

## **L 8 SB 1368/14**

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

1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 SB 3969/12

Datum  
20.02.2014  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 SB 1368/14

Datum  
26.08.2016  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 20.02.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen den Beklagten ein Anspruch auf (Neu-)Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB; 50 statt 40) seit 27.01.2012 zusteht.

Bei der 1964 geborenen Klägerin stellte das Versorgungsamt H. mit Bescheid vom 06.11.2000 (Blatt 27/28 der Beklagtenakte) einen GdB von 20 seit 31.05.2000 fest (zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Bandscheibenschaden, Mittelnervendruckschädigung (Carpaltunnelsyndrom) beidseits: Einzel-GdB 20; Kopfschmerzsyndrom: Einzel-GdB 10). Das Landratsamt R. (LRA) stellte einen GdB von 30 seit 04.08.2005 fest (Bescheid vom 10.01.2006, Blatt 137/138 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Bandscheibenschaden, Fibromyalgiesyndrom: Einzel-GdB 30; Kopfschmerzsyndrom: Einzel-GdB 10; Allergie, Hauterkrankung, Pigmentstörung: Einzel-GdB 10; chronische Bronchitis: Einzel-GdB 10; Verdauungsstörungen: Einzel-GdB 10; Mittelnervendruckschädigung (Carpaltunnelsyndrom), Schulter-Arm-Syndrom: Einzel-GdB 10).

Am 27.01.2012 beantragte die Klägerin unter Vorlage von ärztlichen Berichten und Unterlagen die höhere (Neu-)Feststellung des GdB und die Zuerkennung des Merkmals "G" (Blatt 140/189 der Beklagtenakte).

Der Versorgungsarzt Dr. S. bewertete den GdB in seiner Stellungnahme vom 06.03.2012 mit 40, verneinte aber die Voraussetzungen des Merkmals "G" (Blatt 190/191 der Beklagtenakte; zugrundeliegende Funktionsbehinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung, Fibromyalgiesyndrom: Einzel-GdB 30; Kopfschmerzsyndrom: Einzel-GdB 10; Allergie, Hauterkrankung, Pigmentstörung: Einzel-GdB 10; chronische Bronchitis: Einzel-GdB 10; Verdauungsstörungen: Einzel-GdB 10; Mittelnervendruckschädigung (Carpaltunnelsyndrom), Schulter-Arm-Syndrom: Einzel-GdB 10; psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, depressive Verstimmung: Einzel-GdB 20; Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenks, Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks: Einzel-GdB 10). Das LRA stellte daraufhin mit Bescheid vom 08.03.2012 (Blatt 191/192 der Beklagtenakte) den GdB mit 40 seit 27.01.2012 fest.

Mit ihrem Widerspruch vom 10.04.2012 (Blatt 184,185 der Beklagtenakte) machte die Klägerin geltend, nicht alle in ihrem Antrag genannten Gesundheitsstörungen seien berücksichtigt worden. Hierzu verwies sie (Blatt 208/211 und 217 der Beklagtenakte) unter Vorlage von medizinischen Berichten (Blatt 198/207 und 213/216 der Beklagtenakte) auf die Funktionsstörung der Wirbelsäule, ein Impingementsyndrom, ein Carpal-tunnelsyndrom, einen Morbus Scheuermann, ein Fibromyalgiesyndrom, Beschwerden an den Gelenken, insbesondere den Hüften und Knien, Verdauungsstörungen, gynäkologische Erkrankungen sowie Allergien und Hautprobleme, die insgesamt einen GdB von mindestens 70 und Merkmalen "G" rechtfertigten.

Das LRA zog Befundunterlagen vom Pneumologen/Allergologen Dr. H. (dazu Blatt 226 der Beklagtenakte), der die Klägerin lediglich einmalig gesehen hatte, bei. Die Klägerin legte weitere Unterlagen vor (Blatt 227/242 der Beklagtenakte), darunter den Bericht der orthopädischen Praxis-Klinik Z. vom 04.07.2012, in dem über ein chronisches Schmerzsyndrom MPSS II mit somatischen und psychischen Anteilen, eine deutliche Fibromyalgiesymptomatik, eine anhaltende somatoforme Störung, eine rezidivierende Depression, ein myofasciales Syndrom der

HWS/BWS, eine segmentale Dysfunktion der HWS und BWS sowie eine reaktivierte Fehllhaltung berichtet wird.

Nachdem die Versorgungsärzte Dres. Z./K./O. an der Bewertung des GdB mit 40 und der Ablehnung des Merkzeichens "G" festgehalten haben (Stellungnahme vom 06.09.2012, Blatt 243/244 der Beklagtenakte) wies der Beklagte durch das Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt – den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 05.10.2012, Blatt 246/247 der Beklagtenakte).

Am 31.10.2012 hat die Klägerin mit dem Ziel eines GdB von 50 beim Sozialgericht (SG) Karlsruhe Klage erhoben. Es bestehe ein Bandscheibenschaden im LWS-Bereich L5/S1 sowie im HWS-Bereich C5/C6. Hinzu komme ein chronisches Schmerzsyndrom mit insgesamt 11 Bandscheibenvorwölbungen. Nicht ausreichend bewertet sei die Funktionsbehinderung des rechten Hüftgelenkes, das Kopfschmerzsyndrom und die Allergie. Deretwegen sei das tägliche Leben massiv beeinträchtigt. Unzulässig habe der Beklagte die Allergien in drei Einzelbewertungen (Allergie, chronische Bronchitis und Verdauungsstörung) aufgespalten, weshalb lediglich Einzelbewertungen von 10 erreicht würden. Da jedoch sämtliche Funktionseinschränkungen der bestehenden Allergie sich auf Haut, Atemwegsorgane und die Verdauungsstörung auswirkten, sei ein gemeinsamer Einzel-GdB von 20 bis 30 anzunehmen. Auch leide sie unter Unterbauchbeschwerden; es bestehe eine Endometriose, ein Myom an der Gebärmutter, es bildeten sich Zysten und Flüssigkeit im Bauchraum.

Das SG hat Beweis erhoben durch Beiziehung von Befundunterlagen von der Allgemeinmedizinerin Dr. Warth (dazu vgl. Blatt 24/39 der SG-Akte), sowie durch Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) bei Dr. T., Chefarzt der K.-Klinik Bad R ... Dieser hat in seinem algisiologischen Gutachten vom 04.10.2013 (Blatt 50/66 der SG-Akte) ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom vom Typus Fibromyalgie mit aktivierten Tenderpoints, leichter muskulärer Dysbalance und schmerzassoziierter Fatigue, Schmerzchronifizierungsgrad Gerbershagen III sowie einen dringenden Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden der Risikofaktoren Verdacht auf posttraumatische Störung nach Unfalltrauma 2008, Angststörung nach traumatischem Klinikaufenthalt, Berufskonflikt/Mobbing/Kränkungserebnissen/Verbitterung beschrieben und den Gesamt-GdB mit 50 bewertet.

Der Beklagte ist unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. G. vom 27.12.2013 (Blatt 69/70 der SG-Akte) der gutachterlichen Bewertung entgegengetreten und hat ausgeführt, detaillierte Angaben über die Auswirkungen des chronischen Schmerzsyndromes auf die Alltagsbewältigung und das psychosoziale Umfeld seien nicht vorhanden. Eine kontinuierliche und spezielle schmerztherapeutische Behandlung erfolge nicht.

Die Klägerin hat demgegenüber unter Vorlage von Berichten und ärztlichen Unterlagen ausgeführt (Blatt 76/90 der SG-Akte), sie leide unter einem Ganzkörperschmerz und wache jede Nacht mit Krämpfen in den Armen auf. Geklärt sei nun, dass das Reizdarmsyndrom im Zusammenhang mit der Fibromyalgie mit Laktoseintoleranz zu einer ausgeprägten Fruktose-, Histamin- und Glutenintoleranz geführt habe, wodurch multiple Essprobleme entstünden.

