
S 7 SB 793/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 SB 793/00
Datum	11.11.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 15 SB 114/02
Datum	28.07.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der Klāgerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11. November 2002 wird zurāckgewiesen.
II. Auāgergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten āber die Hāhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) bzw. (seit dem 01.07.2001) nach dem Sozialgesetzbuch ā Neuntes Buch ā (SGB IX) in einem zweiten Neufeststellungsverfahren.

I.

Die 1945 geborene Klāgerin hatte in ihrem Erstantrag vom 08.11.1991 im Fragebogen bei den Angaben āber die Behinderung u.a. ā vermutlich vom Arzt eingetragen ā "Psycho-Somatik, degenerierte Fehlstatik Gesamt WS, Cervico-Cephal-Syndrom, Chondropathie patellae, Meralgia paraesthetica" angegeben. Die vom Beklagten angeforderten Befund- und Arztberichte beschrieben einen

ungeklärten Leistenschmerz sowie eine Schmerzsymptomatik vor dem Hintergrund einer depressiven Entwicklung bei multiplen sozialen Belastungen und einer Tendenz zur Chronifizierung, insbesondere der somatischen Beschwerden. Mit Bescheid vom 05.02.1992 stellte der Beklagte als Behinderung mit einem Gesamt-GdB von 30 fest:

- "1. Psychovegetatives Syndrom (Einzel-GdB 20),
2. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20),
3. Krampfadern (Einzel-GdB 10)."

Zur Begründung ihres Neufeststellungsantrages vom 18.04.1995 führte die Klägerin u.a. episodische Depression und phobische Attacken an. Dem beigezogenen Befundbericht des praktischen Arztes Dr.H. vom 19.05.1995 war zu entnehmen, dass aufgrund der längerfristigen Beschwerdesymptomatik eine psychosomatische Überlagerung mit Verdacht auf episodische Depressionen mit Neigung zu phobischen Attacken und Somatisierung der erheblichen Beschwerden entstanden waren. Nach Auswertung weiterer ärztlicher Unterlagen und des BfA-Kurberichts für die Zeit vom 25.05.1993 bis 22.06.1993 über eine Reha-Maßnahme wegen neurotischer Depression in der B.-Klinik lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 17.10.1995 eine Neufeststellung ab; eine wesentliche Änderung der Verhältnisse gehe aus den Unterlagen nicht hervor, die psychovegetativen Störungen seien weiterhin ausreichend bewertet. Im anschließenden Widerspruchsverfahren stellte der Sozialmediziner S. am 16.11.1995 fest, die psychische Situation der Klägerin habe sich deutlich verschlechtert; im Kurentlassungsbericht werde als Behandlungsdiagnose neurotische Depression genannt; deshalb werde vorgeschlagen, den Wortlaut zu Ziffer 1 entsprechend zu ergänzen und nun mit dem GdB 30 zu bewerten, woraus sich eine Erhöhung des Gesamt-GdB auf 40 ergebe. Mit Abhilfebescheid vom 11.12.1995 stellte der Beklagte für die Zeit ab 18.05.1995 den GdB mit 40 fest, eine Änderung der Funktionsbeeinträchtigungen nahm er nicht vor.

II.

Am 20.04.2000 beantragte die Klägerin unter Hinweis auf die Krankheiten "Fibromyalgie" und "Depressionen" erneut die Erhöhung des GdB. Im beigezogenen Befundbericht des Allgemeinmediziners Dr.F. vom 25.04.2000 wurde als Hauptproblematik eine Depression geschildert, die immer wieder zu Aktivierungszuständen neige und sich therapieresistent verhalte; ebenso könnten sich degenerative Veränderung von Seiten des Bewegungsapparates im Sinne eines Cervikocephal-, Cervikobrachial- sowie Lumboischialgie-Syndroms, die bei der früheren spezifischen Berufstätigkeit als Verkäuferin zu immer wiederkehrenden Beschwerden, die sich belastungs- und witterungsabhängig verstärkten, führten; wegen der Depression sei die Berufstätigkeit aufgegeben worden, da es gehäuft zu längerfristigen Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen sei; eine stationäre Krankenhausbehandlung im Rheuma-Zentrum Bad A. habe das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) nicht gebessert, so dass die Klägerin immer wieder

glaubhafte Schmerzzustände beklage, die durch die depressive Komponente weiter verstärkt würden. Der Neurologe Dr.P. beschrieb in seinem Befundbericht vom 11.05.2000 u.a. Psychosomatose, Angstneurose, WS-Syndrom, L5/S1 und leichtes C6-Syndrom rechts, psychosomatische Überlagerung; vorbestehend: Lumboischialgie links, Meralgia paraesthetica links, Wurzelsyndrom C7/8; weitgehend unverändertes Zustandsbild, ziehende Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation; in Bad A. "Fibromyalgie" festgestellt; weiterhin auch Depressionen, Angstzustände, allgemein ängstlich, Tachykardien, auch anfallsweise; HWS-Beschwerden, Schulterschmerzen, psychologische Psychotherapie bis 1999, noch einige Sitzungen offen.

Nachdem die Vertragsärztin Dr.G. am 05.06.2000 feststellte, der Neufeststellungsantrag sei unbegründet, lehnte ihn der Beklagte mit Bescheid vom 07.06.2000 ab. Im anschließenden Widerspruchsverfahren gab die Klägerin an, ihr allgemeiner Zustand habe sich durch Ganzkörperperschmerzen und depressive Verstimmungen verschlechtert. Der Beklagte holte den Entlassungsbericht des BRK-Rheuma-Zentrums Bad A. vom 18.04.2000 ein, in dem ein FMS mit Ganzkörperperschmerz, druckschmerzhaften Tenderpoints, vegetativer Begleitsymptomatik und depressiver Verstimmung beschrieben wurde. In der vom Beklagten eingeholten ärztlichen Stellungnahme des Allgemeinmediziners Dr.H. vom 11.08.2000 wurde das psychovegetative Syndrom mit einem Einzel-GdB von 30, die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit 20, die Krampfadern mit 10 – wie bisher – und das FMS mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet; eine Erhöhung der Gesamtbehinderung resultiere hieraus nicht. Mit Widerspruchsbescheid vom 14.09.2000 anerkannte der Beklagte zwar das Vorliegen eines FMS, wies den Widerspruch jedoch zurück, weil der GdB wie bisher mit 40 richtig bewertet sei.

Zur Begründung ihrer hiergegen am 09.10.2000 zum Sozialgericht Regensburg erhobenen Klage trug die Klägerin mit Schriftsatz vom 13.11.2000 im Wesentlichen vor, es gehe vor allem darum, in welcher Höhe das unstreitig bei ihr vorliegende FMS bewertet werde. Nach Beiziehung von aktuellen Befundberichten erstellte der praktische Arzt Dr.Z. im Auftrag des Gerichtes am 04.05.2001 ein Gutachten. Er bestätigte im Wesentlichen eine Fibromyalgie, bewertete sie mit einem Einzel-GdB von 20 und stellte zusätzlich ein Asthma bronchiale mit einem Einzel-GdB von 10 fest. Den vom Beklagten festgestellten GdB von 40 hielt auch er für angemessen.

Mit Schriftsatz vom 31.05.2001 widersprach die Klägerin den Feststellungen dieses Sachverständigen und beantragte den Chirurgen Prof.Dr.B. nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) als Sachverständigen zu hören. Dieser bestätigte in seinem Gutachten vom 02.08.2001 die Einzel-GdB, vertrat jedoch die Auffassung, seit dem 20.04.2000 sei die Behinderung wegen des FMS mit einem Gesamt-GdB von 50 zu bewerten; gleichzeitig empfahl er ein nervenärztliches Zusatzgutachten.

Der Beklagte bezog sich in seinem Schreiben vom 21.11.2001 auf die versorgungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen/Unfallchirurgen Dr.H. vom 15.11.2001, der räumte, dass der Sachverständige Prof.Dr.B. durch das Hinzutreten einer zweifelsohne bestehenden Fibromyalgie die

Schwerbehinderteneigenschaft f¼r erreicht ansehe. Nachdem auch Dr.H. wegen der erheblichen Überlagerungen des Behinderungsleidens unter Ziffer 1 mit dem FMS aber auch mit dem Wirbelsäulensyndrom ein nervenärztlichen Zusatzgutachten empfahl, beauftragte das Gericht die Sachverständige Dr.K. mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens. Darin f¼hrte diese am 02.05.2002 aus, verglichen mit den dem Bescheid vom 11.12.1995 zugrunde liegenden Verhältnissen sei insofern eine Veränderung eingetreten, als jetzt statt eines psychovegetativen Syndroms eine Somatisierungsstörung, f¼r den Bescheidtext als "seelische Störung" bezeichnet, festzustellen sei; eine Verschlechterung bestehe insofern nicht, als die Beurteilung der Somatisierungsstörung mit einem Einzel-GdB von 30 nicht von der damaligen Beurteilung des psychovegetativen Syndroms mit einem Einzel-GdB von 20 abweiche. Die Somatisierungsstörung beinhalte die in den Vorberichten als Fibromyalgie bezeichneten Symptome, wie auch die bislang unter psychovegetativem Syndrom zusammengefassten Beschwerden; hinsichtlich der Behinderung "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule" ergäben sich keine neuen Aspekte, insbesondere seien Wurzelreizerscheinungen nicht feststellbar; die Somatisierungsstörung erfasse alle Beschwerden, die nicht organisch begründbar seien, einschließlich der depressiv-vegetativen Symptome; die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule berücksichtige die organisch-begründbaren Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Bewegungsapparates; es verblieben somit keine Beschwerden, die mit einer weiteren Behinderung berücksichtigt werden müssten. Die Behinderung, f¼r die sie einen GdB von 40 festsetzte, bezeichnete sie als:

- "1. Somatisierungsstörung (Einzel-GdB 30),
2. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20),
3. Krampfadern (Einzel-GdB 10),
4. Asthma (Einzel-GdB 10)."

Dagegen wandte die Klägerin mit Schriftsatz vom 28.05.2002 ein, es sei nicht verständlich, warum die Sachverständige das FMS als "seelische Störung" bezeichnet, obwohl bereits der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 14.09.2000 als weitere Behinderung ein FMS enthalte, was auch den bisherigen Feststellungen entspräche. Gleichzeitig teilte sie mit, wegen ihrer zwischenzeitlich eingetretenen schweren Probleme sei sie wiederum stationär in das Rheuma-Zentrum Bad A. eingewiesen worden; schon seit mehreren Monaten hätten sich zunehmende Schmerzen im Schulter-Nackenbereich beidseits mit ausstrahlenden Cephalgien in den Hinterkopf, wie in der Zwischenanamnese des Entlassungsberichtes angegeben sei, eingestellt.

Der Beklagte bezog sich in seinem Schreiben vom 22.08.2002 auf die versorgungsärztliche Stellungnahme der Nervenrztin B. vom 12.08.2002, wonach die gesonderte Feststellung eines FMS nicht unbedingt erforderlich sei, da sich die Beschwerdesymptomatik vollständig mit der Somatisierungsstörung und

dem Wirbelsäulensyndrom ¼berschneide; der Gesamtleidenszustand der Klägerin sei mit einem GdB von 40 ausreichend gewürdigt.

Mit Schriftsatz vom 26.09.2002 trug die Klägerin ergänzend vor, bei dem FMS handle es sich um ein gesondertes Behinderungsleiden, dies könne nicht unter eine seelische Störung eingeordnet werden.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.11.2002 wies das Sozialgericht die Klage unter Hinweis auf die widerspruchsfreien Ausführungen der Sachverständigen Dr.Z. und Dr.K. in ihren Gutachten vom 04.05.2001 und 02.05.2002 sowie aufgrund der sonstigen vorliegenden medizinischen Unterlagen ab. Die zusätzlich neu hinzugekommenen Beeinträchtigungen erreichten nicht einen GdB von 10; insgesamt sei lediglich ein GdB von 40 gerechtfertigt; Prof.Dr.B. habe die bestehende Überlagerung der Funktionsauswirkungen nicht hinreichend berücksichtigt, sondern die angegebenen subjektiven Beschwerden der Bewertung sowohl des Wirbelsulensyndroms als auch der Fibromyalgie zugrunde gelegt; dies führe zu einer unzulässigen Doppelbewertung und habe das Gericht nicht ¼berzeugen können.

Ihre hiergegen am 03.12.2002 eingelegte Berufung begründete die Klägerin im Wesentlichen unter Hinweis auf ihr bisheriges Vorbringen sowie die Ergebnisse der stationären Aufenthalte in Bad A ; Gleichzeitig verwies sie auf die Feststellungen des Rheumatologen Dr.N. und legte dessen "Leitfaden" für FMS- Patienten bei. Mit Schriftsatz vom 22.01.2003 ¼bersandte sie ein aktuelles Attest dieses Arztes vom 20.01.2003, wonach sie an einem ausgeprägten FMS mit generalisierter Schmerzsymptomatik leide bei anhaltender Leistungsminderung mit Leistungseinbrüchen, Erschöpfungszuständen und vegetativen Begleitsymptomen; ferner bestnden eine ausgeprägte Varikosis im Bereich der Beine und ein fortgeschrittenes degeneratives Wirbelsäulensyndrom sowie ein Asthma bronchiale und eine Chondropathia patellae; er halte einen GdB von mindestens 50 für erforderlich.

