

Aktenzeichen:  
L 4 SB 127/18  
S 5 SB 148/16



Mat. Z. n. Rücksprache	Wiedervorlage
<b>DGB Rechtsschutz GmbH BLro Mainz</b>	
25. MRZ. 2020	
Erledigt	Personen - 6, n: p: Co: J: Dalet

# LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

## IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

J

- Klägerin und Berufungsbeklagte -  
Prozessbevollmächtigte/r:

gegen

Land Rheinland-Pfalz

- Beklagter und Berufungskläger -

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz ohne mündliche Verhandlung am 18. März 2020

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 13.11.2018 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten beider Rechtszüge sind nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem früheren Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX 2001) und dem am 01.01.2018 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - (SGB IX).

Die 1961 geborene Klägerin beantragte im Januar 2015 erstmals die Feststellung einer Behinderung und des GdB wegen Wirbelsäulenbeschwerden in drei Etagen, Arthrose in beiden Knien, Knorpelschäden in beiden Sprunggelenken, Bluthochdruck, Schwindel, Depressionen, Augenmigräne, Gesichtslähmung, Eierstockoperation, Schulterbeschwerden und Schmerzen in den Beinen. Sie legte ärztliche Unterlagen aus der Zeit ab 1997 vor. Der Beklagte holte Befundberichte des Arztes für Frauenheilkunde Dr. C vom 16.03.2015 (Zustand nach Adnexektomie rechts und Re-Laparotomie 2000, Descensus uteri et vaginae, atrophische Kolpitis, Adipositas, Brustwirbelsäulen <BWS>-Syndrom, Lendenwirbelsäulen <LWS>-Syndrom) und des Orthopäden Dr. M vom 03.07.2015 (Chondro-pathia patellae rechts, Synovialitis, Gonarthrose rechts, Facettensyndrom der Wirbelsäule, myostatische Insuffizienz, chronisches LWS-Syndrom, Halswirbelsäulen <HWS>-Syndrom, BWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbago, Adipositas,

chronisches LWS-Syndrom, Epicondylitis radialis humeri links, degenerative BWS-Veränderungen, Prellung Wirbelsäule, Beckenprellung, LWS-Prellung) ein.

Der Versorgungsarzt Dr. S ging in einer gutachterlichen Stellungnahme vom 15.07.2015 davon aus, dass die Funktionsstörung der Wirbelsäule und der Kniegelenksverschleiß jeweils einen Einzel-GdB von 10 bedingten, womit der Gesamt-GdB 10 betrage.

Der Beklagte lehnte daraufhin die Feststellung eines GdB mit Bescheid vom 21.07.2015 ab.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Sie machte röntgenologisch nachgewiesene degenerative Veränderungen insbesondere der Wirbelsäule geltend, wegen denen sie seit zwei Jahren täglich Schmerzmittel nehme. Sie könne ohne Schmerzen nicht mehr als 50 Meter gehen. Sie arbeite im Verkauf und sei bei ihrer Arbeit schwer beeinträchtigt. Der Beklagte zog Befundberichte der Anästhesistin und Schmerztherapeutin Dr. S vom 15.11.2015 (chronische Rückenschmerzen, Fibromyalgie) und des Allgemeinmediziners Dr. R vom 12.01.2016 (tägliche Rückenschmerzen, Knieschmerzen und Cephalgien, chronischer Schmerz) nebst ärztlichen Unterlagen bei.

Der Versorgungsarzt Dr. Z wertete diese Unterlagen in einer gutachterlichen Stellungnahme vom 09.02.2016 aus. Gestützt hierauf half der Beklagte dem Widerspruch der Klägerin teilweise ab und stellte mit Widerspruchsbescheid vom 16.02.2016 ab dem 22.01.2015 einen Gesamt-GdB 20 bei folgenden Behinderungen fest:

- Fibromyalgiesyndrom (20)
- Funktionsstörung der Wirbelsäule (degenerative Wirbelsäulenveränderungen) (10)
- Kniegelenksverschleiß beidseits (10).

