

L 6 SB 1321/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 10 SB 4336/12

Datum

07.02.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 1321/14

Datum

24.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 7. Februar 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die teilweise Aufhebung eines Verwaltungsaktes, mit dem der Grad der Behinderung (GdB) von 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt wurde.

Die 1959 geborene Klägerin ist Mutter zweier erwachsener Kinder. Ab etwa 1995 lebte sie von ihrem Ehemann, dem Vater ihrer Kinder, innerhalb der Wohnung getrennt, nach der Scheidung im Jahre 2000 auch häuslich. Eine im Jahre 2007 neu eingegangene Beziehung wurde durch den Lebenspartner im späten Frühjahr 2012 beendet. Seither lebt sie allein.

Nach dem Abitur absolvierte die Klägerin ein Praktikum in einem Kindergarten. Anschließend besuchte sie eine pädagogische Hochschule. Nach einer Unterbrechung wegen der Kindererziehung nahm sie ab 1994 an einem Lehrgang für Schwesternhelferinnen mit anschließendem Praktikum in einem Seniorenpflegeheim teil. Zudem wurde sie zur Familienpflegerin ausgebildet. In diesem Beruf war sie bis 2002 tätig. Wegen einer Epicondylitis, also eines schmerzhaften Reizzustandes der Sehnenansätze, im rechten Unterarm schulte sie anschließend zur Ergotherapeutin um und arbeitete als solche bis 2005. Nach einer kurzen Tätigkeit als Fachlehrerin an der F.-von-B.-Schule in Ulm bildete sie sich ab Anfang 2006, mit einer halbjährlichen Unterbrechung wegen ihrer Brustkrebserkrankung, durch Teilnahme an einem sonderpädagogischen Fachseminar bis Anfang 2008 weiter. Nach einer kurzen Beschäftigung in einem Schulkindergarten arbeitete sie von 2008 bis 2014 an der L.-G.-Schule in Kronau, einer Schule für Menschen mit Körperbehinderung. Im Herbst 2014 zog sie um und ist seither an der G.-Sch.-Schule in Künzelsau, einer Schule mit Förderschwerpunkt im Bereich der geistigen, körperlichen und motorischen Entwicklung, tätig. Seit dem Schuljahr 2013/2014 ist ihr Deputat wegen der Schwerbehinderung um wöchentlich zwei Stunden ermäßigt.

In der Frauenklinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe war am 15. September 2006 eine großzügige Segmentresektion und Sentinel-Lymphonodektomie wegen eines Mammakarzinoms links supramamillär (Tumorklassifikation: G1, pT1c, pNO [0/2 sn], M0, R0) sowie nach zwischenzeitlichem häuslichen Aufenthalt am 16. Oktober 2006 eine Nachresektion erfolgt (Entlassungsbericht des Direktors Prof. Dr. U. vom 29. November 2006). Beim zweiten stationären Aufenthalt entwickelte sich eine Wundheilungsstörung, welche sich unter täglicher Wundspülung und Antibiose mit Ciprobay besserte. Ende Oktober 2006 konnte die Klägerin nach Hause entlassen werden. Wegen der Erkrankung der linken Brust in Heilungsbewährung und deren Teilverlust stellte der Beklagte auf Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 14. März 2007 den GdB mit 50 ab 22. Januar 2007 fest. Im Herbst 2011 leitete er unter Beziehung medizinischer Befundunterlagen ein Nachprüfungsverfahren ein, woraufhin die Klägerin am 22. September 2011 "die Verlängerung" der Feststellung des GdB mit 50 begehrte.

Vom 18. November bis 16. Dezember 2009 erfolgte auf Initiative der Klägerin eine stationäre Rehabilitation in der Abteilung Onkologie der Klinik Schwabenland in Isny. Der Facharzt für Hämatologie/Internistische Onkologie Dr. O. diagnostizierte anschließend einen Zustand nach einer bösartigen Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet (ICD-10 C50.9), eine Lumboischialgie (ICD-10 M54.4) und eine Spondylolisthesis im Lumbalbereich (ICD-10 M43.16). Als Hauptdiagnose ist von einem Mammakarzinom links, perimenopausal und initial pT1c, N0 (0/2), M0, G1 ausgegangen worden. Ein Hinweis auf ein Rezidiv oder Metastasen habe nicht vorgelegen. Die linke Brust habe sich mit einem deutlichen Gewebseffekt gezeigt. Eine Induration, also eine Verhärtung des Gewebes, habe nicht vorgelegen. Die Klägerin habe keinen Bedarf an einer psychoonkologischen Betreuung geäußert. Beim Abschlussgespräch habe sie eine körperliche und psychische Stabilisierung angegeben. Sie habe sich erholter, körperlich leistungsfähiger und psychisch ausgeglichener gefühlt. Diese

Selbsteinschätzung habe sich von ärztlicher Seite bestätigen lassen. Bei der Entlassung seien keine Medikamente angewendet oder verordnet worden. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. bestätigte Anfang Oktober 2011, dass kein Rezidiv oder Metastasen aufgetreten seien.

Nach der versorgungsärztlichen Einschätzung von Dr. B. von Dezember 2011 sei der Teilverlust der linken Brust nunmehr mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten. Da die Migräne und die Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule ebenfalls nur jeweils einen Teil-GdB von 10 bedingten, sei ein höherer Gesamt-GdB als 10 nicht begründbar. Daraufhin hörte der Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 21. Dezember 2011 dazu an, dass eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen insoweit eingetreten sei, als bezüglich des Tumorleidens die fünfjährige Heilungsbewährung abgelaufen sei und weder ein Rezidiv noch ein sonstiger pathologischer Befund vorgelegen habe, der auf ein Weiterbestehen des Grundleidens hinweise. Es sei daher von der Heilungsbewährung auszugehen. Ein GdB von mindestens 20 könne nicht mehr festgestellt werden.

Mit Bescheid vom 2. Februar 2012, der am Folgetag abgesandt wurde, hob der Beklagte, nachdem sich die Klägerin insbesondere näher zu ihrem Wirbelsäulenleiden geäußert hatte, den Bescheid vom 14. März 2007 ab 5. Februar 2012 auf, soweit ein höherer GdB als 20 festgestellt worden war. Dem hiergegen erhobenen Widerspruch wurde mit Bescheid vom 21. November 2012 insoweit abgeholfen, als die vorgenommene Aufhebung teilweise zurückgenommen wurde und der GdB nach dem 4. Februar 2012 nunmehr 30 betrug. Im Übrigen wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. Dezember 2012 zurückgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 29. November 2012 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit der Begründung erhoben, die bei ihr vorliegenden behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigten weiterhin einen GdB von 50. Der Status als Schwerbehinderte ermögliche es ihr, ihre berufliche Deputatsminderung von zwei Wochenstunden beizubehalten. Diese Zeit benötige sie, um sich zu regenerieren.

Das SG hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen von Dr. K., Facharzt für Frauenheilkunde, Dr. R., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. sowie Dr. Sch., Facharzt für Orthopädie, eingeholt, welche im Februar 2013 beziehungsweise von Dr. R. im Folgemonat vorgelegt worden sind.

Dr. K. hat ausgeführt, insgesamt sei somatisch keine wesentliche Veränderung im Gesundheitszustand seit Mitte März 2007 feststellbar gewesen. Es hätten anhaltende psychovegetative Beschwerden bestanden. Die Klägerin habe verstärkt Angst vor einem Rezidiv beziehungsweise einem erneuten Malignom der Brust gehabt.

Dr. R. hat nach einmaliger Untersuchung Mitte März 2013 ausgeführt, nicht nur vorübergehend seien ein Spannungskopfschmerz, eine Migräne, ein Schwindel und eine depressive Störung gewesen. Die Migräneattacken seien zwei- bis dreimal im Monat aufgetreten und mit Erbrechen und Lichtscheu verbunden gewesen. Die Klägerin habe sich oft hinlegen müssen, meist am Wochenende. Der Schwindel sei als unspezifisch schwankend, wie ein Wegdriften, beschrieben worden. Sie habe sich nicht mehr konzentrieren können. Ein Hintergrundkopfschmerz sei mehr oder weniger immer vorhanden gewesen. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich indes kein richtungsweisender Befund ergeben. Die Schilderung der Schwindelerscheinungen habe weder für einen zerebralorganischen noch einen peripher vestibulären Schwindel gesprochen, sondern am ehesten auf eine somatoforme Art hingedeutet. Daneben habe wohl ein Kopfschmerz vom Spannungstyp vorgelegen.

Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. hat mitgeteilt, die Depression und die Panikattacken, an denen die Klägerin leide, seien psychopharmakologisch mit Fluoxetin, 40 mg (1-0-0) und Valdoxan, 25 mg (0-0-1) behandelt worden. Psychotherapeutisch werde diese von dem Dipl.-Psych. S. unterstützt. Seit dem Erstkontakt Mitte Juli 2012 habe sie über schwere depressive Symptome wie Zukunftsängste, Traurigkeit, Tagesmüdigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, ständige Müdigkeit, Grübelneigung, Magenschmerzen sowie Antriebs- und Konzentrationsstörungen geklagt. Sie habe außerdem ein- bis zweimal wöchentlich auftretende Migräneattacken mit Erbrechen sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit angeführt. Daneben seien Spannungskopfschmerzen aufgetreten. Zudem habe sie Angst gehabt, erneut an einem Karzinom zu erkranken.

Dr. Sch. hat kundgetan, bei der einmaligen Untersuchung Ende Oktober 2012 seien eine fortgeschrittene Osteochondrose im Bereich C6 bis TH1, eine Gefügelockerung im Bereich C3/4 und eine mehrsegmentale Spondylarthrose von C2 bis TH1 festgestellt worden. Neben diesen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen habe ein Vertigo, also ein Schwindel, bei Blockierung im Bereich C1 vorgelegen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei leichtgradig eingeschränkt gewesen, die Rotation rechts/links habe bis 80-0-70° und die Seitneigung rechts/links bis 45-0-35° vorgenommen werden können.

Dr. R. hat den Entlassungsbericht von Dr. O. über einen weiteren, wiederum eigeninitiativ veranlassten stationären Aufenthalt der Klägerin in der Klinik Schwabenland vom 3. bis 31. Mai 2012 vorgelegt, wonach sich wiederum kein Hinweis auf ein Rezidiv oder Metastasen fand. Nach den Angaben der Klägerin hätten keine gravierenden Funktionseinschränkungen im Alltag und Beruf vorgelegen. Bei adäquater Krankheitsverarbeitung habe sie psychisch stabil gewirkt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme seien der Klägerin keine Medikamente verordnet gewesen. Sie habe sich eigenständig im Alltag und Haushalt versorgen können. In der Familie oder der Freizeit seien keine psychosozialen Belastungen eruiert gewesen. Die Stimmung sei ausgeglichen, der Antrieb regelrecht, die Psychomotorik unauffällig, der Kontakt kooperativ und der Krankheitsbezug reflektiert gewesen. Bereits beim Aufnahmegespräch habe sich ein unauffälliger psychischer Befund gezeigt. Die Wirbelsäule sei im Stand und der Beweglichkeit sowie der Orthopädische Befund der Extremitäten altersentsprechend regelrecht gewesen. Alle Gelenke hätten aktiv und passiv frei bewegt werden können. Der Schwerpunkt der Behandlung sei die Verbesserung von Ausdauer und Kraft sowie die Stabilisierung der Schulter-Arm-Beweglichkeit gewesen. Die Klägerin habe am Leben in der Gesellschaft ohne wesentliche Einschränkungen teilhaben können.

Des Weiteren ist von ihm der Entlassungsbericht des Ärztlichen Direktors der Medizinischen Klinik der F.-St.-Klinik in Bruchsal, Prof. Dr. K., über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 8. bis 10. September 2012 übersandt worden, wonach der Verdacht auf eine Choledocholithiasis, also ein Gallensteinleiden, mit Spontanabgang des Steines, diagnostiziert worden ist. Die stationäre Aufnahme sei mit Erbrechen und epigastrischen Schmerzen erfolgt. Sonographisch habe sich ein langstreckig erweiterter Hauptgallengang (Ductus choledochus - DHC) ohne Steinnachweis bei multiplen kleinen Gallenblasensteinen gezeigt. In der Verlaufskontrolle sei dieser normkalibrig

gewesen und die Klägerin habe komplett beschwerdefrei entlassen werden können, so dass er von einem spontanen Steinabgang ausgegangen sei. In der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie dieser Klinik ist schließlich am 25. September 2012 eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt worden, also die Gallenblase entfernt. Nach dem Entlassungsbericht des Chefarztes Priv.-Doz. Dr. R. sei die Klägerin wegen einer symptomatischen Cholezystolithiasis, mithin einer Steingallenblase, vorgestellt worden. Die abschließende sonographische und laborchemische Kontrolle hätten einen regelrechten Befund gezeigt. Bei einer ambulanten Untersuchung am 18. Oktober 2012 ist durch Priv.-Doz. Dr. R. ein Nabel-/Narbenbruch bei einem Zustand nach laparoskopischer Cholezystektomie ausgeschlossen worden.

Nach mündlicher Verhandlung, bei welcher die Klägerin zugegen gewesen ist, ist die Klage vom SG mit Urteil vom 7. Februar 2014 abgewiesen worden. Der Gesamt-GdB sei mit 30 ausreichend bewertet.