Im Erörterungstermin vom 28.01.2003 wurde den Beteiligten mitgeteilt, es sei nicht beabsichtigt, ein weiteres Gutachten von Amts wegen einzuholen, nicht zuletzt deshalb, weil unter anderem auch Prof.Dr.B. keine Funktionseinschränkungen an irgendwelchen Gelenken finden konnte. Daraufhin beantragte die Klägerin gem  [S 109 SGG](#) die Einholung eines Gutachtens von dem Orthopäden Dr.L ; Dieser stellte im seinem Gutachten vom 04.04.2003 fest, bei der Klägerin lgen folgende Funktionsbeeinträchtigungen auf orthopädischem Gebiet ab 20.04.2000 vor: Ein generalisiertes FMS mit entsprechenden typischen Beschwerden, chronifizierten Schmerzen und vegetativen Dysfunktionen; zugleich ein erhebliches Erschöpfungssyndrom, was aber mit der Fibromyalgie in enger Verbindung stehe und als Komorbidität zu verstehen sei; verglichen mit den dem Bescheid vom 11.12.1995 zugrunde liegenden Verhältnissen sei bei der Klägerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Funktionsbeeinträchtigungen eingetreten; trotz der seit 1995 bereits bestehenden Störungen seien diese in ihrer Tragweite und Bedeutung nicht ausreichend

gewÄ½rdigt worden; der GdB kÄ½nne bei der generalisierten Fibromyalgie nicht fÄ½r einzelne FunktionsstÄ½rungen getrennt angesetzt werden, sondern nur fÄ½r die Gesamtheit der StÄ½rung, da die einzelnen TeilstÄ½rungen sich gegenseitig zum Teil negativ beeinflussten und eine EinzelauffÄ½hrung der GdB keinen Sinn mache; fÄ½r die gesamte Behinderung schÄ½tze er einen GdB von 50 seit der Antragstellung, diese EinschÄ½tzung grÄ½nde sich auf die "Anhaltspunkte fÄ½r die Ä½rztliche GutachterÄ½tigkeit im sozialen EntschÄ½digungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz", 1996 (AP).

Der Beklagte Ä½bersandte mit Schriftsatz vom 23.06.2003 die versorgungsÄ½rztlich-chirurgische Stellungnahme des Dr.T. , vom 22.04.2003, in der eingewandt wurde, wesentliche orthopÄ½disch-somatische FunktionseinschrÄ½nkungen habe der SachverstÄ½ndige Dr.L. nicht festgestellt; auch bei BerÄ½cksichtigung der generalisierten Beschwerdekompexe der KlÄ½gerin sei im Vergleich mit den in den AP genannten GesundheitsstÄ½rungen, die einen GdB von 50 begrÄ½nden kÄ½nnen, eine so ausgeprÄ½gte FunktionseinschrÄ½nkung nicht festzustellen. In der ebenfalls vorgelegten nervenÄ½rztlichen Stellungnahme des Neurologen Dr.K. vom 18.06. 2003 wurde darauf hingewiesen, auch wenn der SachverstÄ½ndige Dr.L. die Bezeichnung einer somatoformen SchmerzstÄ½rung in Verbindung mit der Fibromyalgie wegen einer gestÄ½rten Afferenzverarbeitung auf spinaler Ebene als Ursache fÄ½r die Schmerzentwicklung ablehne, kÄ½men fÄ½r die Bewertung der Schmerzsymptomatik als VergleichsmaÄ½stab die psychovegetativen und psychischen StÄ½rungen der AP in Betracht; dies gehe aus der Niederschrift des SachverstÄ½ndigenbeirats vom 25./26.11.1998 Punkt 1.9 (BLVF-Rundschreiben Nr.497/IV/99) und dem zitierten Rechtskommentar von Schillings hervor.

Mit Schriftsatz vom 08.07.2003 bezweifelte die KlÄ½gerin, dass eine versorgungsÄ½rztlich-chirurgische Stellungnahme die von Dr.L. vorgenommene Bewertung entscheidend beurteilen kÄ½nne; weder Dr.K. noch Frau B. , wenn Ä½berhaupt nur am Rande, kÄ½nnten die Situation beurteilen, wobei andererseits die NervenÄ½rztin B. in ihrer erstinstanzlichen versorgungsÄ½rztlichen Stellungnahme vom 12.08.2002 die im Vorverfahren und im Klageverfahren zitierte Internistin im VersorgungsÄ½rztlichen Dienst Dr.W. bestÄ½tigt habe, die in anderen Verfahren einen GdB von 40 bezÄ½glich des FMS angenommen hÄ½tte. Gleichzeitig bezog die KlÄ½gerin sich auf Seite 200, 201 aus dem Kommentar des Sozialverbandes VdK Deutschland "Schwerbehindertenrecht â½!" sowie auf den Entlassungsbericht Bad A. vom 17.04.2003, die sie in AuszÄ½gen vorlegte.

Am 25.07.2003 Ä½bersandte der SachverstÄ½ndige Dr.L. eine ergÄ½nzende Stellungnahme vom 04.04.2003, in der auf die EinwÄ½nde des Beklagten eingegangen wurde. So habe er in seinem Gutachten versucht, darzustellen, dass eben nicht die mit dem Winkelmesser gefundenen FunktionsstÄ½rungen und auch nicht die messbare KrafteinbuÄ½e im Falle einer fortgeschrittenen Fibromyalgie das MaÄ½ fÄ½r die Beurteilung der LeistungsfÄ½higkeit sein dÄ½rfe und kÄ½nne, sondern vielmehr die mit den stÄ½ndigen Schmerzen in Verbindung stehende Problematik; die nervenÄ½rztliche Stellungnahme des Dr.K. beschrÄ½nke sich im Wesentlichen auf die vergleichende Bewertung der Fibromyalgie mit analogen Auswirkungen seelischer StÄ½rungen (mit Einschränkung der Erlebnis- und

Gestaltungsfähigkeit); der Hinweis auf normale neurologische Befunde können nicht als Gegenargument gegen eine Häherbewertung des GdB verwendet werden.

