik sei aktuell nicht mehr erkennbar. Nach eigenen Angaben höre die Klägerin seit Einnahme einer antipsychotischen Medikation auch keine Stimmen mehr. Es falle eine deutliche kognitive Beeinträchtigung auf. Formale Denkstörungen seien vorhanden, das Denken sei verlangsamt, mitunter auch beschleunigt und sprunghaft, gehemmt, eingeengt, oftmals umständlich und

haftend. Es bestünden deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Auch beklage sie Gedächtnisstörungen. Sie sei bei Belastung rasch angespannt, bekomme Schmerzen im Kopf-Nackengebiet und ihr Tinnitus verstärke sich. Die Klägerin sei aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht in ihrer Ausdauer, Belastbarkeit und in ihren kognitiven Fähigkeiten deutlich beeinträchtigt.

In seiner versorgungszärztlichen Stellungnahme bewertete F1 eine seelische Krankheit mit einem GdB von 30.

Mit Bescheid vom 10. August 2020 stellte das LRA dem folgend einen GdB von 30 seit dem 15. Mai 2020 fest. Die Schwerbehinderteneigenschaft liege damit nicht vor. Auch eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im einkommensteuerrechtlichen Sinne liege nicht vor.

Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch ein, da schwere chronische psychische Krankheiten nach ärztlicher Auskunft mit einem GdB von 50 bis 70 bewertet würden. Sie bitte auch um schnelle Bearbeitung, da sie eine Altersteilzeit für Schwerbehinderte beim Landesamt für Besoldung und Versorgung B1 anstrebe und dies wegen einer auslaufenden Regelung nur vor dem 1. Januar 2021 möglich sei. Der damalige Bevollmächtigte der Klägerin zeigte bei dem LRA seine Vertretung an und wies zur Begründung des Widerspruches auf den Entlassungsbericht der J1 Klinik über die bis 19. September 2020 durchgeführte Behandlung hin. Die dokumentierten massiven psychischen und psychiatrischen Einschränkungen rechtfertigten alleine für sich genommen einen GdB von 50. Er wies ferner auf orthopädische Leiden wie die Skoliose, die auch im unteren Rückenbereich zu Schmerzen führe wie die Betroffenheit der HWS mit insbesondere den rechten Arm hinunterziehenden Schmerzen bei Einschlafen der Finger, hin. Hinzu komme ein beidseitiger Hallux valgus mit Schmerzen in den Füßen beim Laufen. Auf HNO-Fachgebiet liege ein ständig präsenster Tinnitus vor, der vor allem das rechte Ohr betreffe, ab und zu jedoch auch das linke. Auf internistischen Fachgebiet bestehe eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), die durch Medikamente behandelt werde, wodurch eine massive Müdigkeit verursacht werde.

Er legte hierzu einen Arztbrief des D1 vom 20. Juni 2020 vor, in dem ein dekomensierter Tinnitus, eine Schallempfindungsschwerhörigkeit, eine Tubenbelüftungsstörung, eine Nasenmuschelhyperplasie, eine Nasenseptumdeviation sowie eine Depression und ein HWS-Syndrom als Diagnosen genannt waren. Nach den Angaben der Klägerin bestand rechts seit zwei Monaten ein permanentes Geräusch, das sehr störend sei, links ein temporär auftretendes Ohrgeräusch. Sie könne aber mit den Ohrgeräuschen einschlafen. Da sich die Ohrgeräusche durch Valsalva-Manöver hätten beeinflussen lassen, empfahl der Arzt zunächst eine intensive Nasenpflege und Durchführung eines Druckausgleichs zur Besserung der Tubenventilationsstörung. Die Ergebnisse der objektiven Hörprüfungen stimmten nur ungenügend mit den subjektiven Angaben im Tonschwellenaudiogramm überein und sollten daher erneut überprüft werden.

Nach einem weiteren Arztbrief von D1 vom 23. Juli 2020 wurde über eine Abschwächung der Ohrgeräusche bei freierer Nase, aber weiterhin unbefriedigender Nasenatmung berichtet. Es gehe ihr besser und sie habe sich psychisch stabilisiert. Die Ohrgeräusche würden am Untersuchungstag links wahrgenommen. Die Angaben im Tonschwellenaudiogramm seien weitgehend unverändert bei weiterhin unklarer Ursache der bilateral angegebenen Schalleitungskomponente. Zur weiteren differenzialdiagnostischen Abklärung sei ein hochauflösendes Felsenbein-CT und/oder eine diagnostische Tympanotomie angeraten worden. Die Klägerin stehe dem jedoch zurückhaltend gegenüber, da sie mit ihrem Hörvermögen im Alltag gut zurechtkomme. Die Ohrgeräusche variierten hinsichtlich der Frequenz, Lokalisation und Klangcharakter. Dies spreche gegen ein fixiertes Ohrgeräusch. Eine Verkleinerung der Nasenmuscheln werde im August 2020 ambulant in der Praxis durchgeführt. Es sei zu erwarten, dass sich diese Maßnahme positiv auf die Nasenatmung auswirken werde und wahrscheinlich auch einen günstigen Einfluss auf die hartnäckige Tubenventilationsstörung besitze.

Nach dem radiologischen Befundbericht vom 4. August 2020 war nach der MRT der HWS deren funktionelle Steilstellung sowie eine intraforaminale Bandscheibenvorwölbung C6/7 rechts mit fraglicher klinischer Relevanz festzustellen.

In den Entlassungsbericht der J1-Klinik vom 19. September 2020 wurde neben den bereits genannten Diagnosen ein schizophres Residuum diagnostiziert. Nach der Anamnese hatte die Klägerin über eine für sie schwierige berufliche Situation berichtet, in der sie sich sehr ungerecht und abwertend behandelt fühle, ferner über Ohrensausen und starke Rückenschmerzen seit Jahren. Im psychischen Befund wurde eine wache, bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin in gepflegtem äußeren Erscheinungsbild beschrieben, freundlich und mit sehr großen Redebedürfnis. Sie sei teilweise sehr unkonzentriert, psychomotorisch verlangsamt und antriebsgemindert gewesen, im formalen Denken sehr verlangsamt, weitschweifig umständlich und eingeengt auf ihre beruflichen Kränkungen. Es habe kein Anhalt für Störungen im inhaltlichen Denken, insbesondere nicht für Wahnerleben, für Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestanden. Im neurologischen Befund wurde unter anderem vermerkt, dass das Gehör beidseits nicht erkennbar beeinträchtigt gewesen sei. Im körperlichen Untersuchungsbefund wurde ein ausgeprägter Hallux valgus beidseits, rechts stärker als links und rechts mit Druckstelle angegeben. Beide Unterarme seien zum Teil blutig gekratzt gewesen. In dem Bericht wurde unter anderem ausgeführt, dass die Möglichkeit einer Arbeitsunfähigkeit bei der Klägerin extremen Druck und sehr starke Anspannung verursacht habe, was sich auch immer wieder körperlich in Kopf- und Nackenschmerzen sowie einem verstärkten Tinnitus gezeigt habe. Sie wolle unbedingt einen Arbeitsversuch unternehmen und mit zugesprochener Schwerbehinderung möglichst bald in Altersteilzeit gehen. Der anerkannte GdB von nur 30 habe sie massiv unter Druck gesetzt und gedanklich völlig eingeengt, weil damit die gesamte berufliche Planung in sich zusammenbreche und ihre berufliche Rehabilitation erheblich gefährde. Unter einer antipsychotischen Medikation mit einer Tagesdosis von 10 mg Aripiprazol habe sich die produktiv-psychotische Symptomatik komplett zurückgebildet. Die akustischen Halluzinationen seien im Heilungsverlauf komplett in den Hintergrund getreten, Körperhalluzinationen seien nicht mehr erfassbar, Wahnerleben in Form von Beeinflussungserleben sei nicht mehr vorhanden gewesen. Gegen Ende der Behandlung sei mehr die affektive Verflachung der Patientin mit Anhedonie und deutlichen Antriebsverlust im Sinne eines schizophrenen Residuums aufgefallen. Es habe sich immer noch eine kognitive Beeinträchtigung mit formalen Denkstörungen gezeigt. Die Gedanken seien manchmal verlangsamt gewesen, mitunter auch sprunghaft, gehemmt, eingeengt, etwas umständlich und haftend, mit Gedankenabbrüchen. Konzentrations-, Merkfähigkeit- und Gedächtnisstörungen seien noch vorhanden gewesen, die Ausdauer und Belastbarkeit sei mitunter deutlich beeinträchtigt gewesen und die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die Hautverhältnisse seien zuletzt unauffällig gewesen. Die Klägerin sei teilremittiert in ausreichend stabilem Zustand in die weitere ambulante Behandlung bei R1 entlassen worden.

In der Bescheinigung zur Vorlage bei der privaten Versicherung der Klägerin wurden als für eine durchgeführte Physiotherapie relevante Diagnosen ein Sturz mit Sprunggelenks-Distorsion im August 2020, ein Z.n. Jochbeinfraktur links und Commotio cerebri nach Fahrradsturz, ein chronisches HWS-, LWS- (Skoliose) wie BWS-Syndrom, ein sehr ausgeprägter Hallux valgus beidseits, rechts stärker als links, ein

chronisches Schmerzsyndrom, ein Diskus-Prolaps im Bereich der HWS, zervikal bedingte Cephalgien, eine LWS-Degeneration sowie Muskelverspannungen genannt. Dem Bericht war ein Therapiebericht einer Physiotherapiepraxis beigelegt. Danach habe eine deutliche Schmerzreduktion der gesamten Wirbelsäule und des Haltungsapparates erreicht werden können, wobei kraniale Spannungsmuster noch stark vorhanden gewesen seien.