Gegen die der Klägerin am 6. März 2014 zugestellte Entscheidung hat diese am 13. März 2014 beim SG Berufung eingelegt und im Berufungsverfahren beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) vorgetragen, die Depression habe einen GdB von 40 zur Folge. Ferner sei die Migräne bislang nicht angemessen bewertet worden.

Das LSG hat die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. und Dr. R. im April 2014 ergänzend gehört. Der Dipl.-Psych. S. ist erstmals im Folgemonat als sachverständiger Zeuge schriftlich befragt worden. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. hat ausgeführt, die psychische Erkrankung sei höher als mit einem GdB von 20 anzusetzen. Von einer Besserung könne derzeit nicht ausgegangen werden, da die Ängste vor einem erneuten Rezidiv allgegenwärtig seien. Außerdem habe sie nach der Trennung von ihrem Partner im Jahre 2012 starke Angst vor Einsamkeit gehabt. Die Arbeit sei ihr einziger sozialer Kontakt gewesen, nur deswegen sei sie regelmäßig arbeiten gegangen. Nichtsdestotrotz sei sie durch Kraftlosigkeit sowie Antriebs- und Konzentrationsstörungen eingeschränkt gewesen. Dr. R. hat auf seine einmalige Untersuchung Mitte März 2013 hingewiesen. Der Dipl.-Psych. S. hat kundgetan, auf seinem Fachgebiet hätten eine mittelgradige depressive Episode und eine Migräne vorgelegen. Es habe sich keineswegs um lediglich passagere Verstimmungszustände gehandelt. Demgegenüber habe es sich um eine anhaltende Beeinträchtigung gehandelt, welche sich über Jahre hinweg entwickelt habe und bislang nicht ausreichend korrigiert worden sei.

In der nichtöffentlichen Sitzung beim LSG am 30. Oktober 2014 ist die Klägerin gehört worden. Anschließend ist der Entlassungsbericht von Dr. B., Chefarzt der Fachklinik für Orthopädie der MediClin Dünenwald Klinik, Ostseebad Trassenheide über den stationären Aufenthalt vom 31. März bis 28. April 2015 beigezogen worden, wonach Antrieb und emotionale Schwingungsfähigkeit ungestört gewesen seien. Im psychologischen Einzelgespräch habe diese berichtet, sich 2012 von ihrem Partner getrennt zu haben. Seitdem habe sie unter einer gedrückter Stimmung sowie aufkommenden Ängsten und Panikattacken gelitten. Vor nicht allzu langer Zeit sei sie umgezogen und habe den Arbeitsplatz gewechselt. Die Einarbeitung an der neuen Arbeitsstelle habe sie zusätzlich belastet. Sie habe sich sozial isoliert gefühlt und sei am neuen Wohnort ohne Kontakte gewesen. Eine ambulante psychotherapeutische Nachversorgung sei empfohlen und von der Klägerin auch gewünscht worden. Sie habe berichtet, bereits bei zwei Therapeuten auf der Warteliste gestanden zu haben. Neben einer Besserung des Gesundheitszustandes habe am Ende des stationären Aufenthaltes subjektiv und objektiv eine Verbesserung der Fähigkeiten hinsichtlich alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe vorgelegen. Die Entlassungsmedikation habe aus Fluoxetin, 40 mg (1-0-0-0) und Valdoxan, 25 mg (0-0-1-0) sowie bei Bedarf Diclo akut, 75 mg bestanden.

Des Weiteren ist Dr. W. mit der Erstattung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt worden. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung der Klägerin am 3. November 2015 hat er ausgeführt, sie leide an depressiven Verstimmungen, einer Migräne und einem Wirbelsäulenleiden. Hieraus resultierten Funktionseinschränkungen, die mit einem Gesamt-GdB von 30 ausreichend bewertet seien. Eine überdauernde schwere depressive Episode, eine Dysthymie und Panikattacken lägen bei ihr nicht mehr vor. Dass sie sich nach ihrer schulischen Tätigkeit für den Rest des Tages aus ihrem sozialen Umfeld eher zurückgezogen sowie Ruhe und Stille gesucht habe, sei verständlich und nachvollziehbar. Dies entspreche aber keinem krankhaften sozialen Rückzug, sondern einer eigenverantwortlichen Entscheidung zu ihrer Lebensführung, welche ihrer Persönlichkeit mit hohen Ansprüchen an die eigene Leistung entspreche. Die Klägerin sei bei Dr. R. nur einmalig neurologisch untersucht worden, wobei klinisch-neurologisch und apparativ ausschließlich Normalbefunde hätten festgestellt werden können. Die Auskunft des Dipl.-Psych. S. sei wenig nachvollziehbar, da es sich nicht um eine konsequent mit entsprechender Sitzungsfrequenz durchgeführte psychotherapeutische Behandlung in Form einer Verhaltenstherapie gehandelt habe, sondern lediglich um acht stützende Gespräche in größerem Abstand. Nachvollziehbar seien indes depressive Symptome beschrieben worden, welche sich zunächst schleichend nach einer dramatischen Trennung 2012 entwickelt und deutlich verstärkt hätten. Dabei handele es sich allerdings nicht um eine fortdauernde mittelgradige depressive Störung, sondern um anhaltende Verstimmungszustände im Rahmen einer ängstlich-depressiven Persönlichkeit mit einem nachvollziehbaren Rückzug nach anstrengender beruflicher Tätigkeit wegen einer eigenverantwortlichen Entscheidung zur Lebensführung. Es sei nicht ungewöhnlich, dass bestehende Persönlichkeitszüge und eine eigenverantwortliche Entscheidung zur Lebensführung schwer zu ändern seien. Bei der Untersuchung sei die Stimmungslage depressiv-dysthym verstimmt, das Antriebs- und Interessevermögen ausreichend erhalten sowie das Freudevermögen eingeschränkt gewesen. Es sei über Existenz- und Lebensängste ohne krankheitswerte Grübelneigung geklagt worden. Es habe ein ausreichendes emotionales Schwingungsvermögen bestanden. Es seien keine pathologisch affektiven Schwankungen aufgefallen. Eine zirkadiane Tagesverlaufsschwankung sei nicht zu eruieren gewesen. Es hätten sich Hinweise auf eine pflicht- und leistungsbewusste Persönlichkeit mit ängstlich-depressiven Zügen ergeben. Ein krankhafter sozialer Rückzug sei nicht festzustellen gewesen, demgegenüber eine eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensführung mit der Suche nach Ruhe und Entspannung nach beziehungsintensiver beruflicher Tätigkeit im sozialen Bereich. Aktuell habe die Klägerin abends zehn Tropfen Trimipramin eingenommen. Bei Bedarf greife sie zudem auf Diclofenac, 75 mg zurück, derzeit etwa alle zwei bis drei Wochen. Alle vier bis fünf Wochen nehme sie bei stärkeren Schmerzen drei bis vier Tabletten im Abstand von einer Stunde. Andere Anwendungen oder Therapien habe sie nicht gehabt. Vorgesehen sei eine kraniomandibuläre, auch wegen des Zähneknirschens. Deswegen trage sie nachts eine Aufbissschiene. Psychotherapeutische Gespräche habe sie von Dezember 2012 bis Mai 2014 in acht Terminen gehabt. Seit längerem sei sie wieder auf der Suche nach einem Therapieplatz.

Die Klägerin trägt im Wesentlichen vor, die bei ihr vorhandenen Erkrankungen rechtfertigten weiterhin einen GdB von 50. Entscheidend sei, dass sie dies so empfinde. Ohne die Medikamente Fluoxetin und Trimipramin, zuvor Valdoxan, bewältige sie ihren Alltag nicht. Sie stricke gelegentlich etwas für das Enkelkind, was sie aus mangelnder Energie aber selten fertig bringe. Die familiären Entwicklungen in ihrer Herkunftsfamilie und ihrer eigenen Familie belasteten sie sehr. Die unerwartete Trennung von ihrem damaligen Partner sei direkt im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Mai 2012 erfolgt. Sie leide unter ihrem sozialen Rückzug, der krankheitsbedingt

sei. Sie wünsche sich soziale Kontakte und würde gerne an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen. Wegen mangelnder Kraft und Energie sei ihr dies indes nicht möglich. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. habe bestätigt, dass bei ihr eine schwere Störung mit erheblicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit vorliege. Ihr derzeit behandelnder Orthopäde habe ihr attestiert, dass sie wegen der orthopädischen Erkrankungen eine Unterrichtsermäßigung benötige. Sonst könne sich der Gesundheitszustand bis zur Dienstunfähigkeit verschlimmern. Auch Dr. Sch. habe bestätigt, dass ihre Hals- und Lendenwirbelsäule sehr marode sei. Durch die Reduzierung des Deputats hätten sich die Migräne sowie die Kopf- und Nackenschmerzen ein wenig vermindert. Ebenso hätten der Schwindel und die Schweißausbrüche am frühen Morgen nachgelassen.

Sie beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 7. Februar 2014 und den Bescheid vom 2. Februar 2012 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 21. November 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2012 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er trägt im Wesentlichen vor, die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen stützten nach dem 4. Februar 2012 allenfalls noch einen Gesamt-GdB von 30.

Der Berichtstatter hat mit Schreiben vom 2. Dezember 2015 darauf hingewiesen, dass über das Rechtsmittel ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden wird und dies mit weiterem Schreiben vom 17. Dezember 2015 bekräftigt. Den Beteiligten ist Gelegenheit gegeben worden, hierzu Stellung zu nehmen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und auf die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richterinnen und R. durch Beschluss, weil die BerufsR.in und -R. des Senats die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu dieser Verfahrensweise gegeben worden. Zudem ist die Klägerin darauf hingewiesen worden, dass die Berufung wenig aussichtsreich erscheint (vgl. BSG, Urteil vom 25. November 1999 - [B 13 RJ 25/99 R](#) -, [SozR 3-1500 § 153 Nr. 9](#), S. 27).

Die Berufung ist form- und nach [§ 151 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGG](#) beim SG auch fristgerecht eingelegt worden. Die Berufung ist zudem im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der von der Klägerin erhobenen (isolierten) Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) der Erlass des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2012 (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB 2/15 R](#) -, [SozR 4-1300 § 48 Nr. 31, Rz. 13](#)), da es sich bei der angefochtenen Verwaltungsentscheidung vom 2. Februar 2012 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 21. November 2012 um keinen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung handelt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 12. November 1996 - [9 RVs 5/95](#) -, [BSGE 79, 223](#) (225), wonach bei der isolierten Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz maßgeblich ist).

Grundlage für die vom Beklagten - nach Anhörung der Klägerin gemäß [§ 24 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) mit Schreiben vom 21. Dezember 2011 - vorgenommene teilweise Aufhebung des Bescheides vom 14. März 2007 mit Wirkung ab 5. Februar 2012 ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt. Von einer wesentlichen Änderung ist im vorliegenden Zusammenhang bei einer Besserung im Gesundheitszustand der Klägerin auszugehen, wenn aus dieser die Verminderung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2004 - [B 9 SB 1/03 R](#) -, [juris](#), [Rz. 12](#) zur Erhöhung des Gesamt-GdB). Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt (teilweise) aufzuheben und durch die zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1986 - [9a RVs 55/85](#) -, [juris](#), [Rz. 11 m. w. N.](#)). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des aufzuhebenden Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der Überprüfung voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 V 2/10 R](#) -, [juris](#), [Rz. 38 m. w. N.](#); Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 4).

Bei der mit Bescheid vom 14. März 2007 getroffenen Feststellung des GdB mit 50 seit 22. Januar 2007 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. April 2013 - [B 9 SB 6/12 R](#) -, [juris](#), [Rz. 31 m. w. N.](#)). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieser Verwaltungsentscheidung vorlagen, ist durch den erfolgreichen Ablauf des Zeitraumes der Heilungsbewährung der Brusterkrankung der Klägerin eine entscheidungserhebliche Änderung eingetreten. Gemäß der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), Teil B Nr. 1 c ist nach Behandlung bestimmter Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, insbesondere bei bösartigen Geschwulsterkrankungen, eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der Zeitraum der Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre; und zwar ab dem Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder andere Primärtherapie als beseitigt angesehen werden kann. Die hinsichtlich der häufigsten und wichtigsten solcher Krankheiten angegebenen Anhaltswerte für den GdB sind auf den Zustand nach operativer oder anderweitiger Beseitigung der Geschwulst bezogen. Sie beziehen den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche

Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung, etwa langdauernde schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie, sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 SB 4/10 R](#) -, juris, Rz. 22). Wegen dieser Pflicht der Versorgungsverwaltung, trotz der grundsätzlich vorgesehenen Pauschalierung besonders gelagerten Einzelfallkonstellationen zu Gunsten der Betroffenen Rechnung zu tragen (vgl. BSG, a. a. O. und Urteil vom 30. September 2009 - [B 9 SB 4/08 R](#) -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 10](#)), beugen die Regeln über die Heilungsbewährung keinen grundsätzlich gleichheitsrechtlichen Bedenken. Sie lassen den zuständigen Behörden ausreichend Spielraum dafür, in jedem Einzelfall den Gleichheitsgrundsatz ausreichend zur Geltung zu bringen. Verfassungsrechtliche Erwägungen zwingen daher nicht dazu, das Modell der Heilungsbewährung zu überarbeiten (BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB 2/15 R](#) -, [SozR 4-1300 § 48 Nr. 31](#), Rz. 14). Bestehen wie bei der Klägerin keine solchen außergewöhnlichen Folgen oder Begleiterscheinungen der Krebserkrankung, so legen die VG die Höhe des GdB pauschal fest. Erst für die Zeit danach ist dieser nach den konkreten Auswirkungen der vorliegenden Gesundheitsstörungen zu bemessen (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Dezember 2010 - [B 9 SB 35/10 B](#) -, juris, Rz. 7). Beruht daher die Höhe des GdB auf einer Erkrankung, für welche die einschlägigen Normen einen erhöhten GdB-Wert während des Zeitraums der Heilungsbewährung ansetzen, ändert das Verstreichen dieses Zeitraums die wesentlichen, also rechtserheblichen tatsächlichen Verhältnisse, die der Feststellung des GdB zugrunde lagen (BSG, Urteil vom 11. August 2015 - [B 9 SB 2/15 R](#) -, [SozR 4-1300 § 48 Nr. 31](#), Rz. 15 m. w. N.). Die Zeit der Heilungsbewährung von fünf Jahren nach den VG, Teil B, Nr. 14.1 ist spätestens Mitte Oktober 2011 abgelaufen gewesen, nachdem der maligne Brustdrüsentumor in der linken Brust der Klägerin im Stadium "T1 pN0 M0" spätestens am 16. Oktober 2011 vollständig entfernt wurde und ein Rezidiv oder Metastasen seither nicht aufgetreten sind, wie sich der Auskunft der Hausärztin Dr. G., den Berichten von Dr. O. nach zwei stationären Aufenthalten in der Klinik Schwabenland sowie der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. K. entnehmen lässt. Die Klägerin erastete zwar im Jahre 2012 einen Knoten in der linken Brust. Nach einer Biopsie stellte sich dieser indes als Fibroadenom, also als gutartige morphologische Veränderung, heraus, wie sie selbst gegenüber dem Sachverständigen Dr. W. kundtat. Die verbliebenen behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen stützen keinen GdB von 50 mehr, wodurch eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Sämtliche behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen rechtfertigen bei zutreffender Bewertung nach dem 4. Februar 2012 sogar nur einen Gesamt-GdB von 30.

Der Anspruch der Klägerin auf Feststellung des GdB richtet sich nach [§ 69 Abs. 1](#) und 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Danach stellen auf Antrag des Menschen mit Behinderung die für die Durchführung des BVG zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Menschen sind nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehindert sind gemäß [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) Menschen, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt. Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach 10er-Graden abgestuft festgestellt. Hierfür gelten gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX die Maßstäbe des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) und der auf Grund des [§ 30 Abs. 16 BVG](#) (bis 30. Juni 2011: [§ 30 Abs. 17 BVG](#)) erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Von dieser Ermächtigung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Gebrauch gemacht und die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene VersMedV erlassen, um unter anderem die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des [§ 30 Abs. 1 BVG](#) zu regeln (vgl. [§ 1 VersMedV](#)). Die zugleich in Kraft getretene, auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellten und fortentwickelten VG sind an die Stelle der bis zum 31. Dezember 2008 heranzuziehenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" (AHP) getreten. Darin wird der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben (BSG, Urteil vom 1. September 1999 - [B 9 V 25/98 R](#) -, [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)). Hierdurch wird eine für den Menschen mit Behinderung nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Allgemein gilt, dass der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig ihrer Ursache, also 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 regel-mäßig 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 - wie im Falle des Klägers - mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst 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 bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10, 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. 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. 22).

juris, Rz. 17 m. w. N.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die auf der ersten Prüfungsstufe zu ermittelnden, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen und die 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 [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) umfasst nur die Feststellung einer (unbenannten) Behinderung und des Gesamt-GdB. Die dieser Feststellung im Einzel-fall zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen dienen lediglich der Begründung des Verwaltungsaktes und werden nicht bindend festgestellt (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 17/97 R](#) -, juris, Rz. 13). 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 der Senat im Berufungsverfahren Teil-GdB-Werte in anderer Höhe für richtig erachtet als der Beklagte oder die Vorinstanz, wenn der Gesamt-GdB hierdurch nicht beeinflusst wird.

In Anwendung dieser durch den Gesetz- und Ordnungsgeber vorgegebenen Grundsätze und unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung begründen die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen der Klägerin nach dem 4. Februar 2012 keinen höheren Gesamt-GdB als 30, wie nach der teilweisen Aufhebung des Bescheides vom 14. März 2007 durch den Bescheid vom 2. Februar 2012 in der Fassung des Teil-Abhilfebescheides vom 21. November 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2012 festgestellt geblieben ist.

Das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" hat keinen höheren Teil-GdB als 20 zur Folge.

Aufgrund der überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. W. steht für den Senat fest, dass die Klägerin zum maßgeblichen Zeitpunkt für die Aufhebung der Feststellung des GdB von 50, also bei Erlass des Widerspruchsbescheides Mitte Dezember 2012, lediglich an depressiven Verstimmungen litt, wovon auch der sachverständige Zeuge Dr. R., wenn auch nach nur einmaliger Untersuchung Mitte März 2013, ausgegangen ist. Hierzu passt, dass der Facharzt für Frauenheilkunde Dr. K. Anfang 2013 lediglich anhaltende psychovegetative Beschwerden angeführt hat. Selbst wenn die depressiven Verstimmungen im Jahre 2012 noch als Dysthymia (ICD-10-GM-2012 F34.1) zu diagnostizieren gewesen wären, wie von der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. als sachverständiger Zeugin vorgenommen, was Dr. W. indes offengelassen hat, sind die durch die psychische Erkrankung bedingten Funktionsstörungen mit einem GdB von 10 angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Die von der sachverständigen Zeugin W. darüber hinaus diagnostizierte "rezidivierende schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2)" kann bereits deshalb nicht nachvollzogen werden, da sie diese Krankheit nicht nach einem Diagnoseklassifikationssystem hinreichend klar verschlüsselt hat (vgl. hierzu auch Urteil des Senats vom 17. Dezember 2015 - [L 6 VS 2234/15](#) -, juris, Rz. 33). Der von ihr verwendete Schlüssel "F32.2" steht für "schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome". Unter dem Schlüssel "F33.2" findet sich demgegenüber die Bezeichnung "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome". Sie hat beides vermengt. Ohnehin hat sie sich für ihre Diagnose nicht auf einen psychopathologischen Befund gestützt, sondern im Wesentlichen allein auf die Angaben der Klägerin, welche Zukunftsängste, Traurigkeit, Tagesmüdigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, ständige Müdigkeit, Grübelneigung, Magenschmerzen sowie Antriebs- und Konzentrationsstörungen beklagte. Hierdurch ist die von ihr angenommene Erkrankung nicht objektiviert worden. Die psychotherapeutische Diagnostik in Form einer mittelgradigen depressiven Episode durch den sachverständigen Zeugen S. erfolgte gänzlich ohne Verschlüsselung. Überdies ist seine Bewertung auch deshalb nicht nachvollziehbar, da dieser keine konsequent mit entsprechender Sitzungsfrequenz durchgeführte psychotherapeutische Behandlung in Form einer Verhaltenstherapie vorausging, sondern nach der partnerschaftlichen Trennung der Klägerin im späten Frühjahr 2012 lediglich acht stützende Gespräche in größerem Abständen zwischen Dezember 2012 und Mai 2014 vorgenommen wurden. Nachvollziehbar sind von ihm indes depressive Symptome beschrieben worden, welche sich zunächst schleichend nach dem für die Klägerin überraschenden Beziehungsende entwickelt und zwischenzeitlich, begleitet von aufkommenden Ängsten und Panikattacken, deutlich verstärkten. Dabei handelte es sich allerdings, wie Dr. W. schlüssig dargelegt hat, nicht um eine fortdauernde mittelgradige depressive Störung, sondern um anhaltende Verstimmungszustände.