Mit Schreiben vom 06.08.2003 legte der Beklagte die nervenärztlichen Stellungnahmen des Dr.K. vom 23.07.2003 und des Dr.H. vom 04.08.2003 vor. Diese verwiesen darauf, dass im Entlassungsbericht des Bayerischen Rheuma- und Orthopädie-Zentrums vom 17.04.2003 eine erneute Schmerzexacerbation seit 01/2003 beschrieben worden sei; in der Zwischenanamnese seien Schmerzen, eine vegetative Begleitsymptomatik, Schlafstörungen sowie wechselnde Blasen- und Darmstörungen angegeben worden; in den Untersuchungsbefunden sei der neurologische Befund unauffällig gewesen; bei dem Körpergewicht von 83 kg bei einer Größe von 161 cm habe sich im Verlauf eher eine leichte Gewichtszunahme gezeigt; Dr.L. habe im orthopädischem Gutachten vom 04.04.2003 bei seiner Untersuchung am 19.03.2003 noch ein Gewicht von 80 kg angegeben; trotz der beschriebenen Beschwerdesymptomatik ließe sich damit eine Gewichtsabnahme nicht objektivieren; im Entlassungsbericht des Rheumazentrums vom 17.04.2003 seien im Aufnahmebefund keine Funktionsparameter der Wirbelsäule und der oberen und unteren Extremitäten vorzufinden gewesen, welche zu einer Häherbewertung der bereits festgestellten Behinderungsleiden Anlass gegeben hätten.

Die Klägerin trägt in ihrem Schriftsatz vom 25.08.2003, der Beklagte beschäfigte sich lediglich mit Gewichts- oder Gewichtsabnahme, mit dem ausführlichen Gutachten Dr.L. setze er sich nicht entsprechend auseinander. Im übrigen bezog sie sich auf ihren Schriftsatz vom 08.07.2003 und die Stellungnahme des Dr.L. vom 25.07.2003.

Daraufhin legte der Beklagte mit Schreiben vom 16.10.2003 die versorgungsärztlich-chirurgische Stellungnahme des Dr.T. vom 27.08.2003 und die nervenärztliche Stellungnahme des Dr.K. vom 14.10.2003 vor, in denen nochmals darauf hingewiesen wurde, eine wesentliche Verschlechterung der objektivierbaren chirurgisch-orthopädischen Funktionseinschränkungen habe Dr.L. nicht belegen und auch nicht behaupten können; der Niederschrift des Sachverständigenbeirates vom 25./26.11.1998 kämen bei Krankheitsbildern wie der Fibromyalgie als Vergleichsmaßstab die in Nr.26.3 der AP genannten psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit in Betracht; hierzu sei anzumerken, dass zwar die berufliche Tätigkeit der Klägerin als Verkäuferin im Januar 2000 aufgegeben worden sei, aber die hausfraulichen Tätigkeiten mit Pausen ausgeübt werden könnten Gutachten Dr.L. vom 04.04.2003, Seite 4 bis 6); Einschränkungen würden bei schweren Tätigkeiten wie Fensterputzen und Einkaufen mittelschwerer Sachen berichtet; es beständen weiterhin regelrechte soziale Beziehungen zur Familie (Ehemann, Tochter) und zu Bekannten sowie Interessen und Freizeitaktivitäten (Lesen, Musikhören und Begleitung des Ehemannes beim Angeln); dies gehe aus dem nervenärztlichen Gutachten der Dr.K. vom 02.05.2002 hervor; zusätzlich sei darauf hinzuweisen, dass es nach der Begutachtungsuntersuchung von Dr.L. am 19.03.2003 bei der stationären Behandlung im Rheumazentrum Bad A. vom 01.

bis 10.04.2003 zu einer zufriedenstellenden klinischen Stabilisierung gekommen sei.

Im Schriftsatz vom 13.11.2003 verwies die KlÄgerin u.a. auf die sorgfÄltige Untersuchung durch Dr.L. im Vergleich zu den Feststellungen der VersorgungsÄrzte; nach wie vor leide sie unter der Fibromyalgie, die vom Beklagten bewusst oder unbewusst Ä¼bergangen werde.

Der Beklagte hielt in seinem Schreiben vom 09.01.2004 unter Hinweis auf die nervenÄrztlichen Stellungnahmen der Dres.K. , H. und T. vom 03.12., 08.12.2003 und 07.01.2004, die sich im Wesentlichen auf die AP und die bereits gewÄrdigten Befunde bezogen, an seiner Rechtsauffassung fest.

Die KlÄgerin wiederholte im Wesentlichen im Schriftsatz vom 27.01.2004 ihre EinwÄnde gegen den Ärztlichen Dienst des Beklagten und verwies darauf, dass die AP bezÄglich der Fibromyalgie sicherlich erneuerungsbedÄrfzig seien. Mit Schreiben vom 19.02.2004 bezog sie sich auf Artikel des Dr.H. zum FMS aus der Zeitschrift "Der medizinische SachverstÄndige" aus dem Jahre 2004 sowie auf dessen "Vorschläge fÄ¼r eine Schweregradeinteilung des Fibromyalgiesyndroms" aus dem Jahre 2002, die sie in Fotokopie vorlegte.

Der Beklagte hielt im Schriftsatz vom 19.03.2004 unter Hinweis auf weitere versorgungsÄrztliche AusfÄ¼hrungen an seiner Rechtsauffassung fest; im nervenÄrztlichen Gutachten nach Aktenlage vom 17.03.2004 des Dr.K. nahm dieser zu den Artikeln des Dr.H. Stellung, in denen der Autor fÄ¼r ein leichtgradiges FMS einen GdB von 0 bis 20, fÄ¼r ein mittelgradiges FMS einen GdB von 30 bis 40 und fÄ¼r ein schwergradiges FMS einen GdB von 50 bis 60 vorschlug; als mittelgradig wÄrden mittlere AktivitÄtsstÄrungen und ein partielles Ansprechen auf TherapiemaÄnahmen angesehen, als schwergradig ausgeprÄgte AktivitÄtsstÄrung und kein Ansprechen auf TherapiemaÄnahmen; die Beurteilung der nervenÄrztlichen Stellungnahme vom 14.10.2003 stÄtze sich auf eine teilweise Einschränkung der LeistungsfÄhigkeit (hausfrauliche TÄtigkeiten kÄnnten mit Pausen ausgeÄbt werden, EinschrÄnkungen wÄrden bei schweren TÄtigkeiten berichtet), regelrechte soziale Beziehungen und Freizeitinteressen (nervenÄrztliches Gutachten der Dr.K. vom 02.05.2002) und die Angabe einer zufriedenstellenden klinischen Stabilisierung bei der stationÄren Behandlung im Bayerischen Rheumazentrum vom 01. bis 14.04.2003; aufgrund dieser Angaben lÄge auch nach den Artikeln des Dr.H. ein mittelgradiges FMS vor, das mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten sei; auch auf dieser Grundlage ergÄbe sich deshalb keine Änderung der bisherigen Beurteilung; der vorgelegte AusfÄ¼hrungsbescheid des Versorgungsamtes Braunschweig vom 29.12.2003 betrÄfe eine andere Person, ein RÄckschluss auf die Bewertung bei der KlÄgerin sei dadurch nicht mÄglich.