Mit Urteil vom 20.02.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine wesentliche Verschlimmerung der maßgebenden Funktionsbeeinträchtigungen sei nicht zu erkennen.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 25.02.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20.03.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die chronische Darmstörung sei nicht nur mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen sei eine chronische Darmstörung mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes mit einem Einzel-GdB von 40 bis 50 zu bewerten. Die früher behandelnden Ärzte seien von einem Reizdarm ausgegangen. Tatsächlich sei jetzt festgestellt, dass ein Zusammenhang der Fibromyalgie mit Laktoseintoleranz sowie eine Fruktose-, Histamin- und Glutenintoleranz bestehe. Ebenfalls nicht ausreichend berücksichtigt sei, dass die Fibromyalgie im Rahmen einer Verschlimmerung zu massiven Ganzkörperschmerzen führe, die ihren kompletten Alltag dominierten. Darüber hinaus sei das psychovegetative Erschöpfungssyndrom und die depressive Verstimmung mit einem Einzel-GdB von 20 nicht ausreichend bewertet. Dr. T. habe ausgeführt, dass ein entscheidender Unterschied zu dem Befund im Jahr 2006 bestehe, da er eine eindeutige psychische Störung mit bereits relevanter Einschränkung der sozialen Partizipation festgestellt habe.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 20.02.2014 aufzuheben und den Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 08.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.10.2012 zu verurteilen, bei ihr einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Wie der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 27.12.2013 zu entnehmen sei, ließen sich die GdB-Bewertungen des Dr. T. nicht nachvollziehen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses wird auf Blatt 28, 29/74, 75 und 79/80 der Senatsakte Bezug genommen. Die Internisten Dres. R./E. haben in ihrer Stellungnahme vom 08.07.2014 angegeben, es bestünden seit Jahren Magen-Darm-Beschwerden. Auch habe die Klägerin Beschwerden im Bereich der HWS beklagt. Eine Refluxösophagitis Grad I, eine ausgeprägte Fruktoseintoleranz und ein HWS-Syndrom seien festgestellt. Dr. H., Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, hat dem Senat am 22.07.2014 geschrieben, er habe die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms, eines Fibromyalgiesyndroms, eines PHS rechts (Impingementsyndrom, Supraspinatussehnnensyndrom, Subscapularissyndrom, v.a. ACG-Arthrose), eines chronischen Cervikalsyndrom, einer muskulären Dysbalance, einer eingeschränkten Beweglichkeit und eines Karpaltunnelsyndroms rechts gestellt. Dr. X. M. (Prof. Anhui TCM Universität, VR C., Privatärztliche Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)), hat in der schriftlichen Auskunft vom 22.07.2014 als Befunde auf TCM-Gebiet einen Yin schwach, einen Qi-Mangel, Leber-Nieren-Milz-Funktionsstörungen und als Diagnosen ein chronisches LWS-Syndrom, Schlafstörungen und ein Reizdarmsyndrom mitgeteilt. Der Arzt W., Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychosomatische Medizin von der ACURA Kliniken B.-B. GmbH, hat mit Schreiben vom 09.09.2014 mitgeteilt, diagnostisch bestehe eine klassifizierte Anpassungsstörung; dies erkennbar als Residuum eines posttraumatischen Belastungssyndroms sowie eine chronifizierte Autoimmunerkrankung (Fibromyalgie, Hashimoto Thyreoiditis und Myostis im Rahmen einer endokrinen Orbitopathie, zu verstehen als chronifiziertes, psychoneuroimmunologisches Krankheitsgeschehen. Alle Diagnosen seien subsummiert unter dem posttraumatischen Belastungssyndrom nach ICD 10 F 43.1

einzuordnen.

Die Klägerin hat u.a. Radiologie-Befunde vorgelegt (vom 28.05.2014, Blatt 77 der Senatsakte (Kernspintomographie rechtes Schultergelenk); vom 28.08.2014, Blatt 83 der Senatsakte (Kernspintomographie der Orbitae)), auch Berichte des St. V.-Krankenhauses Karlsruhe vom 18.11.2011, 03.01.2013 und 29.09.2014 (Blatt 84, 92/93, 90/91 der Senatsakte) sowie des Endokrinologikums K. vom 27.10.2011 (Blatt 85 der Senatsakte). Zu den weiter vorgelegten Unterlagen vgl. Blatt 101/112 der Senatsakte.

Die Sach- und Rechtslage wurde in einem nichtöffentlichen Termin am 28.09.2015 mit den Beteiligten erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift (Blatt 113/115 der Senatsakte) Bezug genommen. Nach dem Termin hat der Senat die behandelnde Augenärztin als sachverständige Zeugin schriftlich befragt. Dr. H. hat (Blatt 123/131 der Senatsakte) rechts eine Myositis bei Hashimoto-Thyreoiditis, ein Siccasyndrom, eine allergische Konjunktivitis und einen Astigmatismus myopicus mitgeteilt. Die Klägerin hat nun (Schreiben vom 11.02.2016, Blatt 134/135 der Senatsakte) mitgeteilt, eine Psychotherapie bei der Ärztin für Psychotherapie P.-E. zu beginnen.

Der Senat hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines internistisch-sozialmedizinischen Gutachtens bei Dr. S., einschließlich von Zusatzgutachten auf orthopädischem Fachgebiet bei Dr. H. und auf psychiatrischem Fachgebiet bei Frau F ... Der Facharzt für Orthopädie Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 16.12.2015 (Blatt 148/191 der Senatsakte) die Wirbelsäulenveränderungen unter Berücksichtigung von Schmerzsyndromen mit einem GdB von 20, die Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenkes mit einem GdB von unter 10 und die Beschwerden im Bereich beider Hände (chronifiziertes Karpaltunnelsyndrom) mit einem GdB von 10 bewertet. Die Funktionseinschränkung im Bereich des rechten Hüftgelenkes hat er mit einem GdB von 10, die Beschwerden im Bereich der Kniegelenke mit einem GdB von unter 10 und die Funktionsstörung durch beidseitige Fußfehlform mit einem GdB von unter 10 bewertet. Die Fachärztin für Psychiatrie, Suchtmedizin, Sozialmedizin F. hat in ihrem Gutachten vom 15.03.2016 (Blatt 192/248 der Senatsakte) auf fachpsychiatrischem Gebiet eine somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD 10 F45.41), eine hypochondrische Störung (ICD 10 F45.2) und den Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61) mitgeteilt und den GdB mit "keinesfalls über 30" bewertet. Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 17.06.2016 (Blatt 130/200 der Senatsakte) unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. H. und Frau F. sowie intestinaler Beschwerden i.S. eines Reizdarmsyndroms (kein Anhalt für Ernährungsstörung bei berichteten Nahrungsmittelintoleranzen) und einem hyperreagiblen Bronchialsyndrom den Gesamt-GdB mit 40 bewertet.

Die Klägerin hat (Schreiben vom 04.05.2016, Blatt 252/253 der Senatsakte) daraufhin ausgeführt, die Bewertung der orthopädischen Beschwerden entspreche nicht den versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Die orthopädischen Diagnosen entsprächen einem GdB von 30. Im psychiatrischen Gutachten werde aufgrund der erheblichen Überschneidung der Beschwerden des Bewegungsapparates und der psychischen Störung ein GdB von 40 angenommen, aber nicht berücksichtigt, dass im Hauptgutachten ein Reizdarmsyndrom und die Nahrungsmittelintoleranzen sowie ein hyperreagibles Bronchialsyndrom im Sinne einer somatoformen Symptomatik eingeordnet worden seien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 256/257, 262 der Senatsakte).

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

Entscheidungsgründe:

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

Der angefochtene Bescheid des LRA vom 08.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 05.10.2012, mit dem bei der Klägerin ein GdB mit 40 festgestellt und eine höhere (Neu-)Feststellung abgelehnt worden war, ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40 seit 27.01.2012. Der Beklagte hat mit dem angefochtenen Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids der eingetretenen wesentlichen Änderung entsprochen und zutreffend den GdB ab 27.01.2012 mit 40 festgestellt.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Neufeststellung eines höheren GdB ist [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sich der GdB um wenigstens 10 erhöht oder vermindert. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (vgl. BSG SozR 1300 [§ 48 SGB X](#) Nr. 29 m.w.N.). Die den einzelnen Behinderungen, welche ihrerseits nicht zum so genannten Verfügungssatz des Bescheides gehören, zugrunde gelegten Einzel-GdB-Sätze erwachsen nicht in Bindungswirkung (BSG 10.09.1997 - [9 RVs 15/96](#) -, [BSGE 81, 50](#) bis 54). Hierbei handelt es sich nämlich nur um Bewertungsfaktoren, die wie der hierfür (ausdrücklich) angesetzte Teil-GdB nicht der Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) unterliegen. Ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, muss durch einen Vergleich des gegenwärtigen Zustands mit dem bindend festgestellten früheren Behinderungszustand ermittelt werden.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die GdB-Bewertung sind die Vorschriften des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Die der Zuerkennung eines GdB zugrundeliegende Behinderung wird gemäß [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Dabei stellt die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2009 (BGBl. I, 2412), den versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) – wie auch die zuvor geltenden Anhalts-punkte (AHP) – auf funktionelle Beeinträchtigungen ab, die im Allgemeinen zunächst nach Funktionssystemen zusammenfassend (dazu vgl. Teil A Nr. 2 Buchst. e) VG) und die hieraus gebildeten Einzel-GdB (vgl. A Nr. 3a) VG) nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) anschließend in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen sind. Die Feststellung der jeweiligen Einzel-GdB folgt dabei nicht einzelnen Erkrankungen sondern den funktionellen Auswirkungen aller derjenigen Erkrankungen, die ein einzelnes

Funktionssystem betreffen.

Die Bemessung des Gesamt-GdB (dazu s. unten) erfolgt nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#). Danach ist zu beachten, dass bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der GdB nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen festzustellen ist. Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen sind zwar zunächst Einzel-GdB zu bilden, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung des Gesamt-GdB ungeeignet. In der Regel ist von der Behinderung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und zu prüfen, ob und inwieweit das Ausmaß der Behinderung durch die anderen Behinderungen größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Ein Einzel-GdB von 10 führt in der Regel nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch bei leichten Behinderungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. A Nr. 3 VG). Der Gesamt-GdB ist unter Beachtung der VersMedV einschließlich der VG in freier richterlicher Beweiswürdigung sowie aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung von Sachverständigengutachten zu bilden ([BSGE 62, 209](#), 213; BSG [SozR 3870 § 3 Nr. 26](#) und [SozR 3 3879 § 4 Nr. 5](#) zu den AHP). Es ist also eine Prüfung vorzunehmen, wie die einzelnen Behinderungen sich zueinander verhalten und ob die Behinderungen in ihrer Gesamtheit ein Ausmaß erreichen, das die Schwerbehinderung bedingt.

Der Senat ist nach eigener Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Funktionsbehinderungen in ihrer Gesamtschau seit dem 27.01.2012 lediglich einen Gesamt-GdB von 40 rechtfertigen.

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

Vorliegend hat der Gutachter Dr. H. bezüglich der Wirbelsäule ein Zervikalsyndrom mit Osteochondrose C 5/ 6, muskulären Verspannungen und multietageren Bandscheibenvorwölbungen, rezidivierende Dorsalgien bei minimaler Bandscheibenprotrusion Th 6/7, Blockaden und intercostalneuralgieforme Ausstrahlungen sowie juvenile Aufbaustörungen und ein chronisches Lumbalsyndrom mit lumbosakraler Osteochondrose diagnostiziert. Er hat bei seiner Untersuchung der Klägerin die Wirbelsäule als im Lot stehend, bei Schulter- und Beckengeradstand, beschrieben. Eine Seitenausbiegung, oder Rotationszeichen hat er nicht gefunden, jedoch abgeflachte kyphotische und lordotische Schwingungen dargestellt. Die Schulterblätter lagen dem Rumpf seitlich normal an. Der Brustkorb war symmetrisch, eine Rippenbuckelbildung fand sich nicht. Mäßig kräftig ausgebildet war die Rückenstreck-, Schultergürtel-, Brust- und Bauchmuskulatur beidseits. Verspannungen der Muskulatur im Bereich der Hals- und Schultergürtelmuskulatur sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule hat Dr. H. festgestellt. Im Bereich des lumbosakralen Überganges fand er Muskelverhärtungen im Bereich der Rückenstrecker. Der Aufrichteversuch wurde unter Angabe von lumbalen Schmerzen ausgeführt. Einen Beckenstauchungs- und Verwindungsschmerz hat Dr. H. nicht angegeben. Beim Vorwärtsbeugen des Rumpfes mit gestreckten Kniegelenken wurde unter Angabe tieflumbaler Schmerzen ein Finger-Boden-Abstand von 31 cm erreicht. Die Entfaltung der Dornfortsatzreihe war bei der Inklination und der Reklination im Bereich der Lendenwirbelsäule eingeschränkt. Im Bereich der Wirbelsäule hat die Klägerin bei der Untersuchung paravertebral Druckbeschwerden im Bereich der Nackenstrecker, des cervico-thorakalen Überganges, im Bereich des Kyphosescheitels und den caudalen Etagen der Lendenwirbelsäule angegeben. Auffällig waren beidseitig ausgeprägte Verspannungen im Bereich der Ansätze der Kaumuskulatur. Die Dornfortsatzreihe war nicht rüttel- oder stauchempfindlich. Der Druckschmerz wurde paravertebral in die Muskulatur und über den kleinen Wirbelgelenken lokalisiert. Bei der Rotation der Halswirbelsäule nach beiden Seiten und bei der Reklination wurden Schmerzen im Bereich der Paravertebralmuskulatur angegeben. Beim lumbalen Seitneigen sowie bei Rotationsbewegungen wurden endgradig tief-lumbale Schmerzen angegeben.

Folgende Bewegungsmaße wurden gemessen:

Normalwerte Dr. H. Blatt 174/175 Senatsakte Untersuchungsdatum 14.12.2012 HWS Drehung rechts/links 60/80-0-60/80 50-0-50  
Seitwärtsneigung rechts/links 45-0-45 30-0-30 Vorneigen/Rückneigen 35/45-0-45/70 40-0-60 Kinn-Jugulum-Abstand - BWS/LWS Ott 30/32 cm  
28,5/30/33,0 Finger-Boden-Abstand 0 cm 31 cm Schober 10/15 cm 8,5/10/13,0 Seitneigung rechts/links 30/40-0-30/40 30-0-30  
Vorneigen/Rückneigen 45-0-35 - Rumpfdrehen 30/40-0-30/40 25-0-25 Beckenschiefstand 0 cm Beckengeradstand

Dr. H. konnte keine neurologischen Ausfall- oder Reizerscheinungen feststellen. Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich auslösbar. Missempfindungen wurden von der Klägerin nicht angegeben. Das Lasègue sche Zeichen war beidseits negativ (ebenso im Bericht Dr. S.vom 02.02.2013, Blatt 28 der SG-Akte; Rehabericht vom 20.12.2011, Blatt 46 ff., 52 der Senatsakte). Der Zehen- und Hackengang wurde beidseits ausgeführt.

Auch aus den sich aus der Beklagtenakte und der SG-Akte ergebenden Befunden, die zumeist von der Klägerin vorgelegt worden waren, sowie den im Berufungsverfahren vorliegenden ärztlichen Unterlagen und Befunde ergibt sich keine abweichende Beurteilung. So ist den

Unterlagen ein Bandscheibenprolaps L5/S1 und C5/C6 (Bericht Dr. W. vom 10.11.2011, Blatt 172 der Beklagtenakte), eine rezidivierende Thorakolumboischialgie rechts bei bekanntem altem BSV 1998 (konservativ behandelt), eine rezidivierende Zervikobrachialgie links bei bekanntem BSV C5/C6 (Rehabericht Bad Säckingen vom 20.12.2011, Blatt 184 der Beklagtenakte), ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei Zustand nach mehrfachen Bandscheibenvorfällen und rezidivierende Cervicobrachialgie bei bekanntem BS-Prolaps C5/6 (Rehabericht K. vom 10.05.2012, Blatt 240 der Beklagtenakte) und ein myofasciales Syndrom der HWS/BWS, eine segmentale Dysfunktion der HWS und BWS sowie eine reaktivierte Fehlhaltung (Bericht Praxisklinik Z. vom 04.07.2012, Blatt 241 der Beklagtenakte) zu entnehmen. Dem in der Senatsakte vorliegenden Bericht der A. Kliniken vom 08.01.2014 (Blatt 70/71 der Senatsakte) ist ein rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Zustand nach mehrfachen Bandscheibenvorfällen und rezidivierende Zervikobrachialgien bei bekanntem Bandscheibenprolaps C5/C6 zu entnehmen. Dr. Holl und Dr. X. M. haben gegenüber dem Senat in ihren Zeugenauskünften keine weitergehenden Befunde mitteilen können.