In Anlehnung an die VG, Teil B, Nr. 3.7, wonach Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen mit einem GdB von 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) mit einem GdB von 30 bis 40 sowie bei schweren Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80 bis 100 zu bewerten sind, rechtfertigen die wegen der depressiven Verstimmungen bestehenden Funktionsstörungen, die nach der partnerschaftlichen Trennung im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der Klinik Schwabenland im Mai 2012 mit aufkommenden Ängsten und Panikattacken einhergingen, zwar einen GdB von 10, stützen allerdings keinen höheren. Das folgt nach der ständigen Senatsrechtsprechung schon daraus, dass die Klägerin trotz der Krebserkrankung keine konsequente Psychotherapie in Anspruch nehmen musste und muss, sogar anlässlich des Rezidivverdachts 2009 ausdrücklich eine psychoonkologische Beratung abgelehnt hat, was der Senat dem Entlassungsbericht der Klinik Schwabenland in Isny entnimmt. Die vor dem Hintergrund einer schmerzhaft erlebten Partnerschaftstrennung später durchgeführten acht Gesprächen im Abstand von vier bis fünf Wochen hat der Sachverständige Dr. W. zutreffend als lediglich stützende Gespräche eingestuft. Bei der Klägerin ist auch ob der ihr noch möglich gewesenen Tagesstruktur ohne nachgewiesene zirkadiane Verlaufsschwankung keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit belegt. Dass sie sich nach ihrer schulischen Tätigkeit für den Rest des Tages aus ihrem sozialen Umfeld zurückgezogen sowie Ruhe und Stille gesucht hat, ist verständlich und nachvollziehbar. Dies entspricht aber keinem krankhaften sozialen Rückzug, sondern einer eigenverantwortlichen Entscheidung zu ihrer Lebensführung, welche ihrer Persönlichkeit mit hohen Ansprüchen an die eigene Leistung entsprechen hat. Wie Dr. W. nachvollziehbar ausgeführt hat, ist es nicht ungewöhnlich, dass bestehende Persönlichkeitszüge und eine eigenverantwortliche Entscheidung zur Lebensführung schwer zu ändern sind. Damit in Einklang steht, dass die Klägerin gegenüber Dr. O. während des stationären Aufenthaltes in der Klinik Schwabenland im Mai 2012 keine gravierenden, auf die psychiatrische Erkrankung zurückführenden Funktionseinschränkungen berichtet hat und solche sich ihm auch sonst nicht gezeigt haben. Ausweislich des Entlassungsberichtes gab die Klägerin an, dass keine gravierenden Funktionseinschränkungen im Alltag und Beruf vorlagen. Sie konnte sich eigenständig im Alltag und Haushalt versorgen. In der Familie oder der Freizeit waren keine psychosozialen Belastungen eruiert. Bei adäquater Krankheitsverarbeitung wirkte sie auf Dr. O. psychisch stabil. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren der Klägerin keine

Medikamente verordnet gewesen. Die Stimmung war ausgeglichen, der Antrieb regelrecht, die Psychomotorik unauffällig, der Kontakt kooperativ und der Krankheitsbezug reflektiert. Bereits beim Aufnahmegespräch zeigte sich ein unauffälliger psychischer Befund. Die Klägerin konnte ohne wesentliche Einschränkungen am Leben in der Gesellschaft teilhaben. Auch bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. W., welche dies im Nachhinein bestätigt, ist die Stimmungslage wieder lediglich depressiv-dysthym verstimmt, das Freudevermögen nur eingeschränkt sowie das Antriebs- und Interessevermögen sogar ausreichend erhalten gewesen. Die Klägerin hat über Existenz- und Lebensängste ohne krankheitswerte Grübelneigung geklagt. Es hat ein ausreichendes emotionales Schwingungsvermögen bestanden. Pathologisch affektive Schwankungen sind nicht aufgefallen. Aktuell hat die Klägerin neben dem von der sachverständigen Zeugin W. verordneten Fluoxetin, 40 mg (1-0-0) zehn Tropfen Trimipramin am Abend eingenommen gehabt, wodurch sie zum Einschlafen gekommen ist. Lediglich bei Bedarf hat sie zudem auf Diclofenac, 75 mg zurückgegriffen, zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. W. Anfang November 2015 etwa alle zwei bis drei Wochen. Alle vier bis fünf Wochen hat sie bei stärkeren Schmerzen drei bis vier Tabletten im Abstand von einer Stunde eingenommen. Andere Anwendungen oder Therapien sind nicht erfolgt. Den erst nach der partnerschaftlichen Trennung Mitte 2012 aufgekommenen Ängsten und Panikattacken, die mittlerweile wieder vorübergegangen sind, also Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf vorgelegen haben, ist nach den VG, Teil A, Nr. 2 f mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen. Hierdurch ist zwar die Einstufung im mittleren Bereich des eröffneten GdB-Rahmens von 0 bis 20 gerechtfertigt, ein höherer GdB als 10 indes nicht begründbar.

Die Klägerin leidet zudem an einer Migräne, wodurch für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" aber keinesfalls ein höherer Teil-GdB als 20 begründbar ist. Nach den VG, Teil B, Nr. 2.3 führt die echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleitscheinungen in leichter Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) zu einem GdB zwischen 0 und 10. Ein GdB-Rahmen von 20 bis 40 ist bei mittelgradiger Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) eröffnet. Bei schwerer Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleitscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) beträgt der GdB zwischen 50 und 60. Die Migräne, die aktuell nach den Angaben der Klägerin gegenüber Dr. W. alle drei bis vier Wochen auftritt, vor allem am Wochenende, wurde in der Vergangenheit mit Triptane behandelt. Ende 2012 war es demgegenüber mit zwei- bis drei Attacken im Monat noch weniger zu Migräneanfällen gekommen, wie die Klägerin Dr. R. bei der Untersuchung Mitte März 2013 berichtete. Wie heute sind sie auch damals nicht als einen oder mehrere Tage anhaltend beschrieben worden, was sich auch dem von der Klägerin im erstinstanzlichen Klageverfahren vorgelegten "Kopfschmerz-Tagebuch" entnehmen lässt, worin die Schmerzdauer bei einem Anfall ab Anfang 2013 nur an einem Wochentag mit höchstens zwölf Stunden angegeben worden ist. Wegen der begleitenden Ausfallerscheinungen in Form von Blitzen und Flimmern, weswegen allerdings von Dr. R. mangels richtungsweisendem Befund bei der neurologischen Untersuchung nachvollziehbar keine Migräne mit Aura diagnostiziert worden ist, sowie dem begleitenden Erbrechen, der Lichtscheu und der Geräuschempfindlichkeit ist dann zwar ein GdB von 10 begründbar, ein höherer allerdings nicht gerechtfertigt. Ein Teil-GdB von 20 für das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" ist dadurch noch nicht überschritten.