Dem entgegnete die KlÄgerin im Schriftsatz vom 22.04.2004, gehe man von einem mittelgradigen FMS und einem Einzel-GdB von 30 bis 40 aus, so ergÄbe sich selbst bei NichtberÄcksichtigung der ohnehin zu bevorzugenden gutachtlichen Klarstellungen von Dr.L. zusammen mit den festgestellten

Wirbelsäulenfunktionsbehinderungen, Krampfadern ein Gesamt-GdB von 50.

Hierzu merkte der Beklagte in seinem Schreiben vom 13.05.2004 unter Bezug auf die nervenärztliche Stellungnahme nach Aktenlage des Dr.K. vom 10.05.2004 an, die Beschwerden bei der Somatisierungsstörung und dem FMS entsprächen sich; zumindest sei eine teilweise Überschneidung mit der Funktionsbehinderung der Wirbelsäule zu beachten; die von der Klägerin vorgeschlagene Beurteilung würde zu einer Doppelbewertung der Schmerzsymptomatik führen.

Mit Schriftsatz vom 08.06.2004 teilte die Klägerin mit, anlässlich ihres Reha-Antrages bei der BfA wegen Verschlimmerung durch den Rheumatologen und Internisten Dr.N. erneut untersucht und begutachtet worden zu sein; dessen Befundbericht legte sie vor. Gleichzeitig wies sie nochmals darauf hin, die Diagnosestellung "FMS" sei in Ziffer 1 des ursprünglichen Abhilfebescheids vom 11.12.1995 überhaupt nicht aufgeführt, trotzdem sei ein GdB von 40 festgestellt und im angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 14.09.2000 diese weitere Behinderung mit aufgenommen worden, allerdings mit der weiteren Feststellung, dass ein höherer GdB dadurch nicht erreicht werde. Mit Schriftsatz vom 29.06.2004 übersandte sie ein ärztliches Attest des Neurologen Dr.K. , wonach es sich bei ihr um ein schweres und chronifiziertes Schmerzsyndrom im Sinne einer progredienten Fibromyalgie handle; aufgrund dieser schweren und therapieresistenten Schmerzsymptomatik leide sie unter zunehmenden schweren Depressionen, Ängsten und Schlafstörungen.

Der Beklagte übersandte am 04.08.2004 eine weitere nervenärztliche Stellungnahme nach Aktenlage des Dr.K. vom 03.08.2004, in der erneut auf die Problematik einer Doppelbewertung hingewiesen und gegen das Attest des Dr.K. eingewandt wurde, eine stationäre psychiatrische Behandlung sei nicht vorgeschlagen worden; konkrete weitere Einschränkungen, die das nervenärztliche Gutachten der Dr.K. vom 02.05.2004 widerlegen könnten, seien den vorgelegten Berichten nicht zu entnehmen.

Mit Schriftsatz vom 26.01.2005 reichte die Klägerin einen ärztlichen Entlassungsbericht vom 18.08.2004 der Reha-Klinik W. der BfA in Bad A. ein und verwies darauf, dass die Auflistung der Diagnosen unvollständig sei; insbesondere das Wirbelsäulensyndrom fehle sowie die Ängst im Abhilfebescheid vom 11.12.1995 festgestellten Behinderungen psychovegetatives Syndrom und Krampfadern; wegen der Wirbelsäulenbeschwerden werde in den nächsten Tagen noch ein Kurzbericht des Dr.B. nachgereicht.

Der Beklagte legte hierzu mit Schreiben vom 04.04.2005 das internistische Gutachten nach Aktenlage vom 07.03.2005 der Dr.W. vor, die auf ihrem Fachgebiet lediglich Krampfadern und ein hyperreagibles Bronchialsystem mit jeweils einem Einzel-GdB von 10 feststellte; in der ebenfalls beigefügten chirurgischen Stellungnahme nach Aktenlage des Dr.N. vom 24.03.2005 wurde ausgeführt, die im Befundbericht beschriebenen Schmerzen und Diagnosen "Cervicobrachialgie, Dorsalgie, Lumbago, FMS" seien "symptomorientierte" Diagnosen, die nichts anderes bezeichnen, als dass Schmerzen im Bereich von Hals, Arm, Rücken und

LendenwirbelsÄ¶ule vorlÄ¶gen; durch die bisher erstellten Gutachten kÄ¶nne als gesichert gelten, dass die geklagten Beschwerden dem Komplex FMS zuzuordnen seien.

Die KlÄ¶gerin bewertete diese Stellungnahmen in ihrem Schriftsatz vom 28.04.2005 als Herunterspielen der jahrzehntelangen, hochgradigen wissenschaftlichen Erfahrungen des Dr.L. Ä¶ber das AusmaÄ¶ des FMS.

Die KlÄ¶gerin beantragt, den Beklagten unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Regensburg vom 11.11.2002 und des Bescheides vom 07.06.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2000 zu verurteilen, den bei ihr bestehenden GdB ab April 2000 mit 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung der KlÄ¶gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11.11.2002 zurÄ¶ckzuweisen.

Zum Verfahren wurden beigezogen die Schwerbehindertenakten Ä¶ber die KlÄ¶gerin beim Versorgungsamt Regensburg, Az.: 16/43/275 221 und die Akten des Sozialgerichts Regensburg, Az.: [S 7 SB 793/00](#).

BezÄ¶glich des weiteren Sachverhalts in den Verfahren des Beklagten und des Sozialgerichts wird gemÄ¶Ä¶ [Ä¶ 202 SGG](#) und [Ä¶ 543](#) der Zivilprozessordnung auf den Tatbestand des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Regensburg vom 11.11.2002 und die dort angefÄ¶hrten Beweisunterlagen, bezÄ¶glich des Sachverhalts des Berufungsverfahrens auf die SchriftsÄ¶tze der Beteiligten und die angegebenen Beweisunterlagen nach [Ä¶ 136 Abs.2 SGG](#) Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄ¶nde:

Die zulÄ¶ssige Berufung der KlÄ¶gerin ([Ä¶ 51 Abs.1 Nr.7 SGG](#) i.V.m. [Ä¶ 69 SGB IX](#), [Ä¶Ä¶ 143](#), [151 SGG](#)) ist nicht begrÄ¶ndet und deshalb zurÄ¶ckzuweisen.