Das LRA holte noch einen Befundbericht bei dem hausärztlich behandelnden L1 ein. Dieser teilte im November 2020 mit, dass die Klägerin im September 2020 leichter ermüdbar gewesen sei, über Konzentrationsschwierigkeiten und Antriebslosigkeit berichtet habe. Nach anstrengenden Gesprächen bestehe ein verstärktes Ziehen im Nacken mit Tinnitus. Die von ihr gehörten Stimmen seien jetzt „zu 99 %“ weg. Sie könne damit seit dem Klinikaufenthalt umgehen und wolle wieder arbeiten. Es bestehe eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die paranoid-halluzinatorische Psychose mit seit Jahren bestehenden HWS-Beschwerden bei deutlichen Muskelverspannungen, anankastischer Persönlichkeitsstruktur mit hohem Pflichtgefühl und Leistungsanspruch. Die Schilddrüse sei unter Substitution stabil. Der Hausarzt legte noch ältere Arztbriefe und Befundberichte bei, so u.a. des D2-Klinikums S1 von April 2011 mit der Diagnose eines Spreizfußes beidseits mit Hallux valgus beidseits ohne Beschwerden, der des Radiologie-Zentrums S1 über eine im Januar 2011 durchgeführte MRT des Schädels und der HWS (unauffälliges Neurokranium wie HWS ohne Hinweis für eine Wurzelkompression der Nervenwurzel C8 beidseits) sowie über eine im März 2009 durchgeführte MRT des Schädels zum Ausschluss einer TIA [transitorische ischämische Attacke] wie einer Atrophie.

S2 führte versorgungsärztlich aus, dass eine anhaltende floride Psychose mit einem GdB von 50 nicht feststellbar sei. Körperlich seien keine objektiv messbaren Funktionseinschränkungen dokumentiert. Es verbleibe bei der Bewertung einer seelischen Störung mit einem GdB von 30. Ein Hallux valgus beidseits, ein Schilddrüsenleiden, eine Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, ein Wirbelsäulenleiden, eine Sprunggelenksverrenkung links und eine „TIA, Atrophie“ seien jeweils mit keinem Teil-GdB von mindestens 10 zu berücksichtigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29. Januar 2021 wies das Regierungspräsidium S1 als Landesversorgungsamt den Widerspruch zurück, da der GdB mit 30 ausreichend bewertet sei.

Die Klägerin hat am 17. Februar 2021, vertreten durch ihren damaligen Bevollmächtigten, Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben, da ein GdB von mindestens 50 festzustellen sei. Entgegen der Auffassung des Beklagten sei von einer schweren, chronifizierten psychischen Erkrankung auszugehen, die mit einem deutlich höheren Teil-GdB zu bewerten sei.

Sie hat hierzu eine Stellungnahme der H2 vorgelegt, in der diese aufgrund psychotherapeutischer Behandlung seit September 2020 die Diagnosen eines schizophränen Residuums bei jahrzehntelanger unbehandelter paranoider Schizophrenie, einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, eines Tinnitus beidseits sowie eines chronischen Schmerzsyndroms der HWS und LWS angegeben hat. Eine weiter fortschreitende Chronifizierung der Psychose habe man auch mittels Einstellung mit einem Antipsychotikum versucht aufzuhalten. Zeichen der Chronifizierung seien neben anhaltend schweren Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen auch verschiedenste, teils psychosomatische (Tinnitus), teils psychotische (Coenästhesien) körperliche Beschwerden. Infolge der Antipsychotikamedikation benötige diese vermehrt Schlaf und Ruhe. Die Klägerin sei als Beamtin in Führungsposition in ihrem Job hinsichtlich Flexibilität, Stressbewältigung, Personalverantwortung und Zeitmanagement sehr gefordert. Es bestünden anhaltende Beeinträchtigungen in Form einer andauernden Belastbarkeitsminderung, verminderten psychophysischen Fähigkeiten zur Stressbewältigung, eingeschränkter Umstellung- und Anpassungsfähigkeit. Die Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen wirkten sich besonders auf das Arbeitstempo aus. Zusätzlich lägen erschwerend ein Wirbelsäulenschmerzsyndrom sowie eine Hypothyreose vor. Die Klägerin habe eine Schallempfindungsschwerhörigkeit. Seit Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung Ende 2020 seien nun wieder merkliche depressive Symptome aufgetreten, die jetzt zusätzlich medikamentös antidepressiv behandelt würden. Es liege eine deutliche Chronifizierung bei Vorliegen gleich mehrerer psychischer Erkrankungen vor. Sie befürworte daher die Anhebung des GdB.

Der Bevollmächtigte hat ferner eine Stellungnahme von R1 vom 13. November 2020 vorgelegt, wonach bei der Klägerin eine komplexe psychiatrische Erkrankung vorliege, die weiterhin zu einer erheblichen Einschränkung der alltagspraktischen Fähigkeiten führe. Er rechne zwar mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, dies schließe jedoch nicht aus, dass weitere relevante Einschränkungen vorlägen. Aktuell bestünden auch in erheblichem Ausmaß ein Stimmungstief, eine Antriebsstörung, ein verschobener Tag-Nacht-Rhythmus, Ängste sowie weitere Symptome, die die Klägerin im täglichen Leben erheblich einschränkten.

Der Bevollmächtigte hat noch ausgeführt, dass auch die weiteren Leiden – Hallux valgus, das Schilddrüsenleiden, die Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, das Wirbelsäulenleiden, die Sprunggelenksverrenkung links und die transitorische Ischämische Attacke sowie die „Arthropie“ – zu niedrig eingeordnet worden seien.

Der Beklagte hat unter Verweis auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von F2 ausgeführt, dass die psychische Erkrankung derzeit nicht abschließend beurteilt werden könne. F2 hat bei schizophranem Residualzustand unter Berücksichtigung der beruflichen Wiedereingliederung eher leichte soziale Anpassungsstörungen angenommen. Aufgrund der Komplexität der Erkrankung werde vorgeschlagen, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Hinsichtlich der übrigen Erkrankungen lägen keine ärztlichen Unterlagen vor, die eine für den GdB relevante Ausprägung nachwiesen.

Das SG hat daraufhin das psychiatrische Gutachten bei H1 erhoben, das dieser nach Untersuchung der Klägerin vom 23. November 2021 erstattet hat. Die Klägerin hat dabei über eine im 14-tägigen Rhythmus stattfindende Behandlung bei R1 sowie eine wöchentliche, zuletzt ebenfalls im 14-tägigen Rhythmus erfolgte Therapie bei H2 seit etwa Oktober 2020 berichtet. Sie nehme täglich 7 mg Aripiprazol, ferner Elontril (Bupropion) 300 mg sowie 75 mg Euthyrox (L-Thyroxin)/Thybon für die Schilddrüse ein.

Die Klägerin habe darüber berichtet, seit 1988 Stimmen zu hören. Sie habe sich nicht für krank gehalten, sondern einen Geheimdienst dahinter vermutet. Sie habe auch nicht in der Psychiatrie „weggeschossen“ werden wollen. Beruflich sei es suboptimal gelaufen. Sie habe sich 2011 auf die Stelle der Leiterin Finanzen beworben; das Innenministerium sei aber gegen sie gewesen. Sie habe dann gegen das Land geklagt und schließlich gewonnen. Sie habe dazu auch Druck aufgebaut, indem sie sich auf alle Stellen der Finanzleitungen beworben und damit die Bewerbungsverfahren blockiert habe. Sie habe dann in ihrer neuen Position auf einmal Personalverantwortung für 50 Mitarbeiter gehabt. Ihre Beurteilungen seien immer schlechter geworden, sie habe versucht, die Stimmen zu ignorieren, diese seien nach und nach

weniger geworden, dafür seien die körperlichen Beschwerden mehr in den Vordergrund getreten. 2019 sei sie dann zusammengebrochen, habe aber trotz diagnostizierter Depressionen keine Medikamente nehmen wollen. Sie habe nicht wahrhaben wollen, dass sie krank sei und habe auch weiterarbeiten wollen. Die Wiedereingliederung habe ein Jahr gedauert; sie arbeite aktuell nur in Teilzeit mit 90 %, wolle weiter auf 80 % reduzieren. Die Leitung beabsichtige sie ab Dezember 2021 ganz abzugeben. Sie habe große Konzentrationsprobleme und Schwierigkeiten, Dinge aus dem Gedächtnis wiederzugeben. Sie brauche für Aufgaben doppelt so lange wie früher. Das Ohrensausen sei unerträglich. Sie habe eine Narbe am Hinterkopf rechts; die sie auch immer wieder spüre. Diese Narbe sei einfach gekommen, sie wisse nicht woher. Sie habe ein extremes Schlafbedürfnis, am Wochenende seien 12 Stunden Schlaf nicht ungewöhnlich. Auf den Zwang angesprochen, habe sie gesagt, dass der ihrer Meinung nicht so wichtig sei. Sie habe zum Beispiel noch mal zurückschaut, ob sie die Garage wirklich zugemacht habe. Oder sie habe auf dem Kilometerzähler danach geschaut, ob es mehrere gleiche Ziffern gebe. Sie habe nochmal nachkontrolliert, ob die Tür wirklich zugeschlossen gewesen sei, da sei sie dann noch zweimal zurückgegangen. Sie habe sich hierdurch aber nicht sehr beeinträchtigt gefühlt. Die Zwänge seien auch nicht das Thema. Aktuell kämen die Stimmen nur ganz selten, vielleicht einmal in zwei Monaten; sie ignoriere das dann. Die Stimmen seien auch nicht mehr das Thema, das seien die anderen Beschwerden, die Konzentrationsstörung, die eingeschränkte Merkfähigkeit, die Müdigkeit und deren Auswirkungen auf die Arbeit wie das soziale Leben.

Auf den Tinnitus im Tagesablauf angesprochen, habe sie berichtet, dass dieser konstant seit Monaten durchgehend stark ausgeprägt sei. Der HNO-Arzt habe sie sehr gründlich untersucht, ihr ein paar Tipps gegeben; die habe sie aber nach kurzer Zeit wieder gelassen, da sie ihr gefühlt nicht gutgetan hätten. Bemerkenswert sei, dass sie trotz des Tinnitus so gut schlafen könne.

Zur Biographie habe sie berichtet, dass sie ledig sei und „null“ Beziehungen in all den Jahren gehabt habe. Am Ende des Studiums sei sie von drei Leuten angesprochen worden, ob sie Interesse an einer Beziehung habe. Dann seien die Stimmen gekommen, die Stimmen seien für eine Beziehung gewesen; sie habe aber niemanden in die Sache mit dem Geheimdienst hineinziehen wollen. Sie habe auch noch eine Stelle als wissenschaftliche Hilfskraft ausgeübt, da habe sie gar keinen Sinn für eine Beziehung gehabt, das Leben sei so interessant gewesen. Beruf und Leistung seien ihr sehr wichtig, das sei auch von ihrem Elternhaus vermittelt worden. Sie arbeite von ca. 9 Uhr bis ca. 17 Uhr mit Mittagspause in der Kantine und kleineren Pausen, wenn die Konzentration nachlasse. Nach Feierabend fahre sie wieder nach Hause. In der E2 Innenstadt mache sie kurz Halt, um ein paar Kleinigkeiten einzukaufen und sich ein bisschen zu bewegen. Nach dem Abendessen räume sie noch das eine oder andere auf und führe Telefonate.

