
S 41 SB 404/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten
Leitsätze	Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten können bei weitgehend erhaltener Integration in die Familie und erhaltener Tagesstruktur nicht bejaht werden.
Normenkette	Teil B Nr. 3.7 der Anlage zur VersMedV

1. Instanz

Aktenzeichen	S 41 SB 404/15
Datum	03.01.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 SB 60/17
Datum	26.11.2019

3. Instanz

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

I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 3. Januar 2017 wird zurÄckgewiesen.

II. AuÄergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die KlÄgerin begehrt einen hÄheren Grad der Behinderung (GdB) als 60.

Mit nicht streitgegenstÄndlichem Bescheid vom 31.07.2012 stellte der Beklagte

bei der 1958 geborenen KlÄgerin einen GdB von 40 fest aufgrund folgender FunktionseinschrÄnkungen: seelische StÄ¶rung â¶¶ Einzel-GdB von 40, Besserung erwartet; MigrÄne â¶¶ GdB von 10; WirbelsÄulenfunktionsbehinderung â¶¶ GdB von 10. Mit Schreiben vom 01.07.2014 hÄ¶rte die Beklagte die KlÄgerin dahingehend an, ob in den VerhÄltnissen, die fÄ¶r die Feststellungen im vorgenannten Bescheid ma¶gebend gewesen sind, eine wesentliche Ä¶nderung eingetreten sei. Mit Schreiben vom 08.08.2014 teilte die KlÄgerin mit, seit der letzten Feststellung sei bei ihr eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, sie stelle deshalb Antrag auf Neufeststellung. Folgende weitere FunktionsbeeintrÄchtigungen seien aufgetreten: stÄ¶ndige StirnhÄ¶hlenentzÄ¶ndungen, ErkÄltungen, linkes Knie, Spannungskopfschmerzen, MigrÄne. Nach Einholung von Befundberichten nahm der Ä¶rztliche Gutachter Dr. Z am 09.02.2015 dahingehend Stellung, dass die seelische StÄ¶rung unverÄ¶ndert mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten sei, ebenso die MigrÄne mit 10 und die Funktionsbehinderung der WirbelsÄule mit 10. Hinzugekommen sei eine BewegungseinschrÄnkung im Kniegelenk links, postthrombotisches Syndrom links mit einem Einzel-GdB von 10 und eine chronische NebenhÄ¶hlenentzÄ¶ndung mit einem Einzel-GdB von 10. Hinsichtlich der seelischen StÄ¶rung sei ein durchgreifender Besserungsnachweis nicht fÄ¶hrbar, der Gesamt-GdB bleibe bei 40. Mit Bescheid vom 13.02.2015 stellte die Beklagte fest, dass der GdB weiterhin 40 betrage. Im Widerspruchsverfahren machte die KlÄgerin u. a. geltend, sie leide an einer komplexen posttraumatischen BelastungsstÄ¶rung, die in Verbindung mit den PersÄ¶nlichkeitsstÄ¶rungen sowie Folgen psychischer Traumata mit einem Einzel-GdB von 60 zu bewerten sei. Au¶erdem seien die gegenwÄ¶rtig schwere rezidivierende StÄ¶rung in Verbindung mit der affektiven Psychose und die MigrÄne zu berÄ¶cksichtigen. Sie Ä¶bersandte das unfallchirurgische Gutachten von Dr. I â¶¶, die die am 27.01.2014 erlittene Knieverletzung begutachtete. Sozialmedizinisch nahm am 11.05.2015 Dr. Y Stellung. Die seelische StÄ¶rung habe sich verschlimmert und sei nun mit einem Einzel-GdB von 50 ab 11.08.2014 zu bewerten. Die KlÄgerin sei bereits 2012 und 2013 stationÄ¶r wegen rezidivierender depressiver StÄ¶rungen, gegenwÄ¶rtig schwer, komplexer posttraumatischer BelastungsstÄ¶rung und Verdacht auf dissoziative StÄ¶rung behandelt worden. 2014 sei sie erneut acht Wochen stationÄ¶r aufgenommen worden. Letztlich sei trotz jÄ¶hrlicher stationÄ¶rer Behandlung keine wirkliche Stabilisierung zu verzeichnen. Die MigrÄne habe sich verschlimmert und sei nun mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten, die Ä¶brigen Feststellungen seien unverÄ¶ndert. Die FunktionseinschrÄnkung im Kniegelenk links sei unverÄ¶ndert mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten bei nicht provozierbarer Kniescheibenluxation, keinerlei Reizzustand, freier Streckung, Beugung 100 Grad. Mit Teilabhilfebescheid vom 20.05.2015 stellte die Beklagte ab 11.08.2014 einen GdB von 50 fest. Der weitergehende Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2015 des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen zurÄ¶ckgewiesen.

Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Befundberichte der behandelnden Ä¶rzte eingeholt und ein Gutachten erstellen lassen von Prof. Dr. X, Facharzt fÄ¶r Neurologie, Psychiatrie vom 03.09.2016. Im psychischen Befund beschreibt er sie als sofort gut kontaktfÄ¶hig, stets kooperativ und situationsadÄ¶quat, gesprÄ¶chlich und auskunftsbereit, sie mache jede Wendung des GesprÄ¶chsinhalts sofort mit.

Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis im Verlauf der fast zweistündigen Exploration seien unauffällig gewesen, es hätten keine formalen Denkstörungen, kein Misstrauen, keine Phobien, keine Zwänge, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen (außer berichteten zeitweiligen Depersonalisations- und Befremdungserlebnissen vorgelegen. Sie habe deprimiert, innerlich unruhig und angespannt gewirkt, es hätten Insuffizienzgefühl und ein vermindertes Selbstwertgefühl vorgelegen, aber keine Affektarmut, keine Affektstarre, keine Parathymie bei verminderter affektiver Schwingungsfähigkeit. Sie sei gering antriebsvermindert gewesen, habe keine psychomotorischen Störungen. Sie habe zunehmende Energielosigkeit im Verlauf des Tages angegeben. Die Intelligenz sei vom Gesamteindruck her im oberen Durchschnittsbereich gelegen einzuschätzen gewesen, fixiert auf psycho-physisches Erschöpfungsfühl, ausgeprägtes vegetative Labilität. Aktuell sei keine PTBS-typische Kernsymptomatik wie Intrusionen, Nachhallerinnerungen, reizspezifisches Vermeidungsverhalten, Hypervigilanz hinreichend sicher zu erkennen. Es habe sich kein Hinweis auf erheblichen sozialen Rückzug ergeben, keine Umtriebigkeit, keine Aggressivität, keine Suizidalität, ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit Behandlungsbereitschaft, verminderte Alltagsbewältigung. Hinsichtlich des Tagesablaufes und der sozialen Anpassungsschwierigkeiten hat er Folgendes erhoben: Die üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens erfolgten selbstständig. Den Einkauf erledige sie selbst, die Hausarbeit soweit es gehe, aber nur bis Mittag, dann gehe nichts mehr. Tagsüber sei sie meist allein zu Hause. Sie sitze oft im Schlafzimmer und mache den Fernseher an, nur dass etwas laufe, schaue meistens gar nicht hin. Das Abendessen bereite der Mann zu, danach Fernsehen oder wieder nur im Schlafzimmer sitzen ohne was zu machen. Sie schlafe oft im Sitzen ein, manchmal bereits gegen 20:00 Uhr, spätestens gegen 21:30 Uhr. Ein richtiges Hobby habe sie nicht mehr, das werfe ihr Mann ihr immer vor, dass sie nichts mehr mache. Er würde gern öfter verreisen, aber schon das Kofferpacken sei für sie schwierig. Im August 2016 seien sie zwei Wochen an der Ostsee gewesen. Das sei ihr erster Urlaub seit drei Jahren gewesen (September 2015 Trekking-Tour in Tadschikistan). Der jüngere Sohn (geboren 1997) lebe noch zu Hause sowie gelegentlich die jetzt 14-jährige Pflgetochter, die mit 20 Monaten angenommen worden sei. Diese lebe seit einem Jahr in der Wohngruppe.

Prof. Dr. X hat eine Dysthymia (neurotische Depression, depressive Persönlichkeitsstörung) sowie eine dissoziative Störung in Abgrenzung zu rezidivierenden depressiven Episoden diagnostiziert, weil bei der Klientin durchgängig eine depressive Symptomatik seit mindestens Anfang 2007 bestanden habe. Das seit mehreren Jahren bestehende psychopathologische Syndrom weise im Wesentlichen immer wieder folgende Symptome vorrangig auf: chronische depressive Symptomatik, dissoziative Symptome, emotionale Instabilität, Ängste, vegetative Störungen, psycho-physische Erschöpfung. Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten lägen vor. Bei Berücksichtigung der offensichtlich trotz einiger Einschränkungen noch vorhandenen Kompetenzen halte er auf psychiatrischem Gebiet einen GdB von 50 weiterhin für zutreffend. Für die neurologischen Gesundheitsstörungen Migräne und Kopfschmerz halte er einen GdB von 20 ebenfalls für zutreffend.

Angesichts des Umstandes, dass die beiden neurologischen Gesundheitsstörungen von den psychiatrischen unabhängig seien und es durch die beiden Kopfschmerzformen zu häufigeren gut einführbaren Funktionsbeeinträchtigungen komme, halte er einen GdB von 60 für zutreffend. Seine Einschätzung hat der Gutachter Prof. Dr. X in einer ergänzenden Stellungnahme vom 03.12.2016 bekräftigt und vertieft.

In der mündlichen Verhandlung vom 03.01.2017 hat die Klägerin weitere Angaben zu ihren sozialen Aktivitäten gemacht. Die Beklagte hat ein Teilerkenntnis abgegeben, mit Wirkung vom 11.08.2014 einen GdB von 60 festzustellen. Dieses hat die Klägerin angenommen und darüber hinaