

## L 11 SB 24/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

11

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 9 SB 50/06

Datum

11.12.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 11 SB 24/10

Datum

11.08.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 11. Dezember 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt einen höheren Grad der Behinderung (GdB) als 50.

Die Klägerin ist im Jahr 1960 geboren. Auf ihren Erstantrag vom April 1998 stellte der Beklagte mit Bescheid vom 6. November 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Februar 2001 einen GdB von 30 und eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit fest.

Einen Änderungsantrag der Klägerin vom Oktober 2001 lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 23. April 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Mai 2003 ab. In dem sich daran anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Potsdam - S 9 SB 136/02 - erkannte der Beklagte im Vergleichswege einen Anspruch der Klägerin auf Feststellung eines GdB von 50 für den Zeitraum ab 4. Oktober 2001 an und erließ am 26. November 2003 einen entsprechenden Ausführungsbescheid.

Am 28. Mai 2004 beantragte die Klägerin die Feststellung eines höheren GdB und machte eine Verschlimmerung ihrer psychischen und orthopädischen Leiden sowie das Hinzutreten einer Fibromyalgie geltend. Der Beklagte holte ärztliche Auskünfte der die Klägerin behandelnden Ärzte Drs. L und L vom 20. Oktober 2004 sowie der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 18. Januar 2005 ein und veranlasste eine gutachtliche Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. K vom 8. April 2005, der den GdB der Klägerin weiterhin mit 50 beurteilte und dabei folgende Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigte:

- psychosomatische Störungen, psychische Störungen, Migräne GdB 40
- muskuläre Verspannungen, Muskelreizerscheinungen der Wirbelsäule GdB 20
- Knorpelschäden an beiden Kniegelenken GdB 10
- chronische Bronchitis GdB 10
- Ohrgeräusche (Tinnitus) GdB 10.

Hierauf lehnte der Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 26. April 2005 ab. Auf den Widerspruch der Klägerin holte der Beklagte eine (nicht datierte) ärztliche Auskunft des Arztes für Innere Medizin M sowie eine ärztliche Auskunft der Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe Drs. F und K vom 17. August 2005 ein und wies den Widerspruch nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des Versorgungsarztes Dr. K vom 19. Oktober 2005 mit Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2006 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 17. Februar 2006 Klage erhoben, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Das Sozialgericht hat Befundberichte des Arztes für Orthopädie Dr. L vom 16. Juni 2006, des Arztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. B (nicht datiert), des Arztes für Innere Medizin M vom 20. Juni 2006 sowie der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 21. Juli 2006 eingeholt und den ärztlichen Entlassungsbericht des J Krankenhauses im F vom 21. April 2006 über den teilstationären Aufenthalt der Klägerin in der Zeit vom 28. März 2006 bis 10. April 2006 beigezogen. Zu den vorstehenden Befunden hat der Beklagte eine versorgungsärztliche Stellungnahme des Arztes Dr. J vom 9. August 2007 veranlasst. Ferner hat das Sozialgericht die Begutachtung der Klägerin durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G veranlasst. Dieser ist in seinem Gutachten vom 3. März 2008 nach körperlicher Untersuchung der Klägerin am 13. Februar 2008 zu dem Ergebnis gelangt, dass der Beklagte die

Gesundheitsstörungen der Klägerin zutreffend mit einem GdB von 50 bewertet habe und diese wie folgt im Einzelnen zu bezeichnen und zu bewerten seien:

- anhaltende somatoforme (psychosomatische) Schmerzstörung/ Fibromyalgiesyndrom = myofasiales Schmerzsyndrom, rezidivierende depressive Episoden, besondere Persönlichkeits- akzentuierung GdB 40
- Migräne ohne Aura GdB 20
- Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzel- reizerscheinungen der Wirbelsäule bzw. davon ausgehend - einschließlich sogenannter cervikaler Migräne - GdB 20
- Knorpelschäden im Kniebereich GdB 10
- chronische Bronchitis GdB 10 - Ohrgeräusch rechts GdB 10.

Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt: Die Klägerin leide aus neurologisch-psychiatrischer Sicht an einem chronischen Schmerzsyndrom mit körperlichen und anhaltenden somatoformen Faktoren (anhaltende somatoforme Schmerzstörung entspreche Fibromyalgiesyndrom bzw. myofasiales Schmerzsyndrom), einer Migräne und migräneartigen Kopfschmerzen (mäßig bis beginnend mittelgradig echte Migräne ohne Aura, cervikale Migräne) sowie an einem gegenwärtig als leichtgradig zu identifizierendem depressiven Syndrom bei verlaufmäßig längsschnittmäßig betrachtet rezidivierenden depressiven Episoden. Die psychisch relevante Syndromatik habe sich vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeit vom v. a. übernachhaltigen, anankastischen und selbstunsicher-ängstlichen Typus manifestiert. Bei dem Störungskomplex handele es sich insgesamt um einen deutlich stärker behindernden Störungskomplex mit deutlich wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin. Insbesondere seien ihre subjektive Konzentrationsfähigkeit und ihre Freude-Empfindungsfähigkeit sowie ihre Stressbelastbarkeit beeinträchtigt. Die Migräne ohne Aura bewirke, wenn sie manifest sei, eine vorübergehende Distanz hinsichtlich des Lebens in der Gesellschaft; ähnliches gelte für die muskulären Verspannungen, Nervenwurzelreizerscheinungen der Wirbelsäule bzw. davon ausgehend einschließlich der cervikalen Migräne. Die funktionellen Auswirkungen der Wirbelsäulen-/Bandscheibenveränderungen in vor allem zwei Wirbelsäulenabschnitten mit muskulären Verspannungen und Neigung zu Nervenwurzelreizerscheinungen ohne Nervenwurzelreizkompressionssymptomatik und motorische Ausfallerscheinungen und cervikaler Migräne seien als gering- bis mittelgradig zu beurteilen. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom liege nicht vor. Hinsichtlich des Knie-, Atemwegs- und Ohrenleidens ergebe sich nichts anderes als akten dokumentiert und von dem Beklagten berücksichtigt. Belege für erheblich ausgeprägte psychovegetative Begleiterscheinungen oder gar eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin auf der Basis des rechtsseitigen Ohrgeräusches lägen nicht vor. Eine hörbedingte umgangssprachliche Verständigungsschwierigkeit sei bei ihr nicht festzustellen gewesen. Das Gesamtmaß der Behinderung des psychisch/psychosomatisch relevanten Störungskomplexes werde durch die Auswirkungen der Migräne ohne Aura und des Wirbelsäulenleidens wesentlich verstärkt; angesichts ihrer Einzelgrade von jeweils 20 sei der GdB für das Hauptleiden um einen Zehnergrad von 40 auf 50 zu erhöhen, weil die Klägerin angesichts ihrer psychischen/psychosomatischen Leiden in ihrer Kompensationsfähigkeit hinsichtlich der Auswirkungen der Migräne und des Wirbelsäulenleidens reduziert sei.

Auf den Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das Sozialgericht ihre nochmalige Begutachtung durch den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. G veranlasst. Dieser ist nach körperlicher Untersuchung der Klägerin am 7. April 2009 in seinem Gutachten vom 12. April 2009 nebst ergänzender Stellungnahme vom 24. Juli 2009 zu dem Ergebnis gelangt, dass der GdB der Klägerin 60 betrage, der sich unter Berücksichtigung folgender Gesundheitsstörungen ergebe:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung GdB 40
- Double Depression (rezidivierende depressive Störung und Dysthymie ) GdB 30

Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt: Bei der Klägerin bestehe bedingt durch widrige Kindheitserfahrungen eine erhöhte Vulnerabilität, die zur Entwicklung einer sthenisch-zwanghaften Persönlichkeit und einer schwer therapierbaren Dysthymie im Sinne einer Charakter-Spektrum-Dysthymie geführt habe. Frustration über mangelnde Wertschätzung habe die Klägerin schon früh in Affektäquivalenten ausgedrückt. Dies habe sich insbesondere während ihrer ersten Ehe, in der die Klägerin von ihrem Ehemann geschlagen und von den Schwiegereltern als nicht standesgemäß abgelehnt worden sei, und auf ihrem Arbeitsplatz, wo sie von einem Arbeitskollegen gemobbt worden sei, fortgesetzt. Dabei hätten sich die Möglichkeiten der dysfunktionalen Emotionsregulation in Form von Somatisierung zunehmend erschöpft, sodass die Klägerin ihre - innerpsychischen Konflikten entstammenden bzw. nicht tolerablen Emotionen - zusätzlich habe deprimieren müssen. So seien die durch belastende Lebenssituationen ausgelösten rezidivierenden depressiven Episoden zu erklären, wobei Auslöser insbesondere interpersonale Stressoren (Partner, Tochter, Arbeitskollege) und die Schmerzerkrankung (somatoforme Schmerzstörung, somatisch-degenerativ bedingte Schmerzen, Migräne, Trigeminusneuralgie) seien. Insgesamt liege bei der Klägerin eine psychosomatische-somatopsychische Kombinationserkrankung aus zum Teil anatomisch (Nervenwurzelreizerscheinungen der Wirbelsäule, Knorpelschäden am Knie, initial Hypakusis bei Otosklerose, später subjektive Hyperakusie) oder neurophysiologisch (Migräne, Trigeminusneuralgie, Tin-nitus) zu erklärenden körperlichen Beschwerden und einer somatoformen Störung (Fibromyalgie) gepaart mit einer depressiven Störung (rezidivierende depressive Störung, Dysthymie, depressives Residuum) vor. Alle Störungen interagierten dabei in sich gegenseitig verstärkender Art. Die Depression reduziere die Frustrationstoleranz für Schmerz und erniedrige die Schmerzwahrnehmungsschwelle und bedinge auch eine Erhöhung der Muskelspannung, die sich schmerzverstärkend auswirke und wiederum die depressive Störung verstärke. Die genannten Gesundheitsstörungen hätten bei der Klägerin bereits zum Zeitpunkt des Änderungsantrages vom 28. Mai 2004 bestanden. In den Verhältnissen, "die für die Feststellung der Behinderungen im Bescheid vom 26. November 2003 bzw. 26. April 2005 maßgebend gewesen" seien, sei "als Basiserkrankung eine schwer therapierbare und permanent vorhandene Dysthymie bzw. bei Rezidiv einer depressiven Episode eine Double Depression im Sinne einer Verschlechterung hinzugekommen". Die funktionellen Auswirkungen der psychosomatischen-somatopsychischen Kombinationserkrankung seien mit einem GdB von 60 zu beurteilen, weil bei der Klägerin erhebliche soziale Anpassungsschwierigkeiten beständen.

Mit Urteil vom 11. Dezember 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 50. Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) sei nicht eingetreten. Die psychischen Störungen der Klägerin seien in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Gunverändert mit einem GdB von 40 und die Migräne mit einem GdB von

20 zu bewerten. Der Einschätzung des Sachverständigen Dr. G, die Klägerin leide an erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, sei nicht zu folgen. Das Wirbelsäulenleiden der Klägerin sei lediglich mit einem GdB von 10 zu bemessen, weil die Sachverständigen bei der Klägerin keine auffälligen Bewegungseinschränkungen hätten feststellen können. Die weiteren Leiden der Klägerin – Ohrgeräusche, chronische Bronchitis, Knieknorpelschaden – seien ebenfalls jeweils mit einem GdB von 10 zu bewerten. Danach sei ein GdB von 50 unter Berücksichtigung der von den Sachverständigen angenommenen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Gesundheitsstörungen weiterhin angemessen.

Gegen dieses der Klägerin am 27. Januar 2010 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung vom 24. Februar 2010, zu deren Begründung sie sich maßgeblich auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. G stützt.

Der Senat hat aus dem Gerichtsverfahren vor dem Sozialgericht Potsdam – S 16 R 769/07 – die Gutachten des Arztes für Orthopädie Prof. Dr. S vom 10. März 2009 und des Nervenarztes Dr. K vom 12. April 2010 beigezogen.