Der angefochtene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 11.11.2002 und der ihm zugrundeliegende Bescheid des Beklagten vom 07.06.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2000 sind nicht zu beanstanden. Die KlÄ¶gerin hat keinen Anspruch darauf, dass die nach [Ä¶ 69 Abs.1 Satz 1 SGB IX](#) zustÄ¶ndigen BehÄ¶rden des Beklagten weitere FunktionsbeeintrÄ¶chtigungen bzw. einen GdB hÄ¶her als 40 feststellen. Damit entfÄ¶llt auch ihr Anspruch auf Ausstellung eines Ausweises nach [Ä¶ 69 Abs.5](#) i.V.m. [Ä¶ 2 Abs.2 SGB IX](#), weil bei ihr kein GdB von wenigstens 50 vorliegt.

In den tatsÄ¶chlichen oder rechtlichen VerhÄ¶ltnissen, die bei Erlass der Bescheide vom 05.02.1992, 17.10.1995 und 11.12.1995 vorgelegen haben, ist keine wesentliche Verschlimmerung nach [Ä¶ 69 SGB IX](#), frÄ¶her Ä¶ 4 SchwbG i.V.m. [Ä¶ 48 Abs.1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten, die den Beklagten verpflichten wÄ¶rde, einen Neufeststellungsbescheid mit einem hÄ¶heren GdB als 40 zu erlassen. Grundlage fÄ¶r die PrÄ¶fung und Feststellung eines GdB von 30 im Bescheid vom 05.02.1992 waren die Angaben der KlÄ¶gerin im Fragebogen und in den vom Beklagten

angeforderten Befund- und Arztberichten. Neben einer Chondropathia patellae, Meralgia paraesthetica, die keinen Einzel-GdB von 10 ergaben, standen im Vordergrund psychisch-somatoforme Beschwerden vor dem Hintergrund einer degenerierten Fehlstatik der gesamten Wirbelsäule, einem ungeklärten Leistenschmerz sowie einer Schmerzsymptomatik vor dem Hintergrund einer depressiven Entwicklung bei multiplen sozialen Belastungen und einer Tendenz zur Chronifizierung. Die dadurch bedingten Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ([Â§ 69 Abs.1 Satz 3 SGB IX](#)), d.h. vor allem die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen im "Ablauf des täglichen Lebens" (vgl. Urteil des BSG vom 16.03.1994, Az.: [9 RVs 6/93](#) = [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr.9](#) = Breithaupt 1995, 130) stellte der Beklagte nach Auswertung der ärztlichen Unterlagen durch den praktischen Arzt Dr.H. im Einzelnen als "psychovegetatives Syndrom" (Einzel-GdB 20), "Funktionsbehinderung der WS" (Einzel-GdB 20) und "Krampfadern" (Einzel-GdB 10) im Bescheid vom 05.02.1992 mit einem Gesamt-GdB von 30 fest. Damit wurden auch und insbesondere die von der Klägerin immer wieder geklagten Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, die dadurch bedingten depressiven Verstimmungszustände und die ausgeprägte psychovegetative Symptomatik berücksichtigt. Nachdem die Überprüfung der ärztlichen Unterlagen im Verfahren über den Neufeststellungsantrag vom 18.04.1995 ergab, dass ausweislich des BfA-Kurberichts für die Zeit vom 25.05. bis 22.06.1993 (B.-Klinik) die Klägerin an einer neurotischen Depression litt, empfahl der Präfärzt des Beklagten, den Wortlaut zu Ziffer 1 (psychovegetatives Syndrom) zu ergänzen, nunmehr mit einem GdB von 30 zu bewerten und den Gesamt-GdB auf 40 zu erhöhen. Der Beklagte kam diesem Vorschlag insoweit nach, als er für die Zeit ab 18.05.1995 den Gesamt-GdB auf 40 erhöhte; eine Änderung der Gesundheits- und Funktionsstörungen nahm er nicht vor.

Vergleicht man diesen Sachverhalt mit den Angaben der Klägerin in ihrem zweiten Neufeststellungsantrag vom 20.04.2000 und den danach eingeholten ärztlichen Unterlagen und Gutachten, so ergibt sich zwar, dass die Klägerin zwischenzeitlich an einem FMS, einem seit Kindheit bestehenden und im Einzelnen noch nicht festgestellten Asthma bronchiale mit einem Einzel-GdB von 10 sowie einem Bluthochdruckleiden (GdB unter 10) leidet, insgesamt jedoch hierfür keinen höheren GdB als 40 beanspruchen kann. Im Vordergrund der Beschwerden steht auch nach Auffassung der Klägerin selbst die in der medizinischen Wissenschaft nach wie vor umstrittene Erkrankung eines FMS, das vom Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 14.09.2000 nach vorheriger Auswertung ärztlicher Unterlagen und Beurteilung durch Dr.H. mit einem Einzel-GdB von 20 bewertet wurde. Damit ergeben sich zwar nach den ärztlichen Stellungnahmen des Beklagten als Funktionsbeeinträchtigungen "psychovegetatives Syndrom" (Einzel-GdB 30), "Funktionsbehinderung der WS" (Einzel-GdB 20), "FMS" (Einzel-GdB 20) und "Krampfadern" (Einzel-GdB 10), die insgesamt jedoch immer noch keinen GdB von 50 bedingen.

Klarzustellen ist zunächst, dass nach Â§ 4 Abs.1 Satz 1 SchwbG bzw. Â§ 69 Abs.1 Satz 1 SGB IX "das Vorliegen einer Behinderung" festzustellen ist und nicht eine Funktionsbeeinträchtigung oder vollständige Vielzahl mehrerer zugleich vorliegender Funktionsbeeinträchtigungen. Das Schwerbehindertenrecht kennt nur

einen Gesamtzustand der Behinderung. Daran ändert auch die in Praxis und Rechtsprechung eingebürgerte Übung nichts, von mehreren "Behinderungen" zu sprechen, auch wenn damit nach dem exakten Gesetzeswortlaut verschiedene Funktionsbeeinträchtigungen oder gar nur verschiedene körperliche, geistige oder seelische Regelwidrigkeiten gemeint sind (Urteil des BSG vom 24.06.1998, Az.: [B 9 SB 17/97 R](#) = [BSGE 82, 176](#) = [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr.24](#) unter Hinweis auf Urteil des BSG vom 10.09.1997, Az.: [9 RVs 15/96](#); [MDR 1998, 166](#) m.w.N.). Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so ist der Gesamt-GdB nach Â§ 4 Abs.3 Satz 1 SchwbG bzw. Â§ 69 Abs.3 SGB IX "nach den Auswirkungen der Funktionsstörungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen" festzustellen. Entscheidend kommt es demnach auf die Beeinträchtigungen im Ablauf des täglichen Lebens an, um festzustellen, ob die Auswirkungen sich überschneiden oder verstärken. Hierbei kommt es ganz entscheidend darauf an, ob sich die festgestellten Störungen geringfügig oder erheblich verstärken oder sich andererseits überschneiden, so dass eine Erhöhung des GdB überhaupt ausscheidet (vgl. BSG vom 16.03.1994, [a.a.O.](#)). Schließlich ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdB aufgrund des ausdrücklichen Hinweises des BSG im o.g. Urteil außerdem Nr.19 Abs.2 AP zu beachten. Hier heißt es, dass bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Behinderungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen sind, zu denen in der GdB-Tabelle feste Grade angegeben sind. Das bedeutet, dass zu beachten ist, in welchen Fällen die AP und die auf gesetzlicher Grundlage beruhenden Richtlinien zu Â§ 30 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) die Schwerbehinderung â GdB 50 â gerade noch zubilligen. Dabei fällt auf, dass für die Schwerbehinderung ganz erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen vorausgesetzt werden wie zum Beispiel der Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel.

Bei der Feststellung der regelwidrigen körperlichen, geistigen und seelischen Zustände und der daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen mit ihren Auswirkungen sowie der Bewertung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB-Grad stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die Gutachten der Dres.Z. und K., die bereits das Sozialgericht zur Begründung seiner Entscheidung herangezogen hat. Dr.K. stellt in ihrem Gutachten vom 02.05.2002 lediglich insofern eine Veränderung der Verhältnisse fest, als jetzt statt eines psychovegetativen Syndroms eine Somatisierungsstörung â sie empfiehlt "seelische Störung" â festzustellen sei; eine Verschlechterung bestehe insofern nicht, als die Beurteilung der Somatisierungsstörung mit einem Einzel-GdB von 30 nicht von der damaligen Beurteilung des psychovegetativen Syndroms mit einem Einzel-GdB von 20 abweiche; die Somatisierungsstörung beinhalte die in den Vorberichten als Fibromyalgie bezeichneten Symptome, wie auch die bislang unter psychovegetativem Syndrom zusammengefassten Beschwerden; die Somatisierungsstörung erfasse alle Beschwerden, die nicht organisch begründbar seien, einschließlich der depressiv-vegetativen Symptome; die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule berücksichtige die organisch begründbaren Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Bewegungsapparates; es verblieben somit keine Beschwerden, die zusätzlich berücksichtigt werden müssten.