Auf Nachfrage, was sie am meisten störe, habe sie gesagt, an erster Stelle stünden die Konzentrationsschwierigkeiten, weil diese sich am stärksten auf die Arbeit auswirkten. Danach komme die Müdigkeit und das ausgeprägte Schlafbedürfnis, als drittes der Tinnitus; die Narbe noch dazu. Am Samstag sei ihr Ziel, um 12:00 Uhr auf dem Markt zu sein, sie fahre um 11:30 Uhr mit dem E-Bike dahin. Vor der Auszeit sei sie relativ regelmäßig mit dem Fahrrad zur Dienststelle gefahren, das seien hin und zurück 35 km. Das habe sie in diesem Jahr genau einmal geschafft. Sie schlendere über den Markt und kaufe die wenigen Lebensmittel, die sie brauche. Seit einiger Zeit gehe sie danach in ein Restaurant zum Mittagessen und esse da allein. Sie mache vermehrt einen Mittagsschlaf; es vergehe dabei viel Zeit, während derer sie sich sonst mit Bekannten treffen, den Haushalt oder privaten Schriftverkehr erledigen könnte. Von der Kirchengemeinde aus habe sie einen größeren Bekanntenkreis. Von 2014 an sei sie zehn Jahre lang die zweite Vorsitzende des Kirchengemeinderates gewesen. Sie habe immer viel gemacht, auch mit den Stimmen. Das habe sie damals mit der Leitungsstelle aufgegeben, das wäre sonst zu viel gewesen. Mit diesem Bekanntenkreis bzw. Freundeskreis treffe sie sich meistens am Sonntagnachmittag zum Kaffeetrinken in einer der Wohnungen, aber nicht jedes Wochenende. Sie mache noch Yoga. Sie treffe sich manchmal mit ihrem Bruder und ihrer Schwägerin. Sonntagabends telefoniere sie fast immer eine halbe bis eine Dreiviertelstunde mit ihrer Mutter. Es gehe um einen Austausch, was die Woche über gewesen sei. Am Sonntag gehe sie nicht mehr in die Kirche, weil sie das zeitlich nicht mehr schaffe. Normalerweise sei ja um 10:30 Uhr Kirche und danach „Schwatz auf dem Kirchhof“, das falle flach. Ausflüge habe sie während der Urlaubstage gemacht. Weihnachten wolle sie zu ihrer Mutter fahren; das mache sie jedes Jahr, seit ihr Vater gestorben sei.

Zum psychischen Befund hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei der Klägerin während des vierstündigen Untersuchungsgesprächs leichte Konzentrationsstörungen feststellbar gewesen seien, die über die Dauer der Untersuchung jedoch nicht zugenommen hätten. Die Gedächtnisfunktionen zeigten keine groben Defizite; der formale Gedankengang sei geordnet gewesen. Während der Untersuchung habe sich kein Anhalt auf aktuell bestehende inhaltliche Denkstörungen ergeben. Sie habe über einen früher bestehenden Beeinträchtigungswahn sowie über Jahrzehnte dauerhaft bestehendes Stimmenhören in Form von überwiegend kommentierenden Stimmen berichtet. Ich-Störungen seien während der aktuellen Untersuchung nicht feststellbar gewesen, bezüglich der früheren Krankengeschichte habe sie keine sicher verwertbaren Angaben gemacht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe sie sich in weitgehend ausgeglichener Stimmung befunden; dreimal habe sie während des Untersuchungsgesprächs geweint. Deutlich ausgeprägte affektive Krankheitssymptome habe sie ansonsten während der Untersuchung nicht gezeigt. Die Antriebslage sei leicht reduziert, sie sei vermehrt erschöpfbar gewesen. Sie habe eine normale Gestik und Mimik gezeigt; eine psychomotorische Hemmung sei nicht feststellbar gewesen. Sie habe über einen leichten sozialen Rückzug berichtet. Der körperliche Untersuchungsbefund sei unauffällig; unter anderem seien Haut und Behaarung ohne pathologischen Befund.

Der Sachverständige hat eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit aktuell noch fortbestehender schizophrener Negativ-Symptomatik diagnostiziert. Die Klägerin habe glaubhaft und nachvollziehbar über den sich über mehrere Jahrzehnte erstreckenden Verlauf einer schizophrenen Psychose mit durchgehender halluzinatorischer Symptomatik, nach ihren Schilderungen zeitweise auch wahnhafter Symptomatik berichtet. Es handele sich hierbei um eine ungewöhnliche Verlaufsvariante einer schizophrenen Erkrankung, da das Funktionsniveau über lange Zeit gut erhalten geblieben sei, es zu keinen akuten Exacerbationen gekommen sei. Die halluzinatorische Symptomatik sei nach ihren Angaben etwas schwächer geworden, die Negativ-Symptomatik habe dagegen zugenommen. Manche Schilderungen wie dass die Leber unter dem Rippenbogen herausquelle, dass die inneren Organe nicht mehr mitmachten sowie die unklare Narbe am Hinterkopf ließen zudem an eine zeitweise bestehende zoenästhetische Symptomatik denken.

Die Diagnose eines Schizophrenen Residuums nach (ICD-10 F20.5) sollte zum aktuellen Zeitpunkt nicht gestellt werden, da unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs im letzten Jahr ein bleibender Defektzustand noch nicht sicher festzustellen sei.

Eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) könne nicht nachgewiesen werden. Schizophrene Erkrankungen gingen jedoch sehr häufig mit einer depressiven Krankheitssymptomatik einher, die oft zur ersten psychiatrischen Behandlung führe. Die depressiven bzw.

depressiv gefärbten Syndrome im Rahmen schizophrener Erkrankungen ließen sich nur begrenzt von einer schizophrenen Negativ-Symptomatik differenzieren.

Die berichteten verschiedenen zwanghaften Verhaltensweisen habe die Klägerin selbst nicht als pathologisch bewertet und habe diesbezüglich einen geringen Leidensdruck vermittelt. Diese rechtfertigten daher nicht die parallele Kodierung einer Zwangsstörung (F42) bzw. einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5). Zwangssymptome träten bei schizophrenen Psychosen zudem ebenfalls häufig auf und erforderten nicht unbedingt eine zusätzliche Kodierung nach der ICD-10.

Auf anderen Fachgebieten bestehe ein degeneratives Wirbelsäulenleiden im HWS- und LWS-Bereich, anamnestisch ein Tinnitus aurium beidseits, rechts stärker als links, ein ausgeprägter Hallux valgus beidseits, rechts stärker als links, anamnestisch eine substituierte Hypothyreose, ein Z.n. Ovarialzysten-Resektion ca. 2017, ein Z.n. Appendektomie, ein Z.n. Sturz mit Sprunggelenksdistorsion links 8/2020, ein Z.n. Fahrradsturz 2018 mit Jochbeinfraktur links und Commotio cerebri, eine Tubenbelüftungsstörung, eine Nasenseptumdeviation und eine Nasenmuschelhyperplasie sowie eine anamnestisch Penicillin-Allergie (mit Exanthem im Kindesalter) wie eine Schallempfindungsschwerhörigkeit.

Zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt sei die produktiv psychotische Krankheitssymptomatik zwar in den Hintergrund getreten, habe sich jedoch nicht komplett zurückgebildet. Im Vordergrund stehe eine schizophrene Negativ-Symptomatik mit Konzentrationsstörungen, erhöhter Erschöpfbarkeit, leichter Antriebsminderung sowie einem deutlich erhöhten Ruhe- und Schlafbedürfnis. Nach ihrer Entlassung aus der vollstationären Behandlung etwas über ein Jahr vor der aktuellen Untersuchung habe bei ihr eine depressiv gefärbte Krankheitssymptomatik vorgelegen, welche sich unterdessen deutlich gebessert habe.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) Teil B Nr. 3.6 (Schizophrene und Affektive Psychosen) handele es sich bei dieser Gesundheitsstörung um eine „langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten“, für die ein GdB von 50 bis 100 vorgesehen sei. Dass es der Klägerin im Laufe ihres Lebens zu keinem Zeitpunkt gelungen sei, eine Partnerschaft einzugehen, sei als eine Folge der jahrzehntelang bestehenden Psychoseerkrankung zu sehen. Die sozialen Anpassungsmöglichkeiten seien durch ihre Erkrankung folglich bereits seit langem eingeschränkt. Sie habe sich stattdessen auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit fokussiert, die sie trotz ihrer chronischen Erkrankung über lange Zeit habe aufrechterhalten können. Über ihre depressiv gefärbte psychische Dekompensation und die in den Vordergrund tretende Negativ-Symptomatik sei die berufliche Leistungsfähigkeit eingebrochen und werde voraussichtlich auch nicht mehr vollständig wiederhergestellt werden können. In dem GdB-Rahmen zwischen 50 und 100 sei für die von ihm als schwer angesehene paranoide Schizophrenie mit aktuell im Vordergrund stehender schizophrener Negativ-Symptomatik ein Grad der Behinderung von 60 angemessen. Die auf anderen medizinischen Fachgebieten vorliegenden Gesundheitsstörungen rechtfertigten jede für sich keinen Teil-GdB von 10. Eine sichere Differenzierung zwischen dem von ihr angegebenen Tinnitus (Ohrensausen) und ungeformten akustischen Halluzinationen scheine nicht möglich. Der Gesamt-GdB betrage im zeitlichen Längsschnitt seit der Antragstellung 60.