Der Arzt Prof. Dr. S führte in seinem Gutachten vom 10. März 2009 nach Untersuchung der Klägerin am 2. März 2009 aus: Die Klägerin leide auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet an einer geringgradigen Skoliose, einem leichten Hohlkreuz, einem Senk-Spreiz-Knickfußleiden und einer Fibromyalgie in Gestalt eines sogenannten sekundären Fibromyalgiesyndroms, der – eindeutig überwiegend – eine neurologisch-psychiatrische Erkrankung zu Grunde liege. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich Verkürzungen und Verspannungen der Muskulatur mit positiven Tenderpoints gezeigt. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht könne die Klägerin 8 Stunden täglich leichte körperliche Tätigkeiten im Gehen, Stehen, wech-selweise im Gehen, Stehen und/oder Sitzen (u. a.) unter Ausschluss einseitiger körperliche Belastungen und Zwangshaltungen und extremer Witterungsbedingungen verrichten.

Der Arzt Dr. K führte in seinem Gutachten vom 12. April 2010 nach Untersuchung der Klägerin am 22. Oktober 2009 aus: Bei der Klägerin beständen auf seinem Fachgebiet ein Fibromyalgiesyndrom, eine Migräne, rezidivierende depressive Episoden mittleren Schweregrades, eine somatoforme Schmerzstörung, eine derzeit inaktive Trigeminusneuralgie, Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus rechts, eine somatoforme Störung im Bereich des Gastrointestinaltraktes und des Vegetativums, Schwerhörigkeit, ein Cervicalsyndrom, ein Brustwirbel-säulensyndrom bei Discusprolaps in Höhe Th 9, ein Cervicobrachialsyndrom rechts sowie eine kognitive Leistungsstörung leichten Grades. Unter Berücksichtigung der neurologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Aspekte sei die Klägerin nur noch in der Lage, körperlich leichte Arbeiten ohne hohe Anforderung an das Konzentrations- und Merkfähigkeitsvermögen, ohne hohe Anforderung an die geistige Beanspruchung, überwiegend im Sitzen drei- bis unter sechsstündig auszuführen.

Dem schriftsätzlichen Vorbringen der Klägerin ist sinngemäß der Antrag zu entnehmen,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 11. Dezember 2009 und den Bescheid des Beklagten vom 26. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2006 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihr einen höheren Grad der Behinderung als 50 für den Zeitraum ab Antragstellung am 28. Mai 2004 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angegriffene Urteil für zutreffend und verweist zur Begründung ergänzend auf die von ihm im Berufungsverfahren veranlasste versorgungsärztliche Stellungnahme der Ärztin Dr. H vom 20. Oktober 2010.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung der Klägerin im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist zutreffend.

Die von der Klägerin im Berufungsverfahren weiterverfolgte Klage ist in Gestalt der Verpflichtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), 2. Alt. SGG zulässig, aber nicht begründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat für den Zeitraum ab 28. Mai 2004 keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 50. Denn eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die die Zuerkennung eines GdB von mehr als 50 rechtfertigt, liegt nicht vor ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)).

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuches (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 (grundsätzlich) die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) in ihrer jeweils geltenden Fassung (hier maßgeblich die Ausgaben 2004, 2005 und 2008 – AHP 2004, 2005 und 2008) zu beachten, die gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 durch die in der Anlage zu [§ 2](#) der Verordnung zur Durchführung des [§ 1 Abs. 1](#) und [3](#), des [§ 30 Abs. 1](#) und des [§ 35 Abs. 1](#) BVG - Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) - vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I Seite 2412](#)) festgelegten "versorgungsärztlichen Grundsätze" abgelöst worden sind, die inzwischen ihrerseits durch die Verordnungen vom 1. März 2010 ([BGBl. I Seite 249](#)), 14. Juli 2010 ([BGBl. I Seite 928](#)) und 17. Dezember 2010 ([BGBl. I Seite 2124](#)) Änderungen erfahren haben. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medizinischer

Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätzlich von diesen auszugehen (vgl. z. B. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. September 2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) -, bestätigt in BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 SB 4/10 R](#) - beide bei juris), weshalb sich auch der Senat für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 grundsätzlich auf die genannten AHP stützt. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ist demgegenüber für die Verwaltung und die Gerichte die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Anlage zu § 2 VersMedV maßgeblich, mit der die in den AHP niedergelegten Maßstäbe mit lediglich redaktionellen Anpassungen in eine normative Form gegossen worden sind, ohne dass die bisherigen Maßstäbe inhaltliche Änderungen erfahren hätten. Trotz der im Jahre 2010 vorgenommenen Änderungen gelten sie im vorliegenden Fall fort, weil die Änderungen Bereiche betreffen, auf die es hier nicht ankommt.

Einzel-GdB sind entsprechend den genannten Maßstäben als Grad der Behinderung in Zehnergraden entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG zu bestimmen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Teil A Nr. 3 a) der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 10; ebenso bereits Teil A Nr. 19 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von einer Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-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 Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 3 d) aa) - ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 10; ebenso zuvor Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3, 4 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 24 ff.).

Hiervon ausgehend hat die Klägerin für den Zeitraum ab dem 28. Mai 2004 keinen Anspruch auf Zuerkennung eines höheren GdB als 50. Dass der bislang festgestellte GdB von 50 im Fall der Klägerin keiner Erhöhung bedarf, ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus einer Gesamtschau der vorhandenen medizinischen Unterlagen. Insbesondere sind insoweit die vom Sozialgericht eingeholten Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G vom 3. März 2008 und des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. G vom 12. April 2009 sowie die vom Senat beigezogenen rentenrechtlichen Gutachten des Arztes für Orthopädie Prof. Dr. S vom 10. März 2009 und des Nervenarztes Dr. K vom 12. April 2010 von Bedeutung. Auch die vom Senat beigezogenen rentenrechtlichen Gutachten, die nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a](#) der Zivilprozessordnung im Wege des Sachverständigenbeweises verwertet werden können (vgl. BSG, Beschluss vom 13. Juli 2010 - [B 9 VH 1/10 B](#) - juris), beruhen jeweils auf einer eingehenden Untersuchung der Klägerin und enthalten aussagekräftige Untersuchungsbefunde, die für die hier nach dem Schwerbehindertenrecht vorzunehmende Beurteilung verwertbar sind.

Hauptleiden der Klägerin ist danach eine anhaltende somatoforme (psychosomatische) Schmerzstörung in Gestalt eines Fibromyalgiesyndroms (myofaszialen Schmerzsyndroms) in Verbindung mit einer Dysthymie und rezidivierenden depressiven Episoden, deren funktionelle Auswirkungen zusammengefasst mit einem Einzel-GdB von 40 zu beurteilen sind. Nach Teil A Nr. 26.3 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 48) sowie Teil B Nr. 3.7 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 27) sind stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) bei mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 50 bis 70 zu bewerten. Hiervon ausgehend sind die bei der Klägerin bestehenden funktionellen Auswirkungen der somatoformen (psychosomatischen) Schmerzstörung in Gestalt des Fibromyalgiesyndroms (vgl. dazu Teil A Nr. 26.18 AHP 2004, 2005, 2008, jeweils Seite 113, Teil B Nr. 18.4 der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 87), der Dysthymie und der rezidivierenden depressiven Episoden insgesamt den stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zuzuordnen und mit dem dafür vorgesehenen Höchstwert eines Einzel-GdB von 40 zu beurteilen. In Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. G bedingt der vorgenannte Störungskomplex, der nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. G - allerdings ohne weitere Folgerungen - auch eine Dysthymie beinhaltet, insbesondere Beeinträchtigungen ihrer subjektiven Konzentrationsfähigkeit und Freude-Empfindungsfähigkeit sowie Stressbelastbarkeit, die in ihrem Ausmaß zu einer deutlich wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin führen.

Hingegen liegt bei der Klägerin keine schwere psychovegetative/psychische Störung mit (mindestens) mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten vor. Nach dem Auszug aus der Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 18. bis 19. März 1998 ist von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wenn sich die psychische Veränderung in den meisten Berufen auswirkt und eine weitere Tätigkeit zwar grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung mit einschließt; darüber hinaus ist das Bestehen erheblicher familiärer Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung zu berücksichtigen. Nach den vorliegenden Gutachten des Arztes Dr. G vom 3. März 2008, des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. G vom 12. April 2009 und des Nervenarztes Dr. K vom 12. April 2010 mag zwar einiges dafür sprechen, dass die Klägerin in den meisten Berufen in einer Weise vermindert einsatzfähig ist, die auch eine berufliche Gefährdung bedingt. Doch diese verminderte Einsatzfähigkeit im beruflichen Bereich wird nicht allein durch ihre psychovegetativen und psychischen Störungen verursacht, sondern erst im Zusammenwirken mit den weiteren

nachfolgend noch zu würdigenden Gesundheitsstörungen der Klägerin. Im Übrigen spricht gegen die Annahme einer schweren Störung mit mittelgradigen Anpassungsstörungen, dass bei der Klägerin nach den vorgenannten Gutachten und den sonstigen vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine erheblichen familiären Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung bestehen. Insbesondere aus den Gutachten des Sachverständigen Dr. G vom 12. April 2009 nebst ergänzender Stellungnahme vom 24. Juli 2009 und des Nervenarztes Dr. K vom 12. April 2010 lässt sich nichts anderes entnehmen. So ergibt sich der Schweregrad der Behinderung der Klägerin auch nach Einschätzung des Sachverständigen Dr. G maßgeblich erst durch das Zusammenwirken von anatomisch oder neurophysiologisch zu erklärenden körperlichen Beschwerden mit einer somatoformen (Fibromyalgie) und depressiven (rezidivierende depressive Störung,

Dysthymie) Störung. Entsprechendes gilt für die Einschätzung des Nervenarztes Dr. Kin seinem Gutachten vom 12. April 2010, die Klägerin sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch drei bis unter sechsstündig leistungsfähig. Im Übrigen enthalten die von dem Sachverständigen Dr. G und dem Nervenarzt Dr. K erhobenen Befunde keine wesentlichen Änderungen zu den insoweit vom Sachverständigen Dr. G getroffenen Feststellungen; abweichend zeigten sich bei Dr. G lediglich Verdeutlichungstendenzen der Klägerin, die aber nicht zu einer Höherbewertung ihres Leidens führen können.

Darüber hinaus besteht bei der Klägerin eine echte Migräne in einer mittelgradigen Verlaufsform, die nach ihrem Ausprägungsgrad in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. G und unter Würdigung der sonst vorliegenden ärztlichen Befunde im unteren Bereich anzusiedeln und deshalb nach Teil A Nr. 26.2 der AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 39) sowie Teil B Nr. 2.3 der Anlage zu § 2 der VersMedV (Seite 19 f.) mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten ist.

Zudem ist den vorliegenden ärztlichen Befunden zu entnehmen, dass bei der Klägerin eine leichte Form der Trigeminus-Neuralgie besteht, die nach Teil A Nr. 26.2 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 39) sowie Teil B Nr. 2.2 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 19) mit einem Einzel-GdB von 10 zu werten ist.

Ferner bestehen bei der Klägerin Funktionsbehinderungen und Nervenwurzelreizerscheinungen der Wirbelsäule einschließlich einer zusätzlich zu berücksichtigenden cervikalen Migräne, die nach den vorliegenden Befunden höchstens mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sind. Nach Teil A Nr. 26.18 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 116) und Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 der VersMedV (Seite 90) sind Wirbelsäulenschäden mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurzdauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdB von 10 zu bewerten. Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) sind mit einem GdB von 20 und Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdB von 30-40 zu bewerten. Unter Würdigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. G ist davon auszugehen, dass bei der Klägerin ein Wirbelsäulenschaden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen allenfalls in einem Wirbelsäulenabschnitt besteht, wobei diese Einschätzung bei Berücksichtigung der von dem Arzt Prof. Dr. S in seinem Gutachten vom 10. März 2009 getroffenen Feststellungen, wonach die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule der Klägerin sowohl röntgenologisch als auch hinsichtlich ihrer Beweglichkeit im Wesentlichen einen altersentsprechenden Befund aufweisen, großzügig erscheint. Danach ist das Wirbelsäulenleiden der Klägerin mit einem Einzel-GdB von 20 maximal angemessen bewertet.