Aus den vorliegenden radiologischen Berichten ergeben sich (Bericht vom 15.05.2012, Blatt 215/216 der Beklagtenakte = Blatt 60/61 der Senatsakte) im Bereich der HWS mehrere breite, schon alte Bandscheibenprotrusionen, am stärksten C5/C6, hier auch mit mäßiger Einengung der Neuroforamina und möglicher Wurzelirritation C6 ohne signifikante Spinalkanalstenose und ohne Myelonkompression, im Bereich der BWS eine Kyphoskoliose und Zeichen eines durchgemachten Morbus Scheuermann bei nur minimaler Bandscheibenprotrusion Th6/Th7, jedoch kein kompressiv wirksamer Prolaps, sowie im Bereich der LWS eine Chondrose L5/S1, Spondylarthrosen in den unteren drei Lumbal-Segmenten, jedoch ohne resultierende spinale oder foraminale Enge.

Die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule sind auf muskuläre Verspannungen, degenerative Veränderungen und Bandscheibenvorwölbungen zurückzuführen. Neurologische Auffälligkeiten finden sich nicht. Im Bereich der Brustwirbelsäule sind die Beschwerden muskulär bedingt. Die radiologisch nachweisbaren Veränderungen sind minimal, wie Dr. H. unter Auswertung der vorliegenden radiologischen Berichte und der Röntgenaufnahmen überzeugend mitteilen konnte. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule sind auf muskuläre Verspannungen und degenerative Veränderungen zurückzuführen. Neurologische Ausfälle lassen sich auch hier nicht objektivieren. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule (Kinn-Sternum-Abstand 16-3 cm - normal 21-0 cm) sind deutlich, im Bereich Lendenwirbelsäule (Schober'sches Zeichen der LWS 13,0 cm - normal 15,0 cm) dagegen nur gering ausgeprägt. Im Bereich der Brustwirbelsäule findet sich keine Funktionseinschränkung (Ott'sches Zeichen der BWS 33,0 cm - normal 33 cm). Dr. H. konnte den mit 31 cm demonstrierten Finger-Boden-Abstand nur bedingt nachvollziehen.

Vor diesem Hintergrund wäre der Einzel-GdB im Funktionssystem des Rumpfes nur mit 20 zu bewerten, wie es Dr. H. vorgeschlagen hat. Insoweit konnte der Senat weder in mehreren noch in einem Wirbelsäulenabschnitt mittelgradige funktionelle Auswirkungen feststellen. Eine wesentliche Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkungen oder Instabilitäten mittleren Grades konnte der Senat ebenso wenig feststellen wie häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome. Es bestehen mäßiggradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule und geringgradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Insoweit musste der Senat feststellen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule weder in einem Abschnitt noch in einer Gesamtschau mit überwiegend mittelschweren bzw. schweren Auswirkungen gleichgesetzt werden können. Damit wäre der GdB mit 20 anzunehmen; der abweichenden, zuletzt geäußerten Auffassung der Klägerin konnte der Senat insoweit nicht folgen. Die Bewertung mit einem Einzel-GdB von 30, wie zuletzt vom Beklagten angenommen ist daher nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig; dabei hat der Senat die Schmerzhaftigkeit von Wirbelsäulensyndromen und das Fibromyalgiesyndrom – soweit es die Wirbelsäule betrifft – mitberücksichtigt. Diese Bewertung wird bestätigt durch Dr. T., der die Bandscheibenveränderungen im zervikalen und lumbalen Bereich ohne neurologische Ausfälle sogar mit einem GdB von nur 0 bewertet hat.

Im Funktionssystem der Arme konnte der Senat die funktionellen Beeinträchtigungen mit einem Einzel-GdB von 10 bewerten. Hier bestehen Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenkes, die auf die Enthesiopathie der Rotatorenmanschette zurückzuführen sind. Darüber hinaus bestehen Beschwerden im Bereich beider Hände in Form eines chronifizierten Karpaltunnelsyndrom. Dr. H. hat diese Gesundheitsstörungen als Periarthropathie im Bereich des rechten Schultergelenkes und als chronifiziertes Karpaltunnelsyndrom beidseits beschrieben. Das Karpaltunnelsyndrom beidseits wird auch von den behandelnden Ärzten (vgl. Berichte Dr. P. vom 21.12.1996, Blatt 144 der Beklagtenakte; Dr. M. vom 02.06.1999, Blatt 145 der Beklagtenakte; Dr. S. vom 02.06.2009, Blatt 239 der Beklagtenakte; Dr. ... vom 17.09.2013, Blatt 39 der Senatsakte; und auch Aussage Dr. H. vom 22.07.2014, Blatt 29/30 der Senatsakte) beschrieben. Die Beschwerden der rechten Schulter werden als PHS rechts (Impingementsyndrom, Supraspinatussehnen-Syndrom, Berichte Dr. H. Blatt 37, 30 der SG-Akte, 31/37 der Senatsakte), starke Schulterschmerzen rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung (Auskunft Dr. H. vom 22.07.2014, Blatt 29/30 der Senatsakte) bzw. als Schulter-Arm-Syndrom (Dr. X. M., Blatt 75 der Senatsakte) beschrieben. Röntgenologisch hat die Radiologie Baden-Baden, Dr. M. im Bericht vom 28.05.2014 (Blatt 38 = 77 der Senatsakte) nur eine minimale AC-Gelenksarthrose mit nach caudal geneigtem konkavem Akromion darstellen können. Eine Ausdünnung, ein Defekt, ein Abriss oder eine Retraktion der Supraspinatussehne war nicht nachweisbar. Eine Muskelatrophie war nicht zu erkennen.

Bei seiner Untersuchung der Klägerin hat Dr. H. beide Schultergelenke inspektorisch unauffällig und die Muskulatur seitengleich ausgebildet gefunden. Bei der Palpation wurden rechtsseitig Schmerzen über dem ventralen Anteil der Rotatorenmanschette angegeben. Es bestanden beidseits keine Schwellungen. Die Beweglichkeit war bei der passiven und aktiven Bewegungsprüfung rechts geringgradig eingeschränkt und links frei (rechts/links: An-/Abspreizung: 160-0-40/170-0-30; Vor-/Rückhebung: 170-0-30-/180-0-30; Außen-/Innendrehung: 80-0-70/80-0-70). Der Nacken- und Schürzengriff wurden jeweils unter endgradiger Schmerzangabe durchgeführt. Es bestand beiderseits kein typischer schmerzhafter Bogen, kein Drop-Arm-Phänomen und auch ein negatives Yergason-Zeichen. Bei der Prüfung der Kraft hat die Klägerin bei Widerstand im Bereich beider Schultern Schmerzen angegeben. An Schulterreckgelenken und den Brust-Schlüsselbein-Gelenken hat Dr. H. keine Besonderheiten festgestellt. Bei der Palpation wurden im Bereich beider Schulterreckgelenke auch keine lokalen Schmerzen angegeben. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat weder eine Versteifung der Schultergelenke noch eine Instabilität der Schultergelenke feststellen. Die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung am rechten Schultergelenk rechtfertigt jedoch keinen Teil-GdB von 10, da die vorhandenen Bewegungseinschränkungen des Schultergelenkes den nach B Nr. 18.13 VG maßgeblichen Schwellenwert (Armhebung nur bis zu 120° mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) nicht erreichen und auch sonst nicht angenommen werden kann, dass die Funktionsbeeinträchtigung der Klägerin einer solchen Behinderung gleich zu erachten ist. Dem entspricht auch, dass die Radiologie B.-B. auch nur eine minimale AC-Gelenksarthrose feststellen konnte.

Beide Handgelenke waren bei der Untersuchung durch Dr. H. inspektorisch und palpatorisch unauffällig, Druckschmerzen über dem

Gelenkspalt wurden von der Klägerin nicht angegeben. Bei Druck auf das Retinaculum und beim Beklopfen des Karpaltunnels konnte Dr. H. keine Schmerzen auslösen. Die Ulnaköpfchen stehen beiderseits in normaler Position. Der Tastbefund an den Handwurzelknochen war unauffällig. An beiden Handgelenken bestehen keine Ergussbildungen. Die Beuge- und streckseitigen Sehnen und Sehnenscheiden an den Unterarmen und an den Händen sind beidseits unauffällig. Bei der aktiven und der passiven Bewegungsprüfung (Handgelenke rechts/links: Beugung/Streckung: 60-0-80/60-0-80; Abspreizung ellen-/speichenwärts: 30-0-10/30-0-10) wurden beidseits keine Schmerzen angegeben. Bei der Inspektion der Hände selbst fanden sich beidseits keine Auffälligkeiten. Bei der Palpation hat die Klägerin aber Schmerzen über den Daumensattelgelenken angegeben. Schwellungen, Ergüsse oder Verdickungen über den Grund-, sowie den Zwischen- und Endgelenken der Langfinger bestanden nicht. Im Übrigen hat die Klägerin bei der Untersuchung Bewegungsschmerzen im Bereich der Daumensattel- und Daumengrundgelenke angegeben. Bei der Demonstration des Faustschlusses wurden beide Daumen nicht eingeschlagen. Der Spitzgriff kann aber mit allen Fingern durchgeführt werden. Die die Gelenke bewegenden Muskelgruppen sind einschließlich der Schultergürtelmuskulatur an beiden Armen seitengleich entwickelt. Missempfindungen wurden im Bereich des Daumens, des Zeige- und des Mittelfingers entsprechend dem Versorgungsgebiet des Medianusnerven beidseits angegeben. Die Muskeleigenreflexe ließen sich seitengleich mittellebhaft auslösen. Die Hände sind kühl und ohne atrophische Hautveränderungen. Die Hautdurchblutung und die Venenzeichnung war beidseits unauffällig, die Pulsationen der Arteria axillaris und der Arteria radialis beidseits waren normal.

Da auch die behandelnden Ärzte außer dem Vorhandensein des Carpal-Tunnelsyndroms und dessen Schmerzhaftigkeit im Bereich der Hände keine weitergehenden Befunde mitteilen konnten (vgl. z.B. die Aussage von Dr. H. gegenüber dem Senat) und der Senat keine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk, keine isolierte Aufhebung der Unterarmdrehbeweglichkeit, keine Unterarm-Pseudarthrose, keine Pseudarthrose der Elle oder Speiche, keine Versteifung des Handgelenks und auch keine Bewegungseinschränkung des Handgelenks zumindest geringen Grades (z.B. Streckung/Beugung bis 30-0-40) feststellen konnte, lässt sich der vom Beklagten und Dr. H. angenommene Teil-GdB von 10 nur im Hinblick auf die Schmerzhaftigkeit rechtfertigen. Dies bestätigt auch die Bewertung durch Dr. Trunzer, der keine relevante Einschränkung der Greiffähigkeit beschrieben hat.

Nachdem im Funktionssystem der Arme allenfalls ein Teil-GdB von 10 anzunehmen war, entspricht in diesem Funktionssystem der Einzel-GdB dem Teil-GdB.

Im Funktionssystem der Beine hat Dr. H. ein CAM-Impingement des rechten Hüftgelenks, eine unzureichende Kniescheibenführung beidseits und eine Senk-Spreizfußstellung beidseits festgestellt. Dies entspricht auch den sich aus den Akten ergebenden Beurteilungen (vgl. Rehabericht Bad S. vom 20.12.2011, Blatt 184 der Beklagtenakte; Dr. M., Bericht vom 04.12.2012, Blatt 42 der Senatsakte).

Bei Dr. H. zeigten sich die Hüften bei der Inspektion beidseits ohne Besonderheiten. Bei der Palpation wurden rechtsseitig Schmerzen im Bereich der Leistenbeuge angegeben. Es fand sich keine Vorwölbung im Leistenkanal beidseits. Die Beweglichkeit war rechts bei Abduktion und Rotationsbewegungen eingeschränkt (Beugung/Streckung: 130-0-0; Ab-/Anspreizung: 30-0-30 Außenrotation/Innenrotation in Streckung/in Beugung: 30-0-20/35-0-20) und wurde endgradig als schmerzhaft angegeben. Die Beweglichkeit der linken Hüfte ist nicht eingeschränkt (Beugung/Streckung: 130-0-0; Ab-/Anspreizung: 40-0-30; Außenrotation/Innenrotation in Streckung/in Beugung: 40-0-30/45-0-30). Krepitationen bestanden nicht. Dr. M. (A. MVZ P.) hat in seinem Bericht vom 04.12.2012 (Blatt 42 der Senatsakte) rechts eine Beugung/Streckung von 95-0-0 (Außenrotation/Innenrotation 45-0-20 bei IRO-Schmerz) und links von 130-0-0 angegeben. Der Senat konnte insoweit keine Versteifung eines Hüftgelenks und auch keine Hüftdysplasie feststellen. Ebenso wenig konnte er Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke zumindest geringen Grades feststellen, da die Schwellenwerte (z.B. Streckung/Beugung bis zu 0-10-90 mit entsprechender Einschränkung der Dreh- und Spreizfähigkeit) beidseitig nicht überschritten wurden. Auch sonst kann nicht angenommen werden, dass die Funktionsbeeinträchtigung der Klägerin einer solchen Behinderung gleich zu erachten ist. Damit war für die Hüftbeschwerden rechts ein Teil-GdB nicht anzunehmen, was der Bewertung von Dr. H. entspricht; auch Dr. T. hatte einen GdB insoweit nicht vorgeschlagen.

Beide Kniegelenke waren bei der Untersuchung durch Dr. H. reizlos. Kapselschwellungen oder eine intraartikuläre Ergussbildung bestand nicht. Dr. H. hat eine normale Position und uneingeschränkte Beweglichkeit aber unzureichende aktive Führung der Kniescheiben bei deutlicher Lateralisierungstendenz ab 70 Grad Flexion beschrieben. Klopff-, Verschiebe- und Quadrizepsanspannungsschmerzen wurden beiderseits nicht angegeben. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war nicht eingeschränkt, wenn auch bei endgradiger Streckung und Beugung über 70 Grad schmerzhaft. Die Kreuzbänder sowie das innere und äußere Seitenband waren beidseits stabil. Nachdem die Kniegelenke über 90 Grad gebeugt werden können, ein Streckdefizit und ausgeprägte Knorpelschäden der Kniegelenke (z.B. Chondromalacia patellae Stadium II - IV) mit anhaltenden Reizerscheinungen einseitig ohne Bewegungseinschränkung, lediglich sehr diskrete Reizerscheinungen beidseits, eine Versteifung eines Kniegelenks, eine Lockerung des Kniebandapparates, ein Kniescheibenbruch und auch eine habituelle Kniescheibenverrenkung nicht vorliegen, konnte der Senat im Hinblick auf die Bemessungsvorgaben von B Nr. 18.13 VG lediglich einen Teil-GdB von 10 für die Knie annehmen.

Soweit Dr. H. im Bereich der Füße eine beidseitige Senk- und Spreizfußverbildung und eine geringe Varicosis beidseits mit vermehrter Venenzeichnung beschrieben hat, resultiert hieraus lediglich eine mäßig ausgeprägte Fehlstatik. Diese hat Dr. H. mit einem GdB von unter 10 bewertet. Da auch die behandelnden Ärzte insoweit keine Befunde zu einer Teilhabebeeinträchtigung mitgeteilt haben, konnte der Senat hier allenfalls zugunsten der Klägerin nach B Nr. 18.14 VG einen Teil-GdB von 10 annehmen.

Ausgehend von zwei Teil-GdB von 10 im Funktionssystem der Beine war der Einzel-GdB hier mit 10 anzusetzen.

Die mehrfach ärztlich angenommene Fibromyalgieerkrankung war nicht mit einem eigenständigen GdB zu bewerten. Die GdB-Bewertung erfolgt nicht anhand von Diagnosen sondern – wie bereits die zusammenfassende Bewertung in Funktionssystemen zeigt – final und funktionsbezogen. Insoweit sieht B Nr. 18.4 VG vor, dass die Fibromyalgie nach ihren funktionellen Auswirkungen zu beurteilen ist. Da diese Erkrankung vorliegend bei der Klägerin zu Ganzkörperschmerzen führt, sind diese, da sie einem einzelnen Funktionssystem nicht konkret zugeordnet werden können und über einzelne Funktionssysteme hinausgehen, im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche zu bewerten. Damit konnte der Senat der anderslautenden Bewertung von Dr. Trunzer schon aus Rechtsgründen nicht nachkommen.

Im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche ist der Einzel-GdB mit maximal 30 zu bewerten. Bei der Klägerin bestehen psychische Gesundheitsstörungen in Form einer somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD 10

F45.41), einer hypochondrische Störung (ICD 10 F45.2) und dem Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61). Dies konnte der Senat dem schlüssigen Gutachten von Frau F. entnehmen. Soweit Dr.T. ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom vom Typus Fibromyalgie mit aktivierten Tenderpoints, leichter muskulärer Dysbalance und schmerzassoziierter Fatigue bei einem Schmerzchronifizierungsgrad Gerbershagen III und den dringenden Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden mehrerer Risikofaktoren (Verdacht auf posttraumatische Störung nach Unfalltrauma 2008, Angststörung nach traumatischem Klinikaufenthalt, Berufskonflikt/Mobbing/Kränkungserlebnisse/Verbitterung) dargestellt hat, entspricht dies - lediglich anders ausgedrückt - im Ergebnis der Beurteilung durch die Gutachterin F. und den sich insoweit aus den Akten der Beklagten, des SG und des Senats ergebenden anderen ärztlichen Beurteilungen. Jedoch genügt alleine eine Diagnosestellung nicht als Grundlage einer GdB-Bewertung. Insoweit sind - wie ausgeführt - die funktionellen Beeinträchtigungen im Rahmen der Teilhabe zu berücksichtigen. Insoweit musste der Senat auch nicht feststellen, ob wirklich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliegt, wie Dr. T. und Dr. W. meinen. Denn die funktionellen Auswirkungen der zuvor vom Senat festgestellten Gesundheitsstörungen überdecken sich vollständig mit denen einer PTBS, sollte diese vorliegen.

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

Bei der Gutachterin F. stand im Vordergrund der Beschwerden die Symptomatik einer somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie einer Persönlichkeitsstörung steht (Verdachtsdiagnose), sowie eine hypochondrische Störung. Hinsichtlich des somatischen Anteils der chronischen somatoformen Schmerzstörung ist von degenerativen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates auszugehen. Hinsichtlich der Schmerzerkrankung/Fibromyalgie aber auch der psychischen Gesundheitsstörungen fand bislang keine suffiziente Therapie (z.B. in Form einer multimodalen Schmerztherapie einschließlich Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Entspannungs- und Physiotherapie) statt. Erst im Januar 2016 hatte dann die Krankenkasse eine Psychotherapiebehandlung bewilligt. Frau F. konnte eine depressive Störung im engeren Sinne weder in der Vorgeschichte anhand der Fremdbefunde noch anhand ihrer eigenen Untersuchung und Befunderhebung feststellen. Vielmehr geht die Gutachterin davon aus, dass es auf dem Boden der vermuteten Persönlichkeitsstörung (mit histrionischen, abhängigen und neurasthenischen Anteilen) und unter psychosozialen Belastungen (Partnerschaftliche Trennung, Todesfälle, Unfälle, Arbeitsplatzkonflikte, Körperbeschwerden) zur Entwicklung neurasthenischer und psychosomatischer Symptome gekommen ist, die bei fehlender suffizienter Therapie zu einer raschen Chronifizierung geführt haben.

Der Senat konnte auf der Grundlage der schriftlichen und mündlichen Angaben der Klägerin im ganzen Verfahren keine wesentlichen Alltagsbeschränkungen feststellen. So ist die Klägerin an Tieren interessiert. Sie singt in einem Chor, geht in die Sauna und über die Rheumaliga zur Wassergymnastik. Zwar hat sie angegeben, in Baden-Baden keine Freunde zu haben, doch hat sie die Familie ihres Ehemannes und eigene Freunde, die "überall verteilt" (Gutachten Dr. F., Blatt 234 der Senatsakte = Seite 43 des Gutachtens) sind. Als Sozialarbeiterin im Krankenhaus hat sie zwar ihre Arbeitszeit reduziert - die Klägerin gibt dazu an, Ursache seien ihre Erkrankungen zu sein -, hat aber Kontakt mit Patienten und Kollegen. Der Gutachterin F. hat die Klägerin von der Versorgung des Haushaltes, von erhaltener Interessenlage und von auf die Beschwerdesymptomatik abgestellten Freizeitaktivitäten (Chor, Spaziergänge, Lesen, Fernsehen) berichtet.

Soweit Frau F. aus der Tatsache, dass bislang die ärztlich indizierten Behandlungen des Störungsbildes nicht in Anspruch genommen wurden, einen hohen Leidensdruck als nicht nachvollziehbar beurteilt, mag das für die Vergangenheit so sein; der Senat leitet aber hieraus zugunsten der Klägerin im Hinblick auf die im Januar 2016 bewilligte Psychotherapie und die - wenn auch nach sieben Sitzungen wegen Ausscheidens des Arztes beendete - Therapie bei Dr. W. jedenfalls keine nachteiligen Folgerungen für die Klägerin ab.

Dennoch konnte sich der Senat auch unter Berücksichtigung der Fibromyalgie und der von der Klägerin beschriebenen Mobbingssituation nicht vom Vorliegen eines höheren GdB als 30 überzeugen. Die Klägerin ist wach, bewussteinklar und in allen Qualitäten orientiert. Störungen der Aufmerksamkeit, des Auffassungs- und Konzentrationsvermögens, der Merkfähigkeit und der Gedächtnisleistungen konnten weder Frau F. noch Dr. T. feststellen. Das Denken ist formal noch geordnet und logisch nachvollziehbar, es ergeben sich keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungs- und Ichstörungen. In ihren Schilderungen war die Klägerin bei der Gutachterin F. ganz lebhaft mit lebhafter Mimik und Gestik sowie uneingeschränkt in den Bewegungen. Es besteht eine ausgeprägte Selbstbeobachtungstendenz mit starken hypochondrischen Ängsten sowie Ängsten vor ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen bei von ihr behaupteten Fehlbehandlungen in der Vorgeschichte. Die Stimmung der Klägerin war in der Untersuchungssituation bei Frau F. weitgehend ausgeglichen bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit, die Klägerin hat aber über wechselnde Stimmungslagen berichtet. Antrieb und Psychomotorik sind ungestört. Sie konnte über eine erhaltene Interessenlage und die Fähigkeit zur Freude berichten.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat weder einen wesentlichen sozialen Rückzug noch eine Unmöglichkeit, den Alltag zu gestalten und zu erleben, mithin keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, feststellen. Die Klägerin ist vielmehr in der Lage, ihren Alltag und ihr Sozialleben zu gestalten und daran - trotz der Schmerzen - auch emotional und geistig teilzuhaben. Damit konnte der Senat zugunsten der Klägerin im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche lediglich einen Einzel-GdB von allenfalls 30 annehmen, was einer Bewertung am unteren Rand des für stärker behindernde Störungen vorgesehenen Bewertungsrahmens entspricht. Da die Klägerin aber mit Arbeit und Hobbys, Familienleben und eigenen Freunden gerade über ein funktionierendes Sozialleben verfügt, kommt für den Senat eine Bewertung mit einem Einzel-GdB von 40 nicht in Betracht. Bei seiner Bewertung hat der Senat auch das vom Beklagten mit einem Teil-GdB von 10 angenommene Kopfschmerzsyndrom berücksichtigt. Migräne im Sinne einer Augenmigräne ist nicht objektiviert; das sonstige Kopfschmerzsyndrom wird zugunsten der Klägerin berücksichtigt, führt aber nicht zu einer Erhöhung des Einzel-GdB.