Mitberücksichtigt seien rezidivierende HWS-Beschwerden, Schwindel, chronische Kopfschmerzen. Keinen GdB von mindestens 10 bedingten Knorpelschäden in beiden Sprunggelenken, Bluthochdruck, Schwindel, Depressionen, Migräne, Gesichtslähmung, Eierstockoperation und Nabelhernie.

Hiergegen hat die Klägerin am 01.03.2016 beim Sozialgericht (SG) Speyer Klage erhoben und zunächst die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft, zuletzt dann die Feststellung eines GdB von mindestens 30 begehrt. Unerheblich seien zwar die ursprünglich angeführten Leiden Bluthochdruck, Depression, Augenmigräne, Gesichtslähmung und Folgen der Eierstockoperation. Höher zu bewerten seien allerdings der Schwindel, wohl infolge der Beeinträchtigung der HWS, die dauerhaften Schmerzen in den Beinen, die Beeinträchtigung der Wirbelsäule in drei Abschnitten, der Kniegelenksverschleiß und die Fibromyalgie. Die Wirbelsäule bedinge einen GdB von 30, mindestens aber von 20, so dass unter Berücksichtigung der Fibromyalgie ein Gesamt-GdB von 40, mindestens aber von 30 angemessen sei.

Das SG hat Befundberichte des Hausarztes Dr. M vom 19.08.2016, des Orthopäden Dr. P vom 21.08.2016 eingeholt. Sodann hat es Beweis erhoben durch Einholung eines fachorthopädisch-fachrheumatologischen Gutachtens von Dr. S vom 15.03.2017. Der Sachverständige hat auf seinem Fachgebiet folgende Gesundheitsstörungen bei der Klägerin festgestellt:

- Fibromyalgie im Rahmen einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung
- rezidivierendes Zervikalsyndrom bei Streckstellung der HWS und initialen degenerativen Veränderungen ohne Hinweis für eine radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik
- rezidivierendes Thorakalsyndrom bei Prolaps BWK 11/12 bei sonst sehr initialen degenerativen Veränderungen und erheblicher muskulärer Insuffizienz der BWS

- chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom bei initialen degenerativen Veränderungen im Sinne der Osteochondrose und Spondylose bei Wirbelgleiten LWK 4/5 Typ Meyerding 1
- initiales Rotatorenmanschettensyndrom rechts mit endgradiger Funktionseinschränkung ohne wesentliche nachweisbare radiologische Veränderungen
- unklare Schmerzangabe der Hüft- und Kniegelenke beidseits bei freier Funktionsfähigkeit und ohne Nachweis einer röntgenologischen Arthrose
- Spreizfußbildung beidseitig.

Für die chronische Schmerzstörung im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms, welches zu einer Schmerzhaftigkeit der gesamten Wirbelsäule und der Extremitätengelenke führe, sei ein Einzel-GdB von 20 gerechtfertigt. Das Wirbelsäulensyndrom sei bei initialen Veränderungen, ohne ausgeprägte Funktionseinschränkungen in allen drei Abschnitten und ohne Hinweise auf radikuläre oder pseudoradikuläre Symptome mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Die Extremitätengelenke wiesen keine über die Altersnorm hinausgehenden Funktionseinschränkungen auf. Der Gesamt-GdB sei mit 30 einzuschätzen.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein chirurgisch-orthopädisches Gutachten von Dr. H vom 27.09.2017 eingeholt. Der Sachverständige hat bei der Klägerin folgende Gesundheitsstörungen festgestellt:

- polysegmentale Verschleißerkrankung der HWS/BWS und LWS
- Arthrosen im Bereich beider Knie- und Sprunggelenke
- cystische intrapankreatische Läsionen unklarer Dignität.