Der von der Klägerin noch gegenüber dem sachverständigen Zeugen Dr. R. im März 2013 beschriebene Schwindel, den er in seiner sachverständigen Zeugenauskunft im Berufungsverfahren als leichte bis mittelschwere Schwindelattacken einordnete, allerdings ob der nur einmaligen Konsultation nicht vernünftig zu beurteilen wusste, nahm bereits nach dem Vorbringen der Klägerin kein solches Ausmaß ein, dass, mangels unklarer Genese unterstellt, das Krankheitsbild ist überhaupt dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zuzuordnen, hieraus Funktionsbeeinträchtigungen resultieren können, die geeignet wären, den GdB für dieses Funktionssystem weiter zu erhöhen. Ohnehin sind solche Schwindelattacken zuletzt von der Klägerin, insbesondere bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. W., nicht mehr angeführt worden. Die Klägerin führt dies auf die Deputatsermäßigung um zwei Wochenstunden ab dem Schuljahr 2013/2014 zurück. Gleiches gilt hinsichtlich der von der Klägerin damals gegenüber der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W. und Dr. R. erwähnten Spannungskopfschmerzen.

Das Funktionssystem "Geschlechtsapparat" bedingt nach der abgelaufenen Heilungsbewährung wegen des Zustandes nach einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet (ICD-10-GM-2012 C50.9), wie er von Dr. O. bereits im Dezember 2009 nach dem ersten stationären Aufenthalt in der Klinik Schwabenland diagnostiziert worden ist und der einen Teilverlust und deutlichen Gewebseffekt der linken Brust, aber keine Verhärtung des Gewebes beinhaltete, nach der versorgungsrätlichen Einschätzung von Dr. B. und unter Berücksichtigung der VG, Teil B, Nr. 14.1 nachvollziehbar einen Teil-GdB von 10.

Die bei der Klägerin wegen der Gesundheitsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen vorliegenden Funktionsbehinderungen bedingen in Bezug auf das Funktionssystem "Rumpf" einen Teil-GdB von 20, das Funktionssysteme "Arme" hat indes keinen messbaren Teil-GdB zur Folge. Nach den VG, Teil B, Nr. 18.1 wird der GdB für angeborene und erworbene Schäden an den Haltungs- und Bewegungsorganen entscheidend bestimmt durch die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (Bewegungsbehinderung und Minderbelastbarkeit) sowie die Mitbeteiligung anderer Organsysteme. Die üblicherweise auftretenden Beschwerden sind dabei mitberücksichtigt. Außergewöhnliche Schmerzen sind gegebenenfalls zusätzlich zu werten (vgl. VG, Teil A, Nr. 2 j). Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Gelenke können schwerwiegender als eine Versteifung sein. Bei Haltungsschäden und/oder degenerativen Veränderungen an Gliedmaßengelenken und an der Wirbelsäule (z. B. Arthrose, Osteochondrose) sind auch Gelenkschwellungen, muskuläre Verspannungen, Kontrakturen oder Atrophien zu berücksichtigen. Mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen (z. B. degenerativer Art) allein rechtfertigen noch nicht die Annahme eines GdB. Ebenso kann die Tatsache, dass eine Operation an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule (z. B. Meniskusoperation, Bandscheibenoperation, Synovialektomie) durchgeführt wurde, für sich allein nicht die Annahme eines GdB begründen.

Der GdB bei Gliedmaßenschäden ergibt sich nach den VG, Teil B, Nr. 18.11 aus dem Vergleich mit dem GdB für entsprechende Gliedverluste. Trotz erhaltener Extremität kann der Zustand gelegentlich ungünstiger sein als der Verlust. Die aufgeführten GdB für Gliedmaßenverluste gehen, soweit nichts anderes erwähnt ist, von günstigen Verhältnissen des Stumpfes und der benachbarten Gelenke aus. Bei ausgesprochen ungünstigen Stumpfverhältnissen, bei nicht nur vorübergehenden Stumpfschmerzen sowie bei nicht unwesentlicher Funktionsbeeinträchtigung des benachbarten Gelenkes sind diese Sätze im allgemeinen um 10 zu erhöhen, unabhängig davon, ob Körperersatzstücke getragen werden oder nicht. Körperersatzstücke, O.pädische und andere Hilfsmittel mindern bei Verlust und Funktionsstörungen der Gliedmaßen sowie bei Funktionseinschränkungen des Rumpfes die Auswirkungen der Behinderung, ohne dass dadurch der durch den Schaden allein bedingte GdB eine Änderung erfährt. Bei der Bewertung des GdB von Pseudarthrosen ist zu berücksichtigen, dass straffe günstiger sind als schlaaffe. Bei habituellen Luxationen richtet sich die Höhe des GdB außer nach der Funktionsbeeinträchtigung der Gliedmaße auch nach der Häufigkeit der Ausrenkungen.

Das Funktionssystem "Rumpf" bedingt einen Teil-GdB von 20.

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

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

Bei der Klägerin liegen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule allenfalls geringe funktionelle Einschränkungen vor, die mit keinem höheren Teil-GdB als 20 zu bewerten sind. Der sachverständige Zeuge Dr. Sch. stellte bei der einmaligen Untersuchung Ende Oktober 2012 eine fortgeschrittene Osteochondrose im Bereich C6 bis TH1, eine Gefügelockerung im Bereich C3/4 und eine mehrsegmentale Spondylarthrose von C2 bis TH1 als nicht nur vorübergehende Gesundheitsstörungen fest. Hierdurch war die Beweglichkeit der Halswirbelsäule leichtgradig eingeschränkt. Denn die Rotation rechts/links konnte bis 80-0-70° und die Seitneigung rechts/links bis 45-0-35° vorgenommen werden. Nach dem Entlassungsbericht von Dr. O. über den stationären Aufenthalt der Klägerin in der Klinik Schwabenland im Mai 2012 wurde die Wirbelsäule trotz der in der Vergangenheit diagnostizierten instabilen Spondylolisthesis (ICD-10-GM-2012 M43.16) im Bereich des vierten und fünften Lendenwirbelkörpers mit konsekutiver Spinalkanalstenose sowie der Lumboischialgie rechts (ICD-10-GM-2012 M54.4) nach Stand und Beweglichkeit altersentsprechend bewertet. Mangels Druck- und Klopfschmerz in diesem Bereich sowie, so Dr. W., überhaupt fehlendem neurologischen Defizit, ist daher kein höherer Teil-GdB als 20 für das Funktionssystem "Rumpf" begründbar. Die von der Klägerin zuletzt vorgelegten Arztdokumente von Dr. Sch. und dem Arzt für Orthopädie Dr. H. sind Ende 2015 erstellt worden und geben hinsichtlich der angeführten sensiblen Wurzelreizungen im Bereich L4/5 beziehungsweise der radikulären Irritation im Segment L5 rechts Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand. Ein Rückschluss auf die vorliegend maßgebliche letzte Behördenentscheidung Ende 2012 ergibt sich hieraus indes nicht.