Dabei hat der Senat auch berücksichtigt, dass der Gutachter Dr. S. die Reizdarmsymptomatik, die Nahrungsmittelintoleranzen und das hyperreagible Bronchialsyndrom im Sinne einer somatoformen Symptomatik gedeutet hat. Dies hat die Gutachterin F. in ihren Erwägungen berücksichtigt, was daraus abzuleiten ist, dass sie den dahingehenden Beschwerdevortrag der Klägerin auf Seite 34 des Gutachtens (Blatt

225 der Senatsakte) umfassend dargestellt hat, woraus der Senat ableitet, dass sie diese Angaben auch in ihre gutachterliche Bewertung eingestellt hat. Dort ist die Gutachterin aber zu der Einschätzung gelangt, dass es wegen der vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Folgen, wozu auch die Folgen des Reizdarmsyndroms, der Nahrungsmittelunverträglichkeiten und des hyperreagiblen Bronchialsyndroms gehören, zu Funktionsbeeinträchtigungen und Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich kommt – so beschreibt die Klägerin, wie sie durch die Einschränkung der verträglichen Nahrungsmittel und deren besondere Zubereitung z.B. am Arbeitsplatz beim Essen oder bei Freunden beeinträchtigt ist –, die Klägerin aber eigenständig eine Anpassung des Arbeits- und Freizeitverhaltens an die Symptome vornehmen kann. Vor diesem Hintergrund konnte der Senat mit dem internistischen Gutachter Dr. S. und der nervenärztlichen Gutachterin F. insoweit keine weitergehende Teilhabebeeinträchtigung feststellen, die einen höheren GdB als 30 rechtfertigen könnte.

Der Senat konnte der Bewertung von Dr. T. nicht beitreten. Dieser hat zwar für das chronische myofasziale Schmerzsyndrom vom Typus Fibromyalgie einen GdB von 40 und für den dringenden Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden verschiedener Risikofaktoren einen GdB von 50 angenommen. Doch konnte der Senat seinem Gutachten keine Befunde – insbesondere hinsichtlich der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – entnehmen, die eine so schwerwiegende Erkrankung bzw. so weitgehende funktionelle Beeinträchtigungen nachvollziehbar machen konnten. Vielmehr hat der Senat die von der Klägerin angegebenen Beeinträchtigungen der Teilhabe, wie sie ihrem Vortrag aber auch den vorliegenden medizinischen Unterlagen zu entnehmen sind, gewürdigt und lediglich einen GdB von allenfalls 30 feststellen können.

Im Funktionssystem des Herz/Kreislaufs konnte der Senat keine GdB-relevante Funktionsbehinderung feststellen, nachdem bisher eine Herzerkrankung bzw. ein Infarkt ausgeschlossen werden konnte (Bericht Klinikum M. vom 13.05.2012, Blatt 214 der Beklagtenakte).

Das hyperreagible Bronchialsyndrom war mit einem Einzel-GdB von 10 im Funktionssystem der Atmung zu bewerten. Vor dem Hintergrund der Bewertungsmaßstäbe nach B Nr. 8 VG, insbesondere 8.2, 8.3 und 8.5, musste der Senat vorliegend feststellen, dass die geringen Beschwerden keine relevanten funktionellen Behinderungen oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe begründen und daher ein Einzel-GdB nicht anzunehmen ist. So musste Dr. S. in seinem Gutachten mitteilen, dass sich die hierdurch ausgelösten Beschwerden in Grenzen halten. Eine Einschränkung der Lungenfunktion ist nicht vorhanden (vgl. Bericht Dr. H., Blatt 230 der Beklagtenakte: "kein Hinweis auf obstruktive oder restriktive Ventilationsstörungen"); ein Lungenrundherd konnte ausgeschlossen werden (Bericht Radiologie B.-B., Blatt 107 der Senatsakte). Im Übrigen treten Infekte nur unregelmäßig auf und bedingen keine relevante Behinderung. Insofern ist der vom Beklagten zugewilligte GdB von 10 mit Dr. S. angemessen.

Die Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten können nicht in einem gemeinsamen GdB bewertet werden, da es sich – wie bereits ausgeführt – bei der GdB-Bewertung um eine funktions-orientierte Betrachtung handelt, nicht um eine ursachenbezogene. Insoweit sind die Auswirkungen der jeweiligen Erkrankungen in den einzelnen Funktionssystemen zu bewerten, was dazu führen kann, dass einzelne Gesundheitsstörungen funktionell in verschiedenen Funktionssystemen bzw. mehrere Gesundheitsstörungen in einem Funktionssystem zu betrachten sind.

Soweit die Klägerin daher Nahrungsmittelunverträglichkeiten (von der Klägerin vorgebracht Typ III u.a. sämtliche Getreide mit Gluten; Histaminintoleranz) und Verdauungsbeschwerden geltend macht, die sich auf die Verdauung auswirken, sind diese, wie auch die von der Klägerin angeführten Störungen (Colon irritabile mit Durchfällen und Bauchkrämpfen, Morbus Meulengracht mit Koliken, Fettunverträglichkeit und Juckreiz, verkürzte Darmpassage) im Funktionssystem der Verdauung zu bewerten. Insoweit sieht B Nr. 10.2 VG Bewertungsvorgaben vor. Geschwüre oder eine Teilentfernung des Magens oder Darms konnte der Senat nicht feststellen. Dr. K. (Blatt 153 der Beklagtenakte) hat 2007 eine schwierige Sigmassage bei vermehrter Spastik und Adhärenz beschrieben, Dr. de R. (Blatt 165/166 der Beklagtenakte) hat 2011 eine Entzündung des eingesehenen Dünndarms, einen duodenogastralen Reflux von Galle in den Magen, eine Venektasie im Jejunum mit auffallend schneller Passage des Dünndarms beschrieben. Insoweit konnte der Senat mit dem Gutachter Dr. S. aber weder stärkere und häufig rezidivierende oder anhaltende Symptomen (z.B. Durchfälle, Spasmen) noch eine erhebliche Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes feststellen. Auch andere wesentliche Gedeih- und Entwicklungsstörungen liegen nicht vor. Den Akten ist durchgehend zu entnehmen, dass die Klägerin in einem regelrechten Ernährungszustand und altersgerechtem Kräfte- und Allgemeinzustand beschrieben wird (Rehabericht 20.12.2011: Appetit normal, guter AZ und EZ; Frau S., Bericht Klinikum M. vom 13.05.2012, Blatt 62 der Senatsakte: Norm. AZ; Bericht St. V. Klinik vom 29.09.2014, Blatt 90 der Senatsakte: 161 cm, 64 kg; Bericht St. V. Klinik vom 03.01.2013, Blatt 31 der SG-Akte: 64 kg). Lediglich das Endokrinologikum konnte im Bericht vom 22.11.2012 (Blatt 34/35 der SG-Akte) einen reduzierten Allgemein-, aber schlanken Ernährungszustand berichten; da aber die Klägerin in der Rehabilitation im Jahr 2011 noch mit einem Gewicht von 62 kg, im Bericht von Dr. K. vom 20.04.2012 (Blatt 207 der Beklagtenakte) mit einem Gewicht von 63 kg und bei gutem Allgemein- und Ernährungszustand, im Bericht von Frau S. vom 13.05.2012 ebenso mit normalem Allgemeinzustand und im Bericht der St. V. Kliniken vom 03.01.2013 wieder mit einem Gewicht von 64 kg beschrieben wird, konnte der Senat nicht feststellen, dass der vom Endokrinologikum beschriebene Zustand überdauernd ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) war. Gegen eine erhebliche Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes spricht insoweit auch der zur leichten Adipositas am oberen Rand des Normbereichs liegende BMI von 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Damit konnte der Senat keine wesentlichen Teilhabebeeinträchtigungen feststellen, die mit einem GdB von mehr als 10, wie bereits vom Beklagten angenommen, zu bewerten wären.

Bauchfellverwachsungen sind von der Klägerin zwar angegeben worden, konnten jedoch ärztlich nicht dokumentiert werden, weshalb insoweit kein GdB i.S.v. B Nr. 10.2.3 VG anzusetzen ist. Hämorrhoiden sind behandelt (vgl. dazu auch Bericht Dr. B./Dr. C. Blatt 33 der SG-Akte), weshalb auch insoweit kein GdB nach B Nr. 10.2.4 VG anzunehmen ist. Die von Dr. R. gegenüber dem Senat mitgeteilte Ösophagitis Grad I, die ebenfalls im Funktionssystem der Verdauung zu bewerten war, ist mit einem GdB von allenfalls 10 zu bewerten. Dr. S. gegenüber hat die Klägerin insoweit keine Beschwerden mehr angegeben. Insgesamt war der Einzel-GdB im Funktionssystem der Verdauung daher auf 10 anzusetzen.

Die Erkrankung der Schilddrüse (Autoimmunthyreoiditis, Hashimoto-Thyreoiditis, atrophe Autoimmunthyreoiditis) ist im Funktionssystem des Stoffwechsels/der inneren Sekretion zu bewerten (B Nr. 15 VG). Jedoch sind Schilddrüsenfunktionsstörungen gut behandelbar, so dass in der Regel anhaltende Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind (B Nr. 15.6 VG). So sind bei der Klägerin Organkomplikationen nicht dokumentiert. Zwar wurde die Schilddrüse als atroph beschrieben (z.B. Prof. Dr. S., St. V.-Kliniken, Bericht vom 29.09.2014, Blatt 90/91 der Senatsakte), doch ist die Klägerin unter Substitutionstherapie mit einem TSH im Normbereich. Auch im Jahr 2013 (vgl. Bericht Prof. Dr.S.

vom 03.01.2013, Blatt 92/093 der Senatsakte) war der TSH im (oberen) Normbereich. Insgesamt ergibt sich, worauf auch der Versorgungsarzt Dr. Reiniger (Blatt 96 der Senatsakte) hingewiesen hat, eine ausgeglichene Stoffwechsellage. Damit war kein GdB für diese Gesundheitsstörung anzunehmen.

Im Funktionssystem der Augen ist ein Einzel-GdB nicht anzusetzen. Aus den von Dr. H. mitgeteilten Befunden und Erkrankungen einer leichtgradigen Myositis, einer mittelgradigen Konjunktivitis, einem Siccasyndrom und einem Astigmatismus myopicus lassen sich keine GdB-relevanten Funktionsbehinderungen ableiten; gleiches gilt für die von Prof. Dr. Augustin in seinem Bericht vom 23.09.2014 (Blatt 127 der Senatsakte) vorgelegten Befunde einer leichtgradigen Myopie (die nach dem Radiologiebefund vom 17.07.2015, Blatt 128 der Senatsakte, am Übergang zum Normalbefund ist) und eines Astigmatismus. Eine Augenmuskellähmung oder Doppelbilder liegen nicht vor. Auch der mit 1,0 beidseits beschriebene Visus (Bericht Prof. Dr. A.n a.a.O.) begründet keinen GdB. Soweit Dr.B. im augenärztlichen Bericht vom 18.10.2012 (Blatt 38 der SG-Akte) einen Visus von rechts 0,8 mühsam und links 1,0 angenommen hat, ergibt sich nach B Nr. 4.3 VG ebenfalls kein GdB.

Zu den vorgebrachten gynäkologischen Beschwerden (Zyklusbeschwerden, Krämpfe und Koliken, Dauerblutungen und platzende Ovarialzysten, Verwachsungen und Verklebungen, persistierende Zystenbildung, Uterus myomatosus und Endometriose) hat die Klägerin Unterlagen von Prof. Dr. K.vorgelegt (Berichte vom 27.04.2010, 24.02.2011 und 07.06.2011, Blatt 165, 228, 229 der Beklagtenakte), wonach eine operative Behandlung im Herbst 2011 vorgesehen war. Aus dem Bericht von Dr. M. Fokussiertes Ultraschallzentrum für Myomtherapie, vom 09.05.2012 (Blatt 213 der Beklagtenakte) ergibt sich eine Steilstellung der Gebärmutter. Im Funktionssystem der Geschlechtsorgane (B Nr. 14 VG) konnte der Senat keinen GdB feststellen. Weder liegt ein Tumor vor, noch bei der im Jahr 1964 geborenen Klägerin eine Sterilität in "jüngerem Lebensalter" (vgl. B Nr. 14.2 VG). Den Unterlagen ist auch ein Verlust der Gebärmutter oder des Eierstocks nicht zu entnehmen. Die Endometriose war vorliegend nur attestiert, Dr. S. konnte aber bei seiner sozialmedizinischen Begutachtung insoweit keine relevanten funktionellen Behinderungen feststellen, weshalb im Hinblick auf die Vorgaben von B Nr. 14.5 VG ein GdB nicht anzunehmen war.

Die Hautveränderungen und Pigmentstörungen gehen wohl zurück auf die Allergien der Klägerin und eine Thyreoiditis. Diese Beeinträchtigungen sind – soweit objektiviert – gering ausgeprägt und nicht entstellend, wie der Senat dem im Gutachten von Dr. S. eingefügten Foto der Klägerin (Blatt 137 der Senatsakte = Seite 3 des Gutachtens) entnehmen kann. Insoweit ist der vom Beklagten angesetzte GdB von 10 jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin rechtswidrig zu niedrig.

Weitere GdB-relevante Gesundheitsstörungen sind weder vorgetragen, noch konnte der Senat solche feststellen.

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

Nach Überzeugung des Senats ist der Gesamt-GdB unter integrierender Bewertung der Funktionsbehinderungen und unter Beachtung ihrer gegenseitigen Auswirkungen der Gesamt-GdB zu bilden aus Einzel-GdB-Werten von - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Gehirns einschließlich der Psyche, - 30 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem des Rumpfes (Wirbelsäule), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen des Funktionssystems der Arme (Schulter rechts, Karpaltunnelsyndrom), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Beine (Hüfte, Knie, Füße), - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Atmung, - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Verdauung und - 10 für die Funktionsbeeinträchtigungen im Funktionssystem der Haut, wobei sich Einzel-GdB-Werte von 10 regelmäßig nicht erhöhend auswirken. Nachdem bei der Klägerin vorliegend von zwei zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 30 und des Weiteren zu berücksichtigenden Einzel-GdB von 10 auszugehen ist und auch kein Fall vorliegt, in dem ein Einzel-GdB von 10 ausnahmsweise zu berücksichtigen wäre, konnte der Senat einen Gesamt-GdB i.S.d. [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) i.H.v. 40 feststellen. Insoweit war auch zu berücksichtigen, dass beide Einzel-GdB-Werte von 30 eher zugunsten der Klägerin großzügig bemessen waren und sowohl bei der Bewertung der Gesundheitsstörungen an der Wirbelsäule, an der Schulter und den Beinen erhebliche Schmerzen mitbewertet wurden. Diese Schmerzen waren aber auch im Rahmen des Funktionssystems des Gehirns einschließlich der Psyche (Schmerzstörung/Fibromyalgiesyndrom) bewertet worden. Mithin bestehen erhebliche Überschneidungen, die insgesamt lediglich eine Bewertung mit einem GdB von 40 rechtfertigen. Insoweit ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin unter Berücksichtigung eines Vergleichs der bei ihr insgesamt vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren gegenseitigen Auswirkungen einerseits und derjenigen Fälle, für die die VG die Schwerbehinderteneigenschaft, mithin einen GdB von 50, vorsehen andererseits, nicht als einem Schwerbehinderten vergleichbar schwer funktionell beeinträchtigt anzusehen ist. Der Senat konnte insoweit gerade nicht feststellen, dass die Klägerin derartig schwer in ihrer Teilhabe beeinträchtigt ist, wie ein Mensch beim Verlust der Hand, eines Beines im Unterschenkel oder bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule. Damit konnte der Senat lediglich einen Gesamt-GdB von 40 annehmen und eine weitergehende, rechtlich relevante wesentliche Änderung i.S.d. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht feststellen. Der abweichenden Bewertung von Dr. T. konnte der Senat aus den bereits oben angeführten Gründen nicht nachkommen.

Das Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide sind nicht rechtswidrig, die Klägerin wird nicht in ihren Rechten verletzt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.  
Rechtskraft  
Aus  
Login

BWB  
Saved  
2016-09-10