Hinweise auf eine Fibromyalgie hätten sich nicht gezeigt. Die Funktionsstörung der Wirbelsäule bei erheblichen radiologischen Veränderungen bedinge einen Einzel-GdB von 30, die Einschränkungen der Kniegelenke einen Einzel-GdB von 10, das Pankreasleiden (fachfremd) einen Einzel-GdB von 20. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Die Klägerin hat dieses Gutachten für zutreffend gehalten. Der Beklagte hat eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. M vom 06.11.2017 vorgelegt, wonach weiterhin ein GdB von 20 angemessen sei. Die Einzel-GdB-Bewertung von Dr. S sei zutreffend, eine Erhöhung auf 30 sei bei der Gesamt-GdB-Bildung nicht zu begründen. Dem Gutachten von Dr. H ließen sich keine abweichenden Befunde entnehmen. Eine behinderungsrelevante Erkrankung der Bauchspeicheldrüse sei nicht erwiesen.

Das SG hat einen Befundbericht der Internisten Dres. D und G vom 29.11.2017 eingeholt, wonach die Klägerin im Jahr 2017 wegen anhaltenden Oberbauchschmerzen aufgrund pankreatischer Reizung vorstellig gewesen sei. Der Beklagte hat hierzu eine versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. M vom 23.01.2018 vorgelegt, wonach ein GdB von 10 für eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse nicht erreicht werde. Eine akute oder chronische Pankreatitis sei ausgeschlossen worden.

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 13.11.2018 stattgegeben und den Beklagten verurteilt, einen GdB von 30 festzustellen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass bei der Klägerin ein Fibromyalgiesyndrom vorliege, das zusammen mit den Funktionseinschränkungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sei. Die Richtigkeit dessen ergebe sich aus dem Gutachten des Dr. S. Danach liege bei der Klägerin eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms mit den erkennbaren Funktionseinschränkungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule und auch der nachweisbaren Schmerzhaftigkeit im Bereich der einzelnen Extremitätengelenke vor. Entgegen der Auffassung des Dr. S seien insoweit nicht lediglich für das Fibromyalgiesyndrom ein Einzel-GdB von 20 und für die Wirbelsäulenveränderungen ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen. Vielmehr verstärkten sich die beiden Behinderungen und führten zu einem Einzel-GdB von 30 und nicht wie Dr. S meine zu einem Gesamt-GdB von 30. Deswegen treffe auch die gutachtliche Stellungnahme von Dr. M vom 06.11.2017 nicht zu,

wenn sie meine, der Einzel-GdB von 20 bezüglich der Fibromyalgie könne nicht aufgrund des Einzel-GdB von 10 bezüglich der Wirbelsäule auf 30 erhöht werden. Eine weitergehende Behinderung seitens der Wirbelsäule ergebe sich nicht aus dem Gutachten des Dr. H. Er meine, ohne dies entsprechend den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VmG) zu begründen, die Funktionsstörung der Wirbelsäule sei mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Zudem erwähne er das Fibromyalgiesyndrom überhaupt nicht. Dies zeige zur Überzeugung des Gerichts, dass jedenfalls das Fibromyalgiesyndrom zusammen mit der Funktionsstörung der Wirbelsäule einen Einzel-GdB von 30 rechtfertige. Daneben rechtfertige der Kniegelenksverschleiß beidseits allenfalls die Vergabe eines Einzel-GdB von 10. Das ergebe sich wiederum aus dem Gutachten des Dr. S. Danach bestünden durch minimale degenerative Veränderungen hervorgerufene Funktionseinschränkungen. Bestätigt werde diese Einschätzung durch das Gutachten des Dr. H. Auch er gehe von einer geringfügigen Verschleißerkrankung beider Kniegelenke aus. Schließlich liege eine relevante Erkrankung der Bauchspeicheldrüse der Klägerin nicht vor. Eine derartige Behinderung ergebe sich weder aus dem Befundbericht des Dr. M vom 19.08.2016 noch aus dem des Dr. P vom 21.08.2016. Soweit Dr. H in seinem Gutachten meine, es läge bei der Klägerin eine Oberbauchsymptomatik vor, die einem Pankreasleiden zuzuordnen sei und einen Einzel-GdB von 20 rechtfertige, werde dies nicht näher begründet. Die Dres. D und G gingen zutreffend in ihrem Befundbericht vom 29.11.2017 davon aus, dass aufgrund der von der Klägerin beschriebenen Beschwerden ein Einzel-GdB von 5 gegeben sei, was dem Kräfte- und Ernährungszustand der Klägerin entspreche. Es lägen somit Einzel-GdB-Werte von 30 und 10 vor, aus denen ein Gesamt-GdB von 30 zu bilden sei.

Gegen das ihm am 27.11.2018 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 13.12.2018 Berufung eingelegt. Er macht unter Vorlage einer versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. W vom 26.11.2018 geltend, dass das SG rechts-widrigerweise davon ausgegangen sei, dass für das Fibromyalgiesyndrom und die Wirbelsäulenveränderungen ein Einzel-GdB von 30 zu bilden sei. Eine Erhöhung

auf 30 entspreche auch bei der Gesamt-GdB-Bildung nicht den rechtlichen Vorgaben. Die Funktionsstörungen der Wirbelsäule bedingten höchstens einen Einzel-GdB von 10, wobei fraglich sei, ob sie überhaupt einen Einzel-GdB rechtfertigten, da die schmerzhafte Bewegungseinschränkung des gesamten Stütz- und Bewegungsapparates bereits in der Teilhabebeeinträchtigung seitens der Fibromyalgie mit dem Einzel-GdB von 20 beinhaltet sei. Das Fibromyalgiesyndrom stelle sich als eher leichtgradige Störung mit leichtgradigen Funktionseinbußen dar. Die funktionelle Störung der Wirbelsäule sei gering. Es ergebe sich kein Summationseffekt.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 13.11.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für zutreffend. Der Beklagte bilde zu Unrecht zwei Funktionssysteme „Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten“ mit dem Fibromyalgiesyndrom einerseits und „Wirbelsäule“ andererseits. Nur hierdurch könne der Einzel-GdB von 10 für die Wirbelsäule vernachlässigt werden. Im Übrigen sei die Fibromyalgie für sich genommen analog einer entzündlich-rheumatische Erkrankung mit geringen Auswirkungen mit einem GdB von 30 zu bewerten.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. B vom



02.12.2019. Der Sachverständige hat bei der Klägerin folgende Gesundheitsstörungen festgestellt:

- somatoforme Schmerzstörung mit konversionsneurotischer Färbung/anliegende hypochondrische Befürchtungen
- sporadisch auftretende Panikattacken ohne richtungsweisendes Vermeidungsverhalten
- bei vorbestehend akzentuierten Persönlichkeitszügen
- suffizient behandeltes Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Adipositas
- Stoffwechselstörung (Fettstoffwechsel, Prädiabetes).

Für sozialmedizinisch relevante neurologische Störungen bestehe kein Anhaltspunkt. Es gebe sehr ausgeprägte Hinweise für nicht authentische Beschwerdeschilderung beziehungsweise simulative Tendenzen. Es sei unwesentlich, ob von einer somatoformen Schmerzstörung oder von einer Fibromyalgie gesprochen werde. Der Einzel-GdB für die nervenärztlichen Behinderungen betrage 20. Unter Berücksichtigung eines Einzel-GdB von 10 für die Wirbelsäule, mit dem sich eine deutliche Überlagerung ergebe, betrage der Gesamt-GdB 20.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen; dieser ist Grundlage der Entscheidung gewesen.

### Entscheidungsgründe

Die Berufung des Beklagten, über die der Senat gemäß § 153 Abs. 1, § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist zulässig und begründet.

Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 30. Der Bescheid des Beklagten vom 21.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02.2016, mit dem ein GdB von 20 festgestellt worden ist, ist rechtmäßig.

Nach § 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der seit dem 01.01.2018 geltenden Fassung, die mangels Übergangsregelungen auch auf laufende Verwaltungs- und Gerichtsverfahren wie das vorliegende anwendbar ist, stellen die zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Menschen mit Behinderungen sind gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine derartige Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX). Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (§ 152 Abs. 1 Satz 6 SGB IX).