Die funktionellen Auswirkungen der Knorpelschäden im Kniebereich der Klägerin sind allenfalls mit einem Einzel-GdB von 10 zu beurteilen. Die Feststellungen des Arztes Prof. Dr. Sn in seinem Gutachten vom 10. März 2009 zu Grunde gelegt, wonach die Kniegelenke der Klägerin aktiv und passiv frei beweglich sind, läge bei ihr nach Nr. 26.18 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 126) und der Anlage zu § 2 VersMed V, Teil B Nr. 18.14 (Seite 100) kein GdB-relevantes Knieleiden vor.

Ferner besteht bei der Klägerin eine chronische Bronchitis, die nach Teil A Nr. 26.8 AHP 2004, 2005, 2008 (jeweils Seite 67 f.) und Teil B Nr. 8.2 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 43 f.) mit Einzel-GdB 10 angemessen bewertet ist, da nach den vorliegenden Befunden nur eine leichte Form der chronischen Bronchitis ohne dauernde Einschränkung der Lungenfunktion festzustellen ist.

Die bei der Klägerin nach dem (nicht datierten) Befundbericht des behandelnden Arztes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. B aus dem Jahr 2006 nebst beigefügtem Tonaudiogramm vom 28. Februar 2005 bestehende leichte Schwerhörigkeit rechts mit Ohrgeräuschen rechts und Schwindel ist nach Teil A Nr. 26.5 AHP 2004, 2005, 2008 (Seite 56-61) und Teil B Nr. 5.2, 5.3 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 34-37) mit einem Einzel-GdB von 10 zu beurteilen. So führt die Schwindelsymptomatik zu keinen Gleichgewichtsstörungen mit wesentlichen Folgen, wie auch dem genannten Befundbericht des Arztes Dr. B zu entnehmen ist. Ebenso wenig verursachen die Ohrgeräusche erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen, wie der Sachverständige Dr. G in Auseinandersetzung mit den Ausführungen des behandelnden Arztes dargelegt hat. Anderes lässt sich auch nicht dem Gutachten des Nervenarztes Dr. Kvom 12. April 2010 entnehmen.

Hiervon ausgehend ergibt sich bei der Klägerin kein höherer Gesamt-GdB als 50. Wie der Sachverständige Dr. G ausgeführt hat, wird das Gesamtmaß der Behinderung des psychisch/psychosomatisch relevanten Störungskomplexes durch die Auswirkungen der Migräne ohne Aura und des Wirbelsäulenleidens wesentlich verstärkt, so dass der Einzel-GdB von 40 für das Hauptleiden um 10 Punkte auf 50 zu erhöhen ist. Eine weitere Anhebung des GdB ist im Hinblick auf die relative Geringgradigkeit der funktionellen Auswirkungen des jeweils mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertenden Migräne- und Wirbelsäulenleidens nicht geboten. Ebenso wenig vermögen die jeweils mit einem Einzel-GdB von 10 bewerteten Leiden einer Trigeminus-Neuralgie, einem Knorpelschaden der Kniegelenke, einer chronischen Bronchitis und einer leichten Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen eine weitere Anhebung des GdB zu rechtfertigen. Soweit der Sachverständige Dr. G ausgehend vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit einem Einzel-GdB von 40 und einer rezidivierenden Störung und Dysthymie (Double-Depression) mit einem Einzel-GdB von 30 zur Einschätzung eines Gesamt-GdB von 60 kommt, kann dem – wie sich bereits aus obigen Darlegungen ergibt – nicht gefolgt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BRB  
Saved  
2011-09-12