Der Sachverständige hat noch darauf hingewiesen, dass der von R1 im November 2019 formulierte psychopathologische Befund nicht dazu geeignet sei, eine mittelschwere oder gar schwere depressive Krankheitssymptomatik zweifelsfrei zu belegen. Mit dem teilweise widersprüchlich wirkenden Befund in dem Bericht der J1-Klinik sei allenfalls eine mittelgradige, aber keine schwere depressive Symptomatik beschrieben, aber keine psychotische Krankheitssymptomatik oder eine Zwangsstörung. Dass sich bei einer über Jahrzehnte produktiv-psychotisch verlaufenen Schizophrenie durch eine erstmalige neuroleptische Behandlung die psychotische Symptomatik innerhalb kurzer Zeit „komplett zurückbilde“, sei sehr ungewöhnlich. Diesbezüglich ergäben sich Zweifel, ob die psychotische Erkrankung richtig diagnostiziert wurde. Im immerhin neun Seiten umfassenden Bericht aus der J1-Klinik fehlten konkretere Schilderungen der als akustische Halluzinationen bewerteten Phänomene. Möglicherweise habe die Klägerin im weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr über diese „Stimmen“ berichtet und ihre Behandler seien deshalb fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik komplett zurückgebildet habe. Es sei nicht plausibel, dass eine Zwangssymptomatik nach mehrjährigem Verlauf ohne Behandlung später kaum mehr präsent sei. Am 13. November 2020 habe R1 ebenso wie H2 keinen psychischen Befund dokumentiert. Die Klägerin habe sicher nicht infolge der Antipsychotikamedikation ein vermehrtes Schlaf- und Ruhebedürfnis, sondern auf Grund ihrer psychischen Erkrankung.

Der Beklagte ist dem Gutachten unter Verweis auf die versorgungszärztliche Stellungnahme von H3 entgegengetreten. Dieser hat darauf hingewiesen, dass die Klägerin einer regelmäßigen Berufstätigkeit nachgehe, selbständig ein Kfz führe, ihren Haushalt eigenständig versorge und einkaufen gehe; er hat ferner die verschiedenen sozialen Aktivitäten und Kontakte angeführt. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten in allen Lebensbereichen bestünden damit nicht. Bei eher gering ausgeprägter Psychopathologie sei ein schizophrener Residualzustand mit allenfalls leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten dokumentiert, der mit einem GdB von 30 weiterhin zutreffend bewertet sei.

Das SG hat anschließend noch H2 schriftlich als sachverständige Zeugin befragt. Diese hat im Juni 2022 von einer psychotherapeutischen Behandlung aufgrund einer diagnostizierten paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit nicht sicher auszuschließendem schizophrenen Residuum (ICD-10 F 20.5) sowie rezidivierender depressiver Störung, wechselnd mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F 33.1), bis Januar 2022 berichtet. Im Rahmen der Schizophrenie und der sich im Therapieverlauf seit Frühjahr 2021 neuerlich entwickelnden Depression hätten deutliche Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen vorgelegen. In beinahe jeder 50-minütigen Sitzung, die jeweils nach einem Arbeitstag stattgefunden habe, habe die Klägerin oft nach Worten und sichtlich nach Konzentration gesucht, was oft bis zum Ende der Sitzung zugenommen habe. Wiederholt habe sie sich nur besonders schwer oder gar nicht an in der letzten Sitzung Besprochenes erinnern können. Die Orientierung sei in allen Qualitäten intakt gewesen, der Antrieb gemindert, der formale Gedankengang verlangsamt. Der Affekt sei abgeflacht, die affektive Schwingungsfähigkeit reduziert gewesen. Sie sei ab Frühjahr 2021 zunehmend depressiv gewesen, habe nur vermindert Freude empfinden können, habe viel gegrübelt, die Gedanken hätten gekreist. Es habe ein enormes Schlafbedürfnis mit an ihren freien Tagen, v.a. dem Wochenende 12 bis 14 Stunden Schlaf vorgelegen. Sie habe auch nachfolgend Schwierigkeiten gehabt, die Alltagsgeschäfte zu erledigen. Soziale Kontakte seien so weiter minimiert worden. Sie habe körperliche Beschwerden wie Ohrgeräusche und Wirbelsäulenbeschwerden, die sich in Phasen hoher Depressivität psychosomatisch verstärkten, geschildert und auch weitere Symptome wie Sehstörungen. Auch Coenästhesien würden berichtet, aber keine weiteren produktiv psychotischen Symptome.

Ihre Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sei insoweit eingeschränkt, als sie ihre berufliche Leitungsfunktion habe aufgeben müssen. Ihr sei ein Aufgabengebiet zugeteilt worden, in dem sie mit weniger Zeitdruck und geringerer Verantwortung ihre Arbeitsaufgaben erledige. Sie brauche dafür die doppelte Zeit. Aufgrund des hohen Schlafbedürfnisses habe sie ihre wöchentliche Arbeitszeit reduzieren müssen, das sie besonders an ihren freien Tagen zu kompensieren versuche, habe zum Verlust von Sozialkontakten geführt. Die Klägerin, die sehr kirchenverbunden sei, habe auf die morgendlichen Kirchengänge sonntags sowie auf die Kirchenhofgespräche verzichten müssen. Die von häufigen Pausen unterbrochenen Fahrten mit dem eigenen Pkw zur hochbetagten Mutter habe sie nicht mehr im bisherigen Umfang aufrechterhalten können. Aufgrund der jahrelangen Psychose mit akustischen Halluzinationen sei es ihr unmöglich gewesen, eine Partnerschaft einzugehen.

Die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei wesentlich eingeschränkt, es liege eine dauerhafte „mittelgradige soziale Anpassungsfähigkeit“ vor. Die Klägerin sei zweimal monatlich bei R1 in Behandlung. Die bei ihr (H2) durchgeführte Psychotherapie habe sie nach gelungener Rückkehr in den Job und mit nun gelernten Strategien für einen Umgang mit ihren krankheitsbedingten Einschränkungen beendet. Der Gesundheitszustand, vor allem die Depression, habe durch ein weiteres Medikament abgemildert werden können. Durch das Erlernen von Strategien habe sie einen anderen Umgang mit ihren Krankheiten finden können. Eine Verbesserung der psychosebedingten Einschränkungen sei bei eingetretener Chronifizierung bei jahrzehntelangem unbehandeltem Verlauf nicht erwartbar gewesen und sei auch nicht eingetreten.

H3 hat versorgungsärztlich an der Bewertung mit einem GdB von 30 festgehalten. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und mittelgradige soziale Anpassungsstörungen seien von H2 attestiert, jedoch nicht beschrieben worden. Ein schizophrener Residualzustand mit leichten Anpassungsschwierigkeiten sei dokumentiert, der entsprechend den VG (Teil B Nr. 3.6) mit einem GdB von 30 weiterhin zu treffend bewertet ist.

Der Bevollmächtigte hat zuletzt noch darauf hingewiesen, dass der Gutachter nach vierstündiger Untersuchung einen GdB von 60 für angemessen gehalten habe. H2 habe bei der Klägerin eine dauerhafte mittelgradige soziale Anpassungsunfähigkeit diagnostiziert, was schon mindestens einem GdB von mindestens 50 entspreche. Auch habe sie wesentliche Einschränkungen der in der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit festgestellt. Der Beklagte habe in seinen Stellungnahmen unter anderem den Umstand nicht gewürdigt, dass die Klägerin infolge ihrer Beeinträchtigungen ihre berufliche Leitungsfunktion habe aufgeben und auch ihre Arbeitszeit habe reduzieren müssen.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. April 2023 hat das SG den Beklagten unter Aufhebung des angefochtenen Bescheides in der Gestalt des Widerspruchsbescheides verpflichtet, bei der Klägerin seit dem 15. Mai 2020 einen Grad der Behinderung (GdB) von 60 festzustellen und sich dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen angeschlossen. Die Klägerin leide seit Jahren unter einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, für die schon deshalb nach Teil B Nr. 3.6 der VG ein GdB von mindestens 50 zuzuerkennen sei, da diese Erkrankung durch den stationären Aufenthalt zwar habe gebessert werden können, ein schizophrener Residualzustand jedoch nach dem Gutachten noch nicht eingetreten sei. Die produktiv-psychotische Krankheits symptomatik habe sich noch nicht komplett zurückgebildet. Die Klägerin höre weiterhin Stimmen, wenn auch nur noch selten. Es bestehe zudem noch eine schizophrene Negativ-Symptomatik mit Konzentrationsstörungen, erhöhter Erschöpfbarkeit, leichter Antriebsminderung sowie einem deutlich erhöhten Ruhe- und Schlafbedürfnis, wobei noch nicht absehbar sei, ob diesbezüglich eine weitere Besserung eintrete. Insoweit könne ein schizophrener Residualzustand noch nicht angenommen werden. Die Klägerin sei in ihrem Alltagsleben durch die Erkrankung noch so erheblich eingeschränkt, dass mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten bestünden, so dass selbst bei Annahme eines schizophrenen Residualzustandes ein GdB von 60 gerechtfertigt wäre. Wenn die Klägerin nicht einmal mehr in der Lage wäre, das Haus zu verlassen, um Einkäufe zu erledigen oder ein Restaurant zu besuchen, lägen im Übrigen sicherlich schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten vor. Die depressive Erkrankung habe sich erheblich gebessert und die Zwangshandlungen seien nicht so ausgeprägt, dass sie zu erheblichen Alltagsbeeinträchtigungen führten, so dass diese den GdB nicht weiter erhöhten. Der Tinnitus der Klägerin begründe keinen gesonderten GdB, da eine sichere Differenzierung zwischen dem Tinnitus und akustischen Halluzinationen nach dem Gutachten von H1 nicht möglich sei. Auch die von der Klägerin angegebene Schwerhörigkeit und die Wirbelsäulenbeschwerden seien im Rahmen der psychischen Erkrankung zu sehen, da körperliche Ursachen hierfür nicht objektivierbar gewesen seien. Sie habe dem HNO-Arzt zudem mitgeteilt, dass sie mit ihrem Hörvermögen im Alltag gut zurechtkomme, habe kein Interesse an einer weiteren Abklärung der von ihr angegebenen Schallempfindungsschwerhörigkeit gehabt. Bei der Untersuchung in der J1-Klinik H4 sei das Gehör nicht beeinträchtigt und die Halswirbelsäule sei uneingeschränkt beweglich gewesen. Für den Spreizfuß beidseits mit Hallux valgus sei allenfalls ein GdB von 10 zuzuerkennen, da dieser zwar nach den Angaben des Hausarztes Beschwerden beim Laufen verursache, erhebliche statische Auswirkungen jedoch nicht ersichtlich seien. Die Nasenatmungsbehinderung die Tubenbelüftungstörung bei leichter Nasenseptumdeviation und Nasenmuschelhyperplasie seien jeweils mit einem GdB von 10 zu bewerten. Die Schilddrüsenunterfunktion sei unter Substitution stabil und bedinge daher keinen eigenen GdB.