Durch § 153 Abs. 2 SGB IX wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des GdB, die Kriterien für die Be-

wertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach § 241 Abs. 5 SGB IX gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend, soweit noch keine Verordnung nach § 153 Abs. 2 SGB IX erlassen ist. Entsprechend § 30 Abs. 1 BVG ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung im Bereich des SGB IX nach dem Ausmaß aller körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unabhängig von ihren Ursachen zu bemessen. Seit dem 01.01.2009 beurteilt sich der GdB entsprechend der aufgrund des § 30 Abs. 16 (damals Abs. 17) BVG erlassenen „Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG“ (Versorgungsmedizinverordnung <VersMedV>) vom 10.12.2008. Die in der Anlage zu § 2 VersMedV enthaltenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (VmG) haben die bis dahin angewendeten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP; letzte Auflage: 2008) im Wesentlichen - soweit möglich - übernommen und verrechtlicht. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt (§ 2 Satz 2 VersMedV).

Gemäß Teil A Nr. 2.a VmG hat der GdB die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt; er stellt somit ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Gesundheitsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens dar. Die Bemessung des GdB ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 30.09.2009 - B 9 SB 4/08 R -, juris Rn. 18; Beschluss vom 16.03.2016 - B 9 SB 85/15 B -, juris Rn. 6 mit weiteren Nachweisen <mwN>) in drei Schritten vorzunehmen. In einem ersten Schritt werden die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen und die

sich daraus ableitenden Teilhabebeeinträchtigungen festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese den in den VmG genannten Funktionssystemen (vgl. Teil A 2.e VmG) zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann - in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB (vgl. Teil A 3 VmG) - in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen. Außerdem sind bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VmG feste Grade angegeben sind (vgl. Teil A 3.b VmG). Dabei hat das Gericht nur bei der Feststellung der einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen (erster Schritt) ausschließlich ärztliches Fachwissen heranzuziehen. Die Bemessung der Einzel-GdB und des Gesamt-GdB ist indessen nicht die eigentliche Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen, sondern obliegt dem Gericht. Denn es kommt hierfür nach § 152 SGB IX maßgebend auf die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft an. Bei diesem zweiten und dritten Schritt hat das Gericht über die medizinisch zu beurteilenden Verhältnisse hinaus mithin weitere Umstände auf gesamtgesellschaftlichem Gebiet zu berücksichtigen. Diese Umstände sind in die VmG einbezogen worden, die als Rechtsverordnung für Gericht und Verwaltung verbindlich ist, soweit sie nicht gegen höherrangiges Recht verstößt.

Die dargestellten rechtlichen Maßstäbe der GdB-Bemessung galten für die Zeit bis zum 31.12.2017 auf der Grundlage des SGB IX 2011 in entsprechender Weise.

Nach diesen Grundsätzen liegen bei der Klägerin zur Überzeugung des Senats nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme seit Antragstellung bei der Klägerin folgende dauerhafte Gesundheitsstörungen vor:

- somatoforme Schmerzstörung/Fibromyalgie

- sporadisch auftretende Panikattacken ohne richtungsweisendes Vermeidungsverhalten
- degeneratives Wirbelsäulensyndrom der HWS, BWS und LWS
- Arthrose der Kniegelenke beidseits
- mit Maskenbeatmung behandeltes Schlaf-Apnoe-Syndrom (seit 07/2019)
- initiales Rotatorenmanschettensyndrom rechts
- Spreizfußbildung beidseitig
- Adipositas
- Stoffwechselstörung (Fettstoffwechsel, Prädiabetes).