Das Funktionssystem "Arme" rechtfertigt nach den VG, Teil B, Nr. 18.13 ob des erwähnten Entlassungsberichtes von Dr. O. keinen GdB in messbarem Grad. Der orthopädische Untersuchungsbefund war altersentsprechend regelrecht. Alle Gelenke waren aktiv und passiv frei beweglich. Die im Jahre 2002 aufgetretene Epicondylitis ist damit nicht mehr erneut aufgetreten. Die während des stationären Aufenthaltes in der Klinik Schwabenland im Mai 2012 vorgenommene Stabilisierung der Schulter-Arm-Beweglichkeit, wie sie Dr. O. beschrieben hat, war zudem offensichtlich erfolgreich.

Das Funktionssystem "Verdauung" hat ebenfalls keinen Teil-GdB von wenigstens 10 zur Folge. Der GdB-Rahmen von 0 bis 10 ist nach den VG, Teil B, Nr. 10.3.5 bei Gallenblasen- und Gallenwegserkrankungen (Steinleiden, chronisch rezidivierende Entzündungen) mit Koliken in Abständen von mehreren Monaten, Entzündungen in Abständen von Jahren eröffnet. Solche Funktionsstörungen sind bei der Klägerin nicht objektiviert. Sie hielt sich wegen des Verdachtes auf eine Choledocholithiasis im September 2012 drei Tage stationär in der Medizinischen Klinik der F.-St.-Klinik auf, währenddessen ein langstreckig erweiterter Hauptgallengang ohne Steinnachweis bei multiplen kleinen Gallenblasensteinen festgestellt wurde, was der Senat dem Entlassungsbericht des Ärztlichen Direktors Prof. Dr. K. entnimmt. In der Verlaufskontrolle war dieser normalkalibrig und die Klägerin konnte beschwerdefrei entlassen werden, so dass er von einem spontanen Steinabgang ausging. In der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie dieser Klinik wurde Ende September 2012 eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt, also die Gallenblase entfernt. Nach dem Entlassungsbericht des Chefarztes Priv.-Doz. Dr. R. war die Klägerin wegen einer symptomatischen Cholezystolithiasis vorgestellt worden. Die abschließende sonographische und laborchemische Kontrolle zeigte indes einen regelrechten Befund. Bei der ambulanten Untersuchung Mitte Oktober 2012 wurde durch Priv.-Doz. Dr. R. ein Nabel-/Narbenbruch bei einem Zustand nach laparoskopischer Cholezystektomie ausgeschlossen. Für den GdB relevante, also im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) dauerhafte Funktionsstörungen sind wegen der Gallenwegserkrankung daher nicht verblieben.

Für das Funktionssystem "Atmung" ist genauso wenig ein Teil-GdB von wenigstens 10 anzusetzen. Denn das Zähneknirschen, derentwegen die Klägerin nachts eine Aufbisschiene trägt, wirkt sich nicht auf das Sprech-, Kau- oder Schluckvermögen aus und ist daher nach den VG, Teil B, Nr. 7 für den GdB nicht relevant.

Unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Bildung des Gesamt-GdB, wonach insbesondere einzelne Teil-GdB-Werte nicht addiert werden dürfen (VG, Teil A, Nr. 3 a) und grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, ergeben die jeweiligen Teil-GdB-Werte von 20 für die Funktionssysteme "Gehirn einschließlich Psyche" und "Rumpf" einen ausreichenden Gesamt-GdB von 30.

Dahinstehen kann, ob der Beklagte den Bescheid vom 14. März 2007 mit dem angefochtenen Verwaltungsakt vom 2. Februar 2012 zutreffend ab dem 5. Februar 2012 mit Wirkung für "die Zukunft" aufgehoben hat. Der im Inland durch einen Postdienstleister übermittelte Bescheid vom 2. Februar 2012, der ausweislich des Vermerkes des Beklagten hierzu am Folgetag zur Post gegeben worden war, gilt gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) am 6. Februar 2012 als bekannt gegeben, weshalb die Aufhebung möglicherweise erst für den darauf folgenden Tag hätte vorgenommen werden dürften (vgl. BSG, Urteil vom 24. Februar 1987 - [11b RAr 53/86](#) -, [BSGE 61, 189](#) (190); Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 18 m. w. N.; a. A. Steinwedel, in Kasseler Kommentar zum SGB X, Stand: August 2012, § 48 Rz. 34, wonach auf den Zeitpunkt ab Bekanntgabe abzustellen ist). Die Berufung ist indes auch insoweit unbegründet, da der Klage hierfür das Rechtsschutzbedürfnis fehlt. Vorliegend ist es nicht erforderlich, insoweit gerichtlichen Rechtsschutz zur Verfügung zu stellen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, Vorbem. vor § 51 Rz. 16a). Die besonderen Regelungen für Menschen mit Schwerbehinderung werden zwar nicht angewendet nach dem Wegfall der Voraussetzungen nach [§ 2 Abs. 2 SGB IX](#) ([§ 116 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB IX](#)). Wenn sich der GdB auf weniger als 50 verringert, jedoch erst am Ende des dritten Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Verringerung feststellenden Bescheides ([§ 116 Abs. 1 Halbsatz 2 SGB IX](#)). Wegen des erst jetzt abgeschlossenen Berufungsverfahrens ist der Bescheid vom 2. Februar 2012 bislang noch nicht unanfechtbar gewesen, weshalb die Klägerin, bezogen auf den seither festgestellten GdB von 50 nach wie vor im Genuss aller Rechte aus dem SGB IX und sonstiger Schutzbestimmungen geblieben ist (vgl. Pahlen, in Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, Kommentar zum SGB IX, 12. Aufl. 2010, § 116 Rz. 3). So konnte sie bislang weiterhin gegenüber ihrem Arbeitgeber die von ihr angeführte Deputatsminderung in Anspruch nehmen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-05-29