Der Beklagte hat am 30. Mai 2023 gegen den ihm am 2. Mai 2023 zugestellten Gerichtsbescheid Berufung eingelegt. Der Auffassung des SG könne nach nochmaliger versorgungsärztlicher Überprüfung durch G1 nicht zugestimmt werden. Danach könne angesichts der im Gutachten von H1 angegebenen akustischen Halluzinationen (Stimmen), welche nur etwa alle zwei Monate für kurze Zeit (wenige Minuten) aufträten, nicht mehr von einer relevanten produktiven Symptomatik der paranoiden Schizophrenie ausgegangen werden. Auch das Vorliegen krankheitsbedingter mittelgradiger sozialer Anpassungsschwierigkeiten in allen Lebensbereichen, mit entsprechenden hoch konflikthafter Beziehungen und Beeinträchtigungen familiär und beruflich könne in Anbetracht der Alltagsgestaltung und angesichts des erhobenen Befundes nicht als belegt angesehen werden. So habe sich die Klägerin während der Begutachtungssituation als psychopathologisch voll orientiert gezeigt, bei geordnetem Gedankengang und intakter Auffassungsgabe. Es habe sich eine weitgehend ausgeglichene Stimmungslage gezeigt. Eine psychomotorische Hemmung habe nicht festgestellt werden können. Die Klägerin gehe einer geregelten beruflichen Tätigkeit (Beamtin im Finanzwesen, Teilzeit 80 - 90%) nach, habe guten Kontakt zu ihrer Mutter, ihrem Bruder sowie zu dessen Ehefrau. Sie habe einen strukturierten Tagesablauf mit Arbeit, Einkäufen, Mahlzeiten und Fernsehen. Sie fahre Auto und versorge ihren Haushalt selbstständig. Samstags gehe sie regelmäßig mit dem Fahrrad auf den Wochenmarkt um einzukaufen. Anschließend gehe sie in einem Restaurant essen. Sonntagnachmittags treffe sie sich mit einem größeren Bekanntenkreis in der Kirchengemeinde und unternehme im Urlaub auch Ausflüge. Die bisherige psychotherapeutische Behandlung bei H2 sei mittlerweile beendet worden. Bei vorliegender Sachlage sei von einem schizophrenen Residualzustand mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, welcher nach Teil B Ziff. 3.6 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit einem GdB von 30 leidendgerecht bewertet sei.

Der Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. April 2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Ihr jetziger Bevollmächtigter hat hierzu auf das Gutachten von H1 verwiesen, der ihm nicht als übermäßig großzügiger Gutachter bekannt sei. Die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie bestehe weiterhin und sei auch chronifiziert. Es wechselten sich zwar gewisse Phasen ab, grundsätzlich sei die Erkrankung in ihrer Auswirkung aber als schwergradig einzuschätzen. Die Klägerin sei weiter in Behandlung und Therapie, allerdings ohne Verbesserung ihres sehr schlechten Allgemeinzustandes. Die Funktionsbeeinträchtigungen bestünden in Konzentrationsstörungen, erhöhter Erschöpfbarkeit, starker Antriebsminderung und deutlich erhöhtem Schlaf- und Ruhebedarf. Ihre emotionale und soziale Fähigkeit sei massiv eingeschränkt. Auch prognostisch ergebe sich keine Besserung des Zustandes. Zwar möge sich die Klägerin einen gewissen Lebensrahmen in erträglichem Maße gegeben haben, jedoch leide sie tagtäglich seit Jahrzehnten unter den Beeinträchtigungen in der Seele und in der Psyche, die nach außen hin aber nicht immer in vollem Ausmaße erkennbar seien.

Er hat hierzu einen neuen Befundbericht von R1 vom 7. August 2023 vorgelegt, in dem dieser die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradiger Episode (ICD 10 F33.1) einer paranoiden schizophrenen Psychose, derzeit mit Negativ- und Positivsymptomatik (ICD 10 F20.0), eines Tinnitus aurium beidseits (ICD 10 H93.1) sowie einer Schmerzkrankung bei degenerativer HWS- und LWS-Erkrankung genannt hat. In Bezug auf die schizophrene Psychose sei zunächst nach der Klinikbehandlung eine kontinuierliche, wenngleich kleinschrittige Besserung zu verzeichnen gewesen, die im Wesentlichen seit 2021 stagniere. An Positivsymptomen liege die Wahrnehmung von intrazerebral attribuierten Schmerz- und Druckgefühl vor, das die Klägerin als „imaginäre Narbe“ wahrnehme. Es bestehe ein deutlicher Zusammenhang mit der Stressbelastung. Eine Reihe von Symptomen, auch die Erschöpfbarkeit und die Konzentrationsproblematik zeige einen klar nachweisbaren Zusammenhang zur jeweilig aktuellen Stressbelastung, so dass Versuche, das Arbeitspensum oder die sozialen Aktivitäten zu steigern, jeweils von einer Zunahme des Schweregrades begleitet gewesen seien. Er halte eine Intensivierung der Leistungsfähigkeit derzeit nicht für machbar, trotz des Wunsches der Klägerin. Die Medikamentencompliance sei sehr gut, die derzeitige Kombinationsbehandlung erfolge mit mit 8 mg Aripiprazol und Elontril [Bupropion] 150 mg am Tag. Klinisch schwerwiegendstes Symptom seien derzeit eine erheblich ausgeprägte Fatigue mit hieraus resultierender Erschöpfbarkeit und Tagesmüdigkeit. An arbeitsfreien Tagen sei ein Einschlafen auch tagsüber häufig. Dies schränke das Alltagsleben erheblich ein. Zwar meistere die Klägerin, die von ihrer Grundstruktur her einen sehr stark ausgeprägten Leistungswillen und beruflichen Ehrgeiz habe, die derzeitigen beruflichen Herausforderungen, sie nehme dafür jedoch ausgeprägte Einschränkungen im Privatleben hin. Der Antrieb sei insgesamt stark vermindert, auch dies habe zur Abgabe der Leitungsfunktion geführt. Das soziale Leben sei durch die Erschöpfbarkeit eingeschränkt. Weiterhin liege ein Tinnitus mit nur partiellem Ansprechen auf eine (mittlerweile wieder beendete) Akupunkturbehandlung und einen Therapieversuch mit Tebonin sowie eine chronische Schmerzkrankung auf Basis einer degenerativen Veränderung der HWS und LWS vor. Die Klägerin sei wach, zu Person, Ort Zeit und Situation orientiert gewesen, im Kontaktverhalten freundlich zugewandt und auskunftsbereit. Der Antrieb sei deutlich gemindert. Im Vergleich zum Vorbefund habe wieder eine leichte Befundverschlechterung durch Zunahme der Fatigue bestanden. Die Grundstimmung sei gedrückt und nachdenklich gewesen, die Auslenkbarkeit unverändert. Die Zukunftssorgen seien im Vergleich zum Vorbefund unverändert gewesen. Die Konzentrationsfähigkeit sei deutlich reduziert gewesen. Neben dem Tinnitus habe weiterhin die Wahrnehmung der „imaginären Narbe“ im Bereich des Cerebrums bestanden. An Halluzinationen habe der beidseitige Tinnitus bestanden; andere Halluzinationen, insbesondere akustisch verbale Halluzinationen, hätten nicht vorgelegen. Es hätten keine Störungen des Ich-Erlebens und keine inhaltlichen Denkstörungen bestanden, keine Zwangssymptome oder Suizidalität. An funktionellen Einschränkungen hätten Konzentrationsschwierigkeiten bestanden, eine Reduktion der alltagspraktischen Fähigkeiten durch Fatigue, eine verminderte Belastbarkeit und ein sozialer Rückzug. Seit dem Gutachten von H1 hätten sich keine wesentlichen Änderungen ergeben. In den nächsten Jahren werde sich absehbar keine Besserung der Symptomatik zeigen.

Der Beklagte hat hierauf mit Schriftsatz vom 20. Dezember 2023 ein Vergleichsangebot unterbreitet, nach dem ein GdB vom 40 ab dem 7. August 2023 festzustellen sei. Die außergerichtlichen Kosten seien nicht zu erstatten, da die Veränderungen des Gesundheitszustandes erst mit dem Befundbericht zu objektivieren gewesen seien. In der dem zu Grunde liegenden versorgungsärztlichen Stellungnahme hat H5 ausgeführt, dass bei episodisch auftretender Erkrankungen ein Durchschnitts-GdB anzunehmen sei. Derzeit liege eine mittelgradige depressive Episode vor, die insbesondere zu einer ausgeprägten Fatigue führe. Die Erhöhung des GdB auf 40 erscheine ab Datum des oben genannten Befundberichtes vertretbar, wobei man sich dann aber bereits im obersten Bereich des Ermessensspielraums bewege. Ein GdB von 50 sei weiterhin nicht zu begründen, da hinsichtlich der paranoiden Schizophrenie nicht mehr von einer relevanten produktiven Symptomatik ausgegangen werden könne.

Der Bevollmächtigte hat dieses Angebot nicht angenommen, da die depressive Störung bereits zuvor verschiedentlich fachärztlich diagnostiziert worden sei und sich nach dem Befundbericht von R1 seit dem Gutachten keine Änderung ergeben habe. Die Klägerin habe sich stark zurückgezogen, die sozialen Kontakte seien extrem stark eingeschränkt. Sie sei weiterhin ständig müde und erschöpft, selbst am Wochenende müsse sie sich ständig ausruhen und schlafen. Die schweren Auswirkungen der Erkrankung machten sie extrem müde. Die Teilhabe am allgemeinen und sozialen Leben sei demnach so stark eingeschränkt, dass sie als Schwerbehinderte anzuerkennen sei. Dass sie pflichtbewusst ihren Dienst absolviere und dabei massiven Raubbau an ihrer Gesundheit betreibe, sei ihr nicht zur Last zu legen. Bevor aber das Gericht (zwingend) von Amts wegen weiter zu ermitteln habe, um dem Vortrag des Beklagten nachzugehen, werde vergleichsweise vorgeschlagen, den von der Klägerin insbesondere für den vorzeitigen Ruhestand benötigten GdB von 50 ab dem 7. August 2023 festzustellen. Nur mit der Feststellung der Schwerbehinderung werde man den massiven Gesundheitseinschränkungen der Klägerin gerecht. Der Tinnitus sei nicht berücksichtigt worden. Dieser sei nicht dekompensiert; sie habe sich nur mit den starken Belastungen tags und nachts abgefunden. Sie sei aber hierdurch dennoch massiv beeinträchtigt und gestört. Ende Oktober 2023 habe sie eine schwere Covid-Infektion erlitten und leide seither unter dauerhaft erhöhter Temperatur; es träten immer wieder anderweitige Krankheitssymptome auf, wie etwa stärkste Magenschmerzen und erhebliche Herzrhythmusstörungen, so dass sie zum Teil auch arbeitsunfähig gewesen sei. Dieser Krankheitszustand dauere leider weiterhin an und erfahre keinerlei Verbesserung. Sie sei weiterhin alle 6 Wochen bei einer Heilpraktikerin zur Dorn-Behandlung [Wirbelsäulentherapie]. Sie leide sehr unter ihrem Zustand und werde auch ihre Rest-Arbeitskraft nicht mehr weiter aufrechterhalten können.