Für die Schmerzstörung ist ebenso wie für das Funktionssystem „Psyche“ insgesamt ein GdB von 20 angemessen. Nach Teil B 18.4 VmG ist die Fibromyalgie jeweils im Einzelfall entsprechend der funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Angemessen ist vorliegend eine analoge Anwendung der für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata vorgesehenen Vorgaben in Teil B 3.7 VmG, da diese auch für somatoforme Störungen anwendbar sind. Ein Vergleich mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten ist vorliegend nicht geboten, weil die entzündliche Aktivität dieser Krankheiten für sich genommen negative Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Körpers hat, woran es beim Krankheitsbild der Klägerin fehlt. Es ist hier nicht angemessen, die deshalb generell höheren GdB-Werte der entzündlich-rheumatischen Krankheiten zur GdB-Bemessung der Erkrankung der Klägerin heranzuziehen. Nach Teil B 3.7 VmG sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0 bis 20 und stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten. Da bei der Klägerin im Funktionssystem „Psyche“ keine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit besteht, ist ein Einzel-GdB von 20 angemessen. Dass die Klägerin unter einer Schmerzstörung leidet, steht für den Senat aufgrund der Gutachten von Dr. S und Dr. B

fest. Für die hier relevante GdB-Bemessung ist die diagnostische Bezeichnung der Störung als Fibromyalgie oder als somatoforme Schmerzstörung unerheblich, weil es maßgeblich auf die daraus resultierenden Funktionsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen ankommt. Dr. H hatte ausdrücklich keine Hinweise für eine Fibromyalgie gesehen. Die Funktionsstörungen beruhen auf der Schmerzhaftigkeit im Bereich der Wirbelsäule und der Extremitätengelenke bei der Klägerin. Eine entzündliche oder rheumatische Erkrankung besteht nicht. Die Schmerzerkrankung ist nach den überzeugend begründeten Feststellungen von Dr. S und Dr. B nur leichtgradig ausgeprägt. Dr. B vermochte in seinem mehrstündigen Untersuchungsverlauf äußerlich keine Schmerzbeeinträchtigung bei der Klägerin festzustellen; so zeigte sie eine lebendige Begleitgestik, musste keine Positionswechsel durchführen und verließ die Praxis nach der mehrstündigen Begutachtung, die sie ohne Erschöpfungszeichen absolvierte, durchaus flotten Schrittes per Treppe, statt den Fahrstuhl zu nutzen. Einen Leidensdruck vermittelte die Klägerin dem erfahrenen Sachverständigen nicht. Die Klägerin nimmt nach eigenen Angaben bei Bedarf eine Schmerzmedikation und sucht nur sporadisch (zweimal im Jahr) eine Schmerztherapeutin auf. Bei der gerichtlichen Beurteilung der Schwere der Schmerzerkrankung, die ohne Zweifel nachgewiesen sein muss, ist zudem zu berücksichtigen, dass die Klägerin bei Dr. B in der testpsychologischen Untersuchung deutliche Anzeichen für eine Aggravation erkennen ließ. Bereits bei Dr. S hatte sie nahezu durchgehend die körperlichen Bewegungsp'rfungen durch aktives Gegenspannen entwertet, so dass die objektiven Bewegungsausmaße nicht feststellbar waren. Dr. S war insofern zu dem gutachterlichen Schluss gekommen, dass auch unter Berücksichtigung der Schmerzangaben keine wirklich gravierenden, der Altersnorm vorauseilenden Funktionseinschränkungen erkennbar waren. Dr. B hat des Weiteren überzeugend herausgearbeitet, dass die Klägerin durch die von ihr selbst geklagten schweren Schmerzen in ihrer sozialen und beruflichen Teilhabe nicht nennenswert eingeschränkt ist. Sie arbeitet als Verkäuferin, führt ganz überwiegend ihren Haushalt, macht Urlaub (soweit und so oft es finanziell möglich ist), geht gerne Spazieren, macht Gartenarbeit, hat ein normales Verhältnis zu ihrem Partner und

dessen Sohn, mit dem auch Freizeitaktivitäten unternommen werden, und fährt Pkw, öffentliche Verkehrsmittel sowie Fahrrad. Hätte sie mehr Zeit und Geld, so könnte sie sich weitere Freizeitaktivitäten wie Besuch eines Fitnessstudios oder häufigere Reisen vorstellen. Die Klägerin ist durch ihre Schmerzerkrankung - ebenso wie durch ihre vorhandenen lebensgeschichtlichen Belastungen wie den frühen Tod der Mutter, einen sexuellen Missbrauch, Beziehungskonflikte mit ihrem früheren Partner und den Kontaktabbruch ihrer Töchter - nach eigenen Angaben und nach den objektivierten Befunden von Dr. B psychisch nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie zeigte sich nicht depressiv verstimmt, war lebendig auslenkbar, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit waren ungestört und auch im Übrigen zeigte sich ein psychischer Normalbefund. Die sporadisch auftretenden Panikattacken bewirken kein richtungsweisendes Vermeidungsverhalten und keine Behandlungsbedürftigkeit. Die geklagte Migräne konnte von Dr. B mangels jeglichem spezifischen Behandlungsbedarf nicht objektiv bestätigt werden, sondern ist der Schmerzerkrankung zuzuordnen. Eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit wird zusammenfassend durch die Schmerzerkrankung und die Panikstörung nicht verursacht.

Das degenerative Wirbelsäulensyndrom in allen drei Abschnitten bedingt für das Funktionssystem „Rumpf“ einen Einzel-GdB von 10. Nach B 18.9 VmG ergibt sich der GdB bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung, der Wirbelsäulenverformung und -instabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte. Grundsätzlich werden Wirbelsäulenschäden ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität mit einem GdB von 0, mit geringen funktionellen Auswirkungen mit einem GdB von 10, mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit einem GdB von 20, mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt mit einem GdB von 30, mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdB von 30 bis 40 und mit besonders schweren Auswirkungen mit einem GdB von 50 bis 70 bewertet. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen

- oder auch intermittierenden Störungen bei der Spinalkanalstenose - sowie Auswirkungen auf die inneren Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen. Bei der Klägerin sind nur geringe funktionelle Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden objektivierbar. Der Senat schließt sich der Bewertung von Dr. S an, zumal auch Dr. B keine abweichenden Befunde erhoben hat. Bei der Klägerin liegen zwar in allen drei Wirbelsäulenabschnitten mehr oder weniger ausgeprägte röntgenologisch nachweisbare Veränderungen vor, die daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen erweisen sich indes als insgesamt noch gering. Insbesondere ließen sich keine neurologischen Störungen wie motorische oder sensible Ausfallerscheinungen feststellen; eine radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik besteht nicht. Dies haben Dr. S und Dr. B übereinstimmend festgestellt. Die objektivierbaren Bewegungseinschränkungen sind geringgradig ausgeprägt. Wie Dr. S schlüssig ausgeführt hat, ist die Schmerzhaftigkeit zudem nicht so sehr durch die Wirbelsäulenveränderungen selbst als durch die Schmerzverarbeitungsstörung bedingt. Das hohe Schmerzpotential ist nur durch diese Störung, nicht aber durch die somatischen Veränderungen der Wirbelsäule zu erklären. Eine höherer GdB-Bewertung der Wirbelsäule ist auch unter Würdigung der Ausführungen von Dr. H nicht gerechtfertigt. Dieser stützt seine Annahme eines GdB von 30 ausschließlich auf die radiologischen Befunde, was nicht den Vorgaben in Teil B 18.1 VmG entspricht, wonach mit bildgebenden Verfahren festgestellte Veränderungen allein noch nicht die Annahme eines GdB rechtfertigen. Dr. H erhebt bei seinen Funktionsprüfungen - wie Dr. S - nur endgradige Einschränkungen; neurologische Störungen findet er nicht.

Die Einschränkungen der Kniegelenke rechtfertigen einen Einzel-GdB von 10 für das Funktionssystem „untere Extremitäten“; insofern kann auf die zutreffenden Ausführungen des SG Bezug genommen werden (§ 153 Abs. 2 SGG). Die weiteren Gesundheitsstörungen der unteren Extremitäten (Spreizfüße und nach Auffassung der Klägerin auch Sprunggelenke) führen nicht bereits zu Funktionsbeeinträchtigungen, die für sich genommen einen GdB von 10 bedingen würden. Ihre



funktionellen Auswirkungen gehen jedenfalls in dem Einzel-GdB von 10 für die unteren Extremitäten auf.