Nachdem der Beklagte bereits ein FMS im Widerspruchsbescheid vom 14.09.2000 ausdrücklich feststellte, geht der Senat ebenfalls von dieser Erkrankung aus. Der GdB bei einem FMS lässt sich nicht aus den nach den AP für entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule maßgeblichen Bewertungskriterien (AP Nr.26.18) herleiten. Zwar wird das FMS in Nr.26.18 der AP den rheumatischen Erkrankungen zugeordnet (vgl. hierzu Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 12.03.2002, Az.: [L 6 SB 137/01](#) in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)), dies rechtfertigt es aber nicht, für dessen Bewertung diejenige für die entzündlich-rheumatischen Krankheiten der Gelenke zu übernehmen. Im Falle der Klägerin kommt eine derartige Bewertung schon deshalb nicht in Betracht, weil sie ausweislich aller medizinischer Befunde und Gutachten auch nach den Feststellungen des Prof.Dr.B. ([§ 109 SGG](#)) keine Funktionseinschränkungen an irgendwelchen Gelenken hat. Als Vergleichsmaßstab für "Befindlichkeitsstörungen" oder "Umwelterkrankungen" kommen bei einem FMS wie auch bei anderen Krankheitsbildern (z.B. chronisches Müdigkeits-Syndrom, Multiple Chemical Sensitivity) mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperperfunktionsstörungen, denen kein oder primär kein organischer Befund zugrunde liegt, am ehesten die unter Nr.26.3 AP bei den "Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen" genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und evtl. sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht (vgl. Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA vom 25. bis 26.11.1998). Dem entspricht auch der Beurteilungsvorschlag von Widder (in Rauschelbach-Jochheim-Widder, Das Neurologische Gutachten, Thieme 2000, 422 f). Auch in dem von der Klägerin vorgelegten "Leitfaden" des Dr.N. finden sich Hinweise, die diesen Vergleichsmaßstab rechtfertigen. So beschreibt Dr.N. im Kapitel "Therapie" den Schmerz als ein subjektives Erleben, der abhängig ist von inneren und äußeren Faktoren: "Die Schmerzwahrnehmung wird verstärkt durch depressive Stimmung, Sorgen und Ängste, Unruhe, Inaktivität, Stress und Einsamkeit. Sie kann verringert werden durch Entspannung, Hoffnung, Ablenkung, Freude und Zuwendung, Medikamente und nicht zuletzt durch eingehende Aufklärung. Daher kann ein psychotherapeutisches Behandlungskonzept die Behandlung der Fibromyalgie sinnvoll ergänzen. Das Ziel kann in einer besseren Bewältigung von sozialen Konflikten und Spannungen liegen, es kann in dem oft bestehenden beruflichen und familiären Spannungsfeld hilfreich sein, zu neuen Lösungswegen beizutragen oder dabei helfen, das verloren gegangene Selbstwertgefühl wiederzufinden. Bewährt haben sich auch muskuläre Entspannungsverfahren wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung nach Jakobsen. Alle genannten Behandlungsmöglichkeiten können zur Linderung der zum Teil sehr ausgeprägten Symptome beitragen. Ein verbindliches Therapiekonzept mit zufriedenstellender Wirksamkeit oder gar Heilung existiert bis zum heutigen Zeitpunkt nicht." Nach Nr.26.3 AP ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 bis 20 vorgesehen, ein GdB von 30 bis 40 erst 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); ein GdB von 50 kann erst bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Ansatz gebracht werden. Diese Schweregradeinteilung und GdB-Zuordnung beim FMS entspricht derjenigen, die auch Dr.H. verwendet (vgl. den von der Klägerin vorgelegten Artikel "Fibromyalgie-Syndrom – psychische Komorbiditäten und Schweregrade innerhalb der sozialgerichtlichen Begutachtung", MedSach 100 (2004) Nr.1, S.11), worauf Dr.K. in seinem nervenärztlichen Gutachten nach Aktenlage vom 17.03.2004 hinweist; als mittelgradig würden mittlere Aktivitätsstörungen und ein partielles Ansprechen auf Therapiemaßnahmen angesehen, als schwergradig ausgeprägte Aktivitätsstörungen und kein Ansprechen auf Therapiemaßnahmen; die Beurteilungen der nervenärztlichen Stellungnahme vom 14.10.2003 stütze sich auf eine teilweise Einschränkung der Leistungsfähigkeit (hausfrauliche Tätigkeiten könnten mit Pausen ausgeübt werden, Einschränkungen nur bei schweren Tätigkeiten) sowie regelrechte soziale Beziehungen und Freizeitinteressen (nervenärztliches Gutachten Dr.K. vom 02.05.2002) und die Angabe einer zufriedenstellenden klinischen Stabilisierung bei der stationären Behandlung im Bayer. Rheumazentrum vom 01. bis 14.04.2003; aufgrund dieser Angaben läge auch nach dem Artikel von Dr.H. ein mittelgradiges FMS vor, das mit einem GdB von 30 bis 40 zu bewerten sei. Nachdem die Klägerin anlässlich der Untersuchung durch Dr.Z. angab, ein gutes Verhältnis zu ihrem Ehemann und zu ihrer Tochter sowie Freude an ihren Enkelkindern zu haben, über einen Freundeskreis verfüge, mit dem man zusammen etwas unternehme, auch Freude an Hobbys wie z.B. Lesen oder Musik hören habe und der Sachverständigen Dr.K. mitteilte, im Sommer mit ihrem Mann zum Angeln oder auch mal Spazieren zu gehen und im übrigen Partnerprobleme verneinte bzw. im Bedarfsfall ein geeignetes Medikament einzunehmen, hält der Senat ebenfalls nur stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit angesichts der von der Klägerin geschilderten Ängste und Depressionen und der von Dr.K. festgestellten somatoformen Störungen für nachgewiesen. Hierfür ergibt sich ein GdB-Rahmen von 30 bis 40. Auch wenn die Klägerin nach ihren eigenen Angaben schmerzbedingt verschiedene Sportarten sowie ihren Beruf als Verkäuferin nicht mehr ausübt, wird sie dadurch in ihrer Lebensgestaltung zwar eingeschränkt, nicht jedoch so stark, dass der GdB-Rahmen nach oben hin ausgeschöpft werden müsste. Nicht unberücksichtigt bleiben darf nämlich, dass die Klägerin im familiären Bereich, insbesondere in ihrer Ehe und in ihren Beziehungen, zu Tochter und Enkelkindern keine Probleme hat und ansonsten im eigenen und im Bekanntenkreis ihres Mannes durchaus noch am sozialen Leben teilnimmt. Deshalb ist es gerechtfertigt, das bislang unter Ziffer 1 der Feststellungsbescheide genannte psychovegetative Syndrom (Einzel-GdB 30) durch die Bezeichnung FMS (Einzel-GdB 30) zu ersetzen. Der Beurteilung des Sachverständigen Dr.L. in seinem Gutachten vom 04.04.2003, der für die gesamte Behinderung einen GdB von 50 seit der Antragstellung schätzt, weil die seit 1995 bereits bestehenden Störungen in ihrer Tragweite und Bedeutung nicht ausreichend gewürdigt worden seien, kann sich der Senat nicht anschließen. Abgesehen davon, dass nicht erkennbar ist, ob und inwieweit Dr.L. seine Beurteilung auf die AP stützt, ist auch seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04.04.2003 zu seinem Gutachten eine derartige Beurteilungsgrundlage nicht zu entnehmen; hierin rechtfertigt er seine Beurteilung damit, in seinem Gutachten

versucht zu haben, darzustellen, dass eben nicht die mit dem Winkelmesser gefundenen Funktionsstörungen und auch die messbare Krafteinbuße im Falle einer fortgeschrittenen Fibromyalgie das Maß für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sein dürfte und könne, sondern vielmehr die mit ständigen Schmerzen in Verbindung stehende Problematik; die nervenärztliche Stellungnahme des Dr.K. beschränke sich im Wesentlichen auf die vergleichende Bewertung der Fibromyalgie mit analogen Auswirkungen seelischer Störungen (mit Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit). Abgesehen davon, dass Dr.L. ansonsten die Freizeitaktivitäten der Klägerin und ihre Fähigkeiten zur Hausarbeit (wenn auch mit Pausen) bestätigt, ist sein Gutachten nach Auffassung des Senates wegen des Ausserachtlassens der AP/des Sachverständigenbeirates nicht geeignet, für das FMS einen höheren GdB als 30 zuzubilligen.

Nachdem sich bei "Funktionsbehinderung der Wirbelsäule" (GdB 20), "Krampfadern" (GdB 10) nach den Feststellungen und Befunden sämtlicher Sachverständiger keine wesentliche Änderung ergibt, kann der Senat insoweit auf die Ausführungen des sozialgerichtlichen Urteils Bezug nehmen ([Â§ 153 Abs.2 SGG](#)). Dies gilt auch für die übrigen Organsysteme (restlicher Bewegungsapparat, Magen-Darm-Trakt, Herz, Hirnfunktion etc.), an denen weder aus der Beschwerdeschilderung, noch vom Ergebnis der körperlichen Untersuchung her irgendwelche Auffälligkeiten festzustellen waren; die durchgeführten Laboruntersuchungen waren bis auf eine kontrollbedürftige Erhöhung der Blutsenkung im Normbereich, der Bluthochdruck ist nicht bedeutend und mit einem GdB von ebenfalls unter 10 zu bewerten. Beurteilt man demzufolge den Gesamt-GdB auch unter Einbeziehung des Asthma bronchiale, an dem die Klägerin seit ihrer Geburt leidet und für das nach dem internistischen Gutachten nach Aktenlage der Dr.W. vom 07.03.2005 ebenfalls lediglich ein GdB von 10 festgestellt werden kann, ergibt sich ein Gesamt-GdB der Klägerin von 40 für folgende Funktionsbeeinträchtigungen:

1. FMS (Einzel-GdB 30),
2. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20),
3. Krampfadern (Einzel-GdB 10),
4. Asthma bronchiale (Einzel-GdB 10)

Die Kostenentscheidung beruht auf den [Â§Â§ 183, 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision besteht nicht ([Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#)).

Zuletzt verändert am: 22.12.2024