Der Beklagte hat mitgeteilt, dass dem Vergleichsangebot der Klägerin nicht zugestimmt werden könne. An dem eigenen Vergleichsangebot

vom 20. Dezember 2023 werde jedoch festgehalten.

Hinsichtlich des weiteren Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung des Beklagten ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)), auch im Übrigen zulässig und begründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 27. April 2023, mit dem das SG den Beklagten auf die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) unter Aufhebung des Bescheides vom 10. August 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2021 verpflichtet hat, bei der Klägerin seit dem 15. Mai 2020 einen GdB von 60 festzustellen. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen bzw. bei einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung dieser Zeitpunkt (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08](#) –, juris, Rz. 26; BSG, Beschluss vom 09. Dezember 2019 – [B 9 SB 48/19 B](#) – juris, Rz. 8 m.w.N.; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, § 54 Rz. 34).

Die Begründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30. Der angefochtene Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist daher nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Das SG hätte die Klage damit abweisen müssen.

Der Anspruch auf Feststellung des GdB richtet sich nach [§ 152 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des Vierzehnten Buches zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest ([§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird ([§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)).

Menschen mit Behinderungen sind nach [§ 2 Abs. 1](#) Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (Satz 1). Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (Satz 2). Menschen sind im Sinne des Teils 3 des SGB IX schwerbehindert, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB IX](#) rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt ([§ 152 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind ([§ 153 Abs. 2 SGB IX](#)). Nachdem noch keine Verordnung nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) erlassen ist, gelten die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der aufgrund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) erlassenen Rechtsverordnungen, somit die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und 3, des [§ 30 Abs. 1](#) und des [§ 35 Abs. 1 BVG](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl I S. 2412](#)), entsprechend ([§ 241 Abs. 5 SGB IX](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellte und fortentwickelte Anlage „VG“ zu [§ 2 VersMedV](#) ist an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) getreten. In den VG wird – ebenso wie zuvor in den AHP – der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (vgl. BSG, Urteil vom 1. September 1999 – [B 9 V 25/98 R](#) –, juris, Rz. 14 f.; BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 – [B 9 SB 35/10 B](#) –, juris, Rz. 5). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen, unabhängig ihrer Ursache, final bezogen ist. Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Ein GdB setzt stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies ist insbesondere bei Kindern und älteren Menschen zu beachten. Physiologische Veränderungen im Alter sind bei der Beurteilung des GdB nicht zu berücksichtigen. Als solche Veränderungen sind die körperlichen und psychischen Leistungseinschränkungen anzusehen, die sich im Alter regelhaft entwickeln, also für das Alter nach ihrer Art und ihrem Umfang typisch sind. Demgegenüber sind pathologische Veränderungen, also Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, bei der Beurteilung des GdB auch dann zu berücksichtigen, wenn sie erstmalig im höheren Alter auftreten oder als „Alterskrankheiten“ (etwa „Altersdiabetes“ oder „Altersstar“) bezeichnet werden (VG, Teil A, Nr. 2 c).

Erfasst werden die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Da der GdB seiner Natur nach nur annähernd bestimmt werden kann, sind beim GdB nur Zehnerwerte anzugeben. Dabei sollen im Allgemeinen Funktionssysteme zusammenfassend beurteilt werden (VG, Teil A, Nr. 2 e). Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Teil-GdB anzugeben; bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen jedoch die einzelnen Werte nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Teil-GdB begründet und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch

das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Die Beziehungen der Funktionsbeeinträchtigungen zueinander können unterschiedlich sein. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein und damit ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen. Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, vor allem dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen paarige Gliedmaßen oder Organe betreffen. Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden. Eine hinzutretende Gesundheitsstörung muss die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung aber nicht zwingend verstärken. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung. Dies gilt auch dann, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen.

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

Eine rechtsverbindliche Entscheidung nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer unbenannten Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzelfall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 24). Der Teil-GdB ist somit keiner eigenen Feststellung zugänglich. Er erscheint nicht im Verfügungssatz des Verwaltungsaktes und ist nicht isoliert anfechtbar. Es ist somit auch nicht entscheidungserheblich, ob von Seiten des Beklagten oder der Vorinstanz Teil-GdB-Werte in anderer Höhe als im Berufungsverfahren vergeben worden sind, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird. Das Schwerbehindertenrecht kennt nur einen Gesamtzustand der Behinderung, den gegebenenfalls mehrere Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit bestimmen (vgl. BSG, Beschluss vom 1. Juni 2015 - [B 9 SB 10/15 B](#) -, juris, Rz. 15).

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze sowie unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist der Senat nach Auswertung der vorliegenden medizinischen Unterlagen, die der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet ([§ 118 Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung \[ZPO\]](#)), sowie nach Würdigung des Gutachtens des gerichtlichen Sachverständigen H1 und der Aussage der sachverständigen Zeugin H2 davon überzeugt, dass der GdB seit der Antragstellung im Mai 2020 mit 30 zu bewerten ist.

Die im Vordergrund stehende Erkrankung der Klägerin im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 e) ist mit einem Teil-GdB von 30 ausreichend berücksichtigt.

Nach den VG Teil B Nr. 3.6 sind schizophrene und affektive Psychosen bei langdauernder (über ein halbes Jahr anhaltender) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten mit einem GdB von 50 bis 100 zu bewerten. Bei einem schizophrenen Residualzustand (z.B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen ist bei fehlenden sozialen Anpassungsschwierigkeiten eine GdB von 10 bis 20 vorgesehen. Bei leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten sehen die VG einen GdB von 30 bis 40 vor, sind diese mittelgradiger Ausprägung, ist ein GdB von 50 bis 70 vorgesehen.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann sich der Senat vom Vorliegen des Erkrankungsbildes einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F 20.0), wie es der gerichtliche Sachverständige H1 diagnostiziert hat, nicht im erforderlichen Vollbeweis überzeugen. In seinem Gutachten hat dieser bereits selbst die begründeten Zweifel daran aufgezeigt, nämlich, dass die Krankheit angeblich seit 1988 aufgetreten sein soll, aber erst anlässlich der Behandlung in der J1-Klinik 2020 diagnostiziert worden wäre. Er schätzt dies als ungewöhnliche Verlaufsvariante ein und übersieht dabei, dass während des Klinikaufenthalts weder ein Wahnerleben, noch Sinnestäuschungen auftraten, hat aber auf Zweifel hingewiesen, ob die psychotische Erkrankung überhaupt richtig diagnostiziert wurde. Dies untermauert er damit, dass im immerhin neun Seiten umfassenden Bericht aus der J1-Klinik konkretere Schilderungen der als akustische Halluzinationen bewerteten Phänomene fehlen. Die Halluzinationen (Stimmenhören) und das Wahnerleben (Beeinflussungswahn) hat demzufolge allein die Klägerin geschildert, ohne dass dies jemals über einen Zeitraum von immerhin 30 Jahren ärztlich beobachtet oder gesichert worden ist bzw. ihrem erfolgreichen Lebensweg im Wege stand. Dass die Klägerin, wie der Sachverständige ausführt, im weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr über diese „Stimmen“ berichtet hat und ihre Behandler deshalb fälschlicherweise davon ausgegangen sind, dass sich die Symptomatik komplett zurückgebildet hat, erweist sich als bloße Spekulation. Das gilt umso mehr, als er erhebliche begründete Zweifel daran anbringt, dass sich bei einer über Jahrzehnte produktiv-psychotisch verlaufenen Schizophrenie diese durch eine erstmalige neuroleptische Behandlung innerhalb kurzer Zeit „komplett zurückbildet“, sei sehr ungewöhnlich. Anders als die Klägerin glauben machen will, kann sie das Krankheitsgeschehen nicht willentlich ohne Behandlung beeinflussen, es kommt also nicht auf den Mut an von der Krankheit zu berichten, sondern diese hätte sich unbehindert zu irgendeinem Zeitpunkt bemerkbar machen müssen. Dazu passend nennt R1 als im Vordergrund stehende Diagnose die rezidivierende depressive Störung.

Selbst wenn ein schizophrenes Residuum bestünde, so wäre dieses angesichts der hohen Funktionalität der Klägerin (dazu im Einzelnen unten) auch nur mit einem Teil-GdB von 30 zu berücksichtigen. Der Senat erachtet hingegen eine Bewertung nach den VG, Teil B, Nr. 3.7 für geboten. Danach begründen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen in Form leichterer psychovegetativer oder psychischer Störungen einen GdB von 0 bis 20, stärkere Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) einen GdB von 30 bis 40, schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten einen GdB von 80 bis 100.