Seit Juli 2019 ist für das seither mit Maskenbeatmung behandelte Schlaf-Apnoe-Syndrom der Klägerin ein Einzel-GdB von 20 in Ansatz zu bringen. Ein Schlaf-Apnoe-Syndrom (Nachweis durch Untersuchung im Schlaflabor) ist nach Teil B 8.7 VmG ohne Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung mit einem GdB von 0 bis 10, mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen nasalen Überdruckbeatmung mit einem GdB von 20 und bei nicht durchführbarer nasaler Überdruckbeatmung mit einem GdB von 50 zu bewerten. Folgeerscheinungen oder Komplikationen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, Cur pulmonale) sind zusätzlich zu berücksichtigen. Dem Gutachten von Dr. B lässt sich entnehmen, dass die Klägerin seit Juli 2019 mit einer Schlafmaske versorgt ist, mit der sie gut zurechtkommt.

Die weiteren Gesundheitsstörungen (Schultern, Adipositas, Stoffwechselstörung, pankreatische Beschwerden) führen nicht zu Funktionseinschränkungen, für die bereits ein GdB von 10 vergeben werden könnte.

Aus Einzel-GdB-Werten von 20, 10, 10 und weiteren 20 (ab 07/2019) ist im Falle der Klägerin fortlaufend seit Antragstellung ein Gesamt-GdB von 20 zu bilden. liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so ist der GdB nach den Auswirkungen der Funktionseinschränkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen (§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX; zuvor § 69 Abs. 3 SGB IX 2001). Eine Addition der einzelnen Werte findet nicht statt. Vielmehr sind im Rahmen einer natürlichen, wirklichkeitsorientierten funktionalen Gesamtschau alle Auswirkungen in freier richterlicher Überzeugung zu werten (§ 287 Zivilprozessordnung <ZPO>). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Behinderung 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. Von Ausnahmefällen abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 10 - und vielfach auch solche mit einem GdB von 20 - nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, auch wenn mehrere dieser Teilbehinderungen vorliegen (Teil A 3 VmG). Vorliegend gibt es keine Veranlassung, den Einzel-GdB für die Psyche von 20 ausnahmsweise wegen einer der weiteren leichten Teil-Behinderungen zu erhöhen. Denn keine dieser weiteren Beeinträchtigungen wirkt sich negativ auf die Gesamt-Teilhabebeeinträchtigung der Klägerin aus. Das gilt insbesondere für die mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete Beeinträchtigung der Wirbelsäule. Es findet funktionell keine wechselseitige Verstärkung der einerseits aus der Schmerzerkrankung und andererseits aus den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen statt, wie das SG (wenn auch im Rahmen einer Einzel-GdB-Bestimmung) angenommen hat. Stattdessen überlagern sich die Funktionseinschränkungen weitgehend, worauf Dr. B zutreffend hingewiesen hat. Da die Klägerin mit den Auswirkungen des Schlaf-Apnoe-Syndroms gut zurechtkommt, erhöhen diese das Gesamtmaß der Teilhabebeeinträchtigung ebenfalls nicht. Die Gesamtbeeinträchtigung ist mit einem GdB von 20 angemessen abgebildet.

Zu einem anderen Gesamt-GdB wäre der Senat im Übrigen auch dann nicht gelangt, wenn er - wie das SG - für die Schmerzerkrankung und die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zunächst einen Einzel-GdB bestimmt hätte. Auch bei der Einzel-GdB-Bestimmung innerhalb eines Funktionssystems ist zu berücksichtigen, ob die Teilhabebehinderung durch die Mehrzahl von Krankheiten innerhalb des Funktionssystems größer wird oder nicht. Hier gibt es auch innerhalb des Funktionssystems „Rumpf“ keine negative Beeinflussung; die Teilhabebehinderung wird vielmehr vollständig durch die Schmerzerkrankung hervorgerufen. Bei Einzel-GdB-Werten von dann 20, 10 und weiteren 20 (ab 07/2019) resultiert ebenfalls ein Gesamt-GdB von 20.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Revisionszulassungsgründe (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG) nicht vorliegen.

- Rechtsmittelbelehrung -