Die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, insbesondere wenn es sich um eine affektive oder neurotische Störung nach F30.- oder F40.- ICD-10 GM handelt, manifestieren sich dabei im psychisch-emotionalen, körperlich-funktionellen und sozial-kommunikativen Bereich (vgl. Philipp, Vorschlag zur diagnoseunabhängigen Ermittlung der MdE bei unfallbedingten psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, MedSach 6/2015, S. 255 ff.). Diese drei Leidensebenen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung angesprochen (vgl. BSG, Beschluss vom 10. Juli 2017 – [B 9 V 12/17 B](#) –, juris, Rz. 2). Dabei ist für die GdB-Bewertung, da diese die Einbußen in der Teilhabe am Leben in der (allgemeinen) Gesellschaft abbilden soll, vor allem die sozial-kommunikative Ebene maßgeblich (vgl. Senatsurteil vom 12. Januar 2017 – [L 6 VH 2746/15](#) –, juris, Rz. 61). Bei dieser Beurteilung ist auch der Leidensdruck zu würdigen, dem sich der behinderte Mensch ausgesetzt sieht, denn eine „wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“ meint schon begrifflich eher Einschränkungen in der inneren Gefühlswelt, während Störungen im Umgang mit anderen Menschen eher unter den Begriff der „sozialen Anpassungsschwierigkeiten“ fallen, der ebenfalls in den VG genannt ist. Die Stärke des empfundenen Leidensdrucks äußert sich nach ständiger Rechtsprechung des Senats auch und maßgeblich in der Behandlung, die der Betroffene in Anspruch nimmt, um das Leiden zu heilen oder seine Auswirkungen zu lindern. Hiernach kann bei fehlender ärztlicher oder der gleichgestellten ([§§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Krankenversicherung) psychotherapeutischen Behandlung durch – bei gesetzlich Versicherten zugelassene – Psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht davon ausgegangen werden, dass ein diagnostiziertes seelisches Leiden über eine leichtere psychische Störung hinausgeht und bereits eine stärker behindernde Störung im Sinne der GdB-Bewertungsgrundsätze darstellt (Senatsurteil vom 22. Februar 2018 – [L 6 SB 4718/16](#) –, juris, Rz. 42; vgl. auch LSG Baden- Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2010 – [L 8 SB 1549/10](#) –, juris, Rz. 31).

Bei der Klägerin steht eine depressive Symptomatik im Vordergrund, die auch die Einweisungsdiagnose des R1 in die J1-Klinik war, aber deren hohe Funktionalität nicht nennenswert einschränkt. Eine Zwangsstörung oder eine anankastische Persönlichkeitsstörung liegen bei ihr indes nicht vor, was sich aus dem Gutachten des H1 ergibt, der darauf hinweist, dass die Klägerin zwar zwanghafte Verhaltensweisen berichtete, diese aber selbst nicht als pathologisch oder im Vordergrund ihrer Leiden stehend wertete.

Der Teil-GdB von 30, d. h. nicht unter Ausschöpfung des Bewertungsrahmens, ist allein deswegen gerechtfertigt, weil die Klägerin eine niedrigfrequente psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt und daneben eine medikamentöse Therapie durchführt.

Das hat sich schon bei der Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen H1 gezeigt, der trotz der Ausnahmesituation, die mit einer solchen Begutachtung einhergeht, bei dem immerhin vierstündigen Untersuchungsgespräch nur leichte Konzentrationsstörungen, eine erhöhte Erschöpfbarkeit und eine leichte Antriebsminderung festgestellt hat. Das belegt in tatsächlicher Hinsicht die erhebliche Stressresilienz der Klägerin, die sich gut in Übereinstimmung mit ihrem beruflichen Werdegang und ihrer schließlich erlangten Führungsposition bringen lässt, die sie sich mit hoher Durchsetzungskraft erkämpft hat, indem sie alle Bewerbungsverfahren blockierte.

Der Senat entnimmt dem Gutachten im weiteren, dass bei dem psychischen Befund bis auf Konzentrationsstörungen, eine als nur weitgehend ausgeglichen bezeichnete Stimmung, eine leicht reduzierte Antriebslage und eine vermehrte Erschöpfbarkeit keine Auffälligkeiten zu erheben waren. Insbesondere zeigten sich die Gedächtnisfunktionen ohne grobe Defizite, der formale Gedankengang war geordnet, Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen oder für Ich-Störungen ergaben sich nicht. Ausgeprägte affektive Krankheitssymptome oder eine psychomotorische Hemmung bestanden nicht, Gestik und Mimik waren normal. Die Psychopathologie ist damit eher gering ausgeprägt, worauf H3 versorgungsärztlich zutreffend hingewiesen hat.

Insbesondere die von der Klägerin als im Vordergrund stehend angegebenen Konzentrationsstörungen sind nur leicht ausgeprägt. Soweit in dem Zwischenbericht der J1-Klinik, dem Arztbrief der H2 und dem Befundbericht von R1 noch deutliche bzw. „anhaltend schwere“ (H2) Konzentrationsstörungen berichtet wurden, ist dies durch das Gutachten des H1 in aller Deutlichkeit widerlegt, da der Sachverständige während des Untersuchungsgesprächs nur leichte Konzentrationsstörungen feststellen konnte, die – was der Senat für bezeichnend hält – über die vierstündige Dauer der Untersuchung auch nicht zunahm. Die Klägerin hat zwar dem Gutachter in der Beschwerdeschilderung ebenfalls von großen Konzentrationsproblemen berichtet; diese ließen sich jedoch nicht in dieser Schwere erhärten. Soweit die Klägerin auf eine TIA verweist, folgt hieraus nichts anderes, da eine solche ebenso wie eine Atrophie durch die MRT aus März 2009 gerade ausgeschlossen worden ist. Der Sachverständige ist damit seiner zentralen Aufgabe, die geschilderten Beschwerden kritisch zu hinterfragen, nachgekommen, was die Tätigkeit des Sachverständigen von derjenigen eines therapeutisch tätigen Behandlers wie R1, H2 oder der Ärzte der J1-Klinik unterscheidet.

Dies gilt ebenso, soweit die Klägerin deutliche bzw. anhaltend schwere Störungen der Merkfähigkeit berichtete, da der Sachverständige H1 bei seiner Befunderhebung insoweit keine groben Defizite feststellen konnte.

Der Antrieb ist daneben nur leicht reduziert, was der Senat dem Gutachten des H1 entnimmt. Soweit die J1-Klinik und R1 diesen als insgesamt stark vermindert angesehen haben, passt dies nicht zu dem Einsatz der Klägerin als Beamtin in einer Führungsposition. Denn als solche ist sie hinsichtlich Flexibilität, Stressbewältigung, Personalverantwortung und Zeitmanagement sehr gefordert, worauf auch H2 hingewiesen hat. Allein berichtete Schwierigkeiten bei der Ausübung dieser Tätigkeit lassen aber nicht notwendigerweise auf einen stark verminderten Antrieb schließen.

Die psychischen Funktionseinschränkungen führen bezogen auf die für den GdB relevante Teilhabe der Klägerin am Leben in der Gemeinschaft nur zu leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten, worauf H3 bereits zutreffend versorgungsärztlich hingewiesen hat. Denn bei den behaupteten Funktionseinschränkungen ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin ihrer auch nach Abgabe der Leitungsfunktion anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit weiterhin nachgehen kann und – wie es R1 ausdrückt – bei ihrem sehr stark ausgeprägten Leistungswillen und beruflichen Ehrgeiz die derzeitigen beruflichen Herausforderungen zu meistern vermag. Der Klägerin ist damit eine Berufstätigkeit trotz ihrer Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich. Die von ihr bei der 2021 aufgegebenen Leitungsfunktion empfundene Überforderung mit den Aufgaben einer Beamtin in einer Führungsposition und der damit verbundenen Personalverantwortung für ca. 50 Mitarbeiter sowie die Verringerung der Arbeitszeit begründen keine mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Hinzu kommt, dass bei der Klägerin, die einen strukturierten Tagesablauf mit Arbeit, Einkaufen, Mahlzeiten und Fernsehen hat, Auto fährt und ihren Haushalt selbstständig versorgt. Mit dem Sachverständigen ist daher nur ein leichter sozialer Rückzug festzustellen. Die Klägerin verfügt auch weiterhin über verschiedene soziale Aktivitäten und Kontakte, sie ist in der Lage, diese zu gestalten und zu pflegen, worauf der Beklagte zu Recht hinweist. So besteht über die Kirchengemeinde und ihre frühere Tätigkeit

im Kirchengemeinderat ein Bekanntenkreis bzw. Freundeskreis mit Treffen an Wochenenden zum Kaffeetrinken in einer der Wohnungen, hinzu kommen auch familiäre Kontakte in Form von Treffen mit ihrem Bruder und ihrer Schwägerin sowie sonntags lange Telefonate mit ihrer Mutter.

Selbst wenn es zutreffen würde, dass die Klägerin wegen ihrer psychischen Erkrankung nie eine Partnerschaft geführt habe, ist dies nicht krankheitswertig, weil sie selbst bei dem Sachverständigen auch angegeben hat, kein Interesse an einer Beziehung gehabt zu haben, da das (berufliche) Leben so interessant gewesen sei.

Innerhalb des GdB-Rahmens von 30 bis 40 hält der Senat in Übereinstimmung mit den bisherigen versorgungsärztlichen Stellungnahmen im zeitlichen Durchschnitt einen GdB von 30 für angemessen. Hierfür ist maßgebend, dass die Psychopathologie eher gering ausgeprägt ist und eine gute Strukturierung und ebenso entsprechende Aktivitäten wie soziale Kontakte vorhanden sind, dass zwar eine medikamentöse und regelmäßige psychiatrische Behandlung, aber keine Psychotherapie (mehr) erfolgt und dass die Klägerin insbesondere in dem wichtigsten Bereich möglicher Funktionseinbußen auf Grund psychischer Erkrankungen, der sozial-kommunikativen Leidensebene (vgl. Urteil des Senats vom 12. Januar 2017 - [L 6 VH 2746/15](#) -, juris, Rz. 61) nicht wesentlich betroffen ist. Eine Befundverschlechterung, wie sie H5 versorgungsärztlich sehen will, ergibt sich unter Berücksichtigung des Verlaufs nicht, sodass der versorgungsärztlichen Einschätzung, dass nunmehr ein GdB von 40 anzunehmen sein soll, nicht gefolgt werden kann. Im Übrigen hat H5 selbst seine Beurteilung mit einem GdB von 40 als weitreichend angesehen. Im Hinblick auf die gebotene durchschnittliche Bewertung des GdB hält der Senat einen GdB von 30 daher weiterhin für ausreichend. Da die Bewertung des GdB keine medizinische, sondern eine im Ergebnis von dem Senat zu beantwortende rechtliche Fragestellung ist, besteht auch keine Bindung an die entsprechende Einschätzung des medizinischen Sachverständigen (vgl. BSG, Beschluss vom 22. Dezember 2017 - [B 9 SB 68/17 B](#) -, juris, Rz. 6; Urteil des Senats vom 10. August 2023 - [L 6 SB 1549/21](#) -, juris, Rz. 69).

Der von der Klägerin berichtete Tinnitus ist in dem genannten Funktionssystem mit zu berücksichtigen, begründet aber für sich genommen keinen höheren Teil-GdB. Nach den VG, Teil B, Nr. 5.3 sind Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen mit einem GdB von 0 bis 10 zu bewerten, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einem GdB von 20, mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von mindestens 50. Eine gesonderte (erhöhende) Bewertung im Funktionssystem „Ohren“ (s.u.) scheidet schon deshalb aus, da eine sichere Differenzierung zwischen dem Tinnitus und akustischen Halluzinationen nach dem Gutachten von H1 nicht möglich ist und D1 auf HNO-ärztlichem Fachgebiet keinen pathologischen Befund sichern konnte, sondern nur weitergehende Untersuchungen empfohlen hat, die die Klägerin nicht durchführen lassen wollte. Auch R1 hat den Tinnitus im August 2023 im Übrigen als akustische Halluzination gewertet. Der Tinnitus ist von H2 als psychosomatisch angesehen worden. Damit stimmt überein, dass D1 wegen der Varianz in Frequenz, Lokalisation und Klangcharakter des Tinnitus kein fixiertes Ohrgeräusch angenommen hat. Soweit die Klägerin bei der Untersuchung durch den Sachverständigen angegeben hat, dass sie einen seit Monaten konstanten Tinnitus habe und dass ihr die Tipps des D1 insoweit gefühlt nicht gutgetan hätten, lässt sich dies damit vereinbaren, da es sich im Falle der Klägerin nicht um eine körperliche Erkrankung handelt. Dasselbe gilt für das berichtete nur partielle Ansprechen des Tinnitus auf Akupunktur und einen Therapieversuch mit Tebonin. Hierfür spricht im Übrigen, dass die Klägerin selbst von einem Zusammenhang des Tinnitus mit der beruflichen Belastung und der damit verbundenen Anspannung berichtet hat. Als Begleiterscheinung bzw. Symptom der psychischen Erkrankung ist der Tinnitus dort zu berücksichtigen. Wegen gerade fehlender psychischer Auswirkungen des Tinnitus wirkt dies nach den dargestellten Bewertungskriterien allerdings ebenfalls nicht GdB-erhöhend.

Weitere Funktionseinschränkungen, die einen Teil-GdB von mindestens 20 begründen könnten, liegen nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht vor.

Im Funktionssystem „Ohren“ liegt eine Schallempfindungsschwerhörigkeit vor, die keinen GdB von mindestens 10 begründet. Der Senat stützt sich dabei auf die Untersuchungsergebnisse des D1, der aber zugleich mitgeteilt hat, dass die Ergebnisse der objektiven Hörprüfungen nur ungenügend mit den subjektiven Angaben im Tonschwellenaudiogramm übereinstimmten, also unplausibel und damit nicht objektiviert sind. Er hat deswegen konsequenterweise bei unklarer Ursache der bilateral angegebenen Schallempfindungskomponente weitere Untersuchungen angeraten, die indessen von der Klägerin nicht gewünscht wurden, da sie mit ihrem Hörvermögen im Alltag gut zurechtkomme. Nachdem somit nach eigener Einschätzung keine nennenswerte Behinderung durch die Schallempfindungsschwerhörigkeit begründet wird, ist auch kein GdB von mindestens 10 gerechtfertigt. Dies wird im Ergebnis dadurch bestätigt, dass auch während der Behandlung in der J1-Klinik das Gehör nicht erkennbar beeinträchtigt war. Soweit die behandelnden H2 fachfremd mitgeteilt hat, dass die Klägerin bei Schallempfindungsschwerhörigkeit schwer höre, sind das keine neuen Erkenntnisse, zumal sich auch weiterhin HNO-ärztliche Behandlungen der von der Klägerin im Klageverfahren vorgelegten Schweigepflichtentbindungserklärung nicht entnehmen lassen.

Die Klägerin leidet im Funktionssystem „Rumpf“ ferner unter einem chronischen HWS- wie einem LWS-Syndrom bei Skoliose, was den Berichten der J1-Klinik zu entnehmen ist. Diese sind nach den VG, Teil B, Nr. 18.9 als Wirbelsäulenschäden mit nur geringen funktionellen Auswirkungen mit keinem höheren Teil-GdB als 10 zu bewerten. Für zumindest mittelgradige funktionelle Auswirkungen in zumindest einem WS-Abschnitt, die nach den VG mit einem Teil-GdB von 20 zu berücksichtigen wären, besteht kein Anhalt. Nach der Schweigepflichtentbindungserklärung findet schon keine fachärztliche Behandlung statt, was den geringen Ausprägungsgrad belegt. Der Hausarzt hat zwar von seit Jahren bestehenden HWS-Beschwerden bei deutlichen Muskelverspannungen berichtet, gerade die Beweglichkeit der HWS war während der Behandlung in der J1-Klinik aber frei. Die behandelnde H2 hat zwar fachfremd ebenfalls über ein chronisches Schmerzsyndrom der HWS und LWS berichtet, das sich durch die psychische Erkrankung psychosomatisch verstärken soll. Indessen konnte durch die physiotherapeutische Behandlung allein bereits eine deutliche Schmerzreduktion der gesamten Wirbelsäule und des Haltungsapparates erreicht werden können, was den Schweregrad noch einmal relativiert.

Im Funktionssystem „Atmung“ bestand weiterhin von Juni bzw. Juli 2020 eine Nasenatmungsbehinderung bei leichter Nasenseptumdeviation und Nasenmuschelhyperplasie, die mit einem GdB von maximal 10 zu bewerten ist. Nach den VG Teil B Nr. 6.2 ist bei Verengung der Nasengänge einseitig je nach Atembehinderung ein GdB von 0 bis 10 vorgesehen, bei einer doppelseitigen Verengung mit leichter bis mittelgradiger Atembehinderung ein GdB von 10, erst wenn diese stärker ist, kann ein GdB von 20 gerechtfertigt sein. Nach dem Befundbericht des D1 lag zwar eine subjektiv unbefriedigende Nasenatmung vor, weshalb der Klägerin eine Verkleinerung der Nasenmuscheln angeraten wurde. Diese hat sie aber in der Folgezeit nicht in Anspruch genommen, was den geringen Leidensdruck belegt und gegen eine starke Atembehinderung spricht, die mit einem GdB von 20 zu bewerten wäre. Auch die von D1 berichtete

Tubenbelüftungsstörung führt nicht zu keinem höheren GdB; insbesondere wird keine chronische Mittelohrentzündung berichtet.

Im Funktionssystem „Beine“ besteht ferner eine Fußdeformität, die mit einem GdB von 10 zu bewerten ist. Nach den VG Teil B Nr. 18.14 ist bei anderen Fußdeformitäten als einem Klumpfuß, die ohne wesentliche statische Auswirkungen (z.B. Senk-Spreizfuß, Hohlfuß, Knickfuß, auch posttraumatisch) sind, ein GdB von 0 angemessen. Bei statischer Auswirkung und einer Funktionsstörung geringen Grades sehen die VG einen GdB von 10 vor, bei einer solchen stärkeren Grades einen GdB von 20. Der von der J1-Klinik wie auch von dem Sachverständigen angegebene sehr ausgeprägte Hallux valgus (bei einem bereits 2011 berichteten Spreizfuß) verursacht zwar Beschwerden beim Laufen; mehr als geringe statische Auswirkungen sind jedoch nicht ersichtlich. Dies wird durch die von dem Sachverständigen H1 referierten Schilderungen des Tagesablaufes der Klägerin bestätigt, in denen sie angegeben hat, sich abends gerne noch eine halbe Stunde in der E2 Innenstadt zu Fuß zu bewegen und samstags auch gerne über den Markt zu „schlendern“. Dies belegt gleichzeitig, dass die von der Klägerin geltend gemachte Sprunggelenksverrenkung während der stationären Behandlung in der J1-Klinik eine nur vorübergehende Verletzung gewesen ist, die keine überdauernden Funktionseinschränkungen hinterlassen, die im Funktionssystem zusätzlich zu berücksichtigen wären.

Die Schilddrüsenunterfunktion, die unter Substitution stabil ist, wird im Funktionssystem „Stoffwechsel und Innere Sekretion“ berücksichtigt. Nach den Befunden des L1 wird dadurch ein GdB von mindestens 10 nicht begründet. Nach den VG, Teil B, Nr.15.6 sind Schilddrüsenfunktionsstörungen gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Organkomplikationen (z.B. Exophthalmus, Trachealstenose) sind gesondert zu beurteilen. Die von der Klägerin auf die Schilddrüsenmedikamente zurückgeführte „massive Müdigkeit“ ist in diesem Zusammenhang ärztlich nicht bestätigt worden; die Müdigkeit wurde von der Klägerin zudem bereits im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung geklagt.

Weitere Funktionseinschränkungen in anderen Funktionssystemen, die einen GdB von mindestens 10 begründen könnten, sind weder dargelegt noch anderweitig ersichtlich.

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Die vorliegenden Unterlagen und die Ergebnisse der durchgeführten Ermittlungen haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen Grundlagen vermittelt. Soweit die Klägerin zuletzt Einschränkungen aufgrund einer Covid-Infektion geltend gemacht hat, sind schon keine ärztlichen Befunde mitgeteilt worden, vielmehr nur eine Behandlung alle sechs Wochen bei der Heilpraktikerin. Mangels tatsächlicher Anknüpfungstatsachen hat weiterer Ermittlungsbedarf damit nicht bestanden, zu Ermittlungen „ins Blaue hinein“ ist der Senat nicht verpflichtet (vgl. BSG, Beschluss vom 1. April 2021 - [B 9 V 60/20 B](#) -, juris, Rz. 18).

Der Gesamt-GdB ergibt sich hier aus dem Teil-GdB von 30 im Funktionssystem „Gehirn einschließlich Psyche“ und erhöht sich nach den dargestellten Grundsätzen durch die hinzutretenden leichten Behinderungen mit einem Teil-GdB von jeweils nicht mehr als 10 nicht weiter.

Auf die Berufung des Beklagten war daher der Gerichtsbescheid des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt das Unterliegen der Klägerin in beiden Instanzen.

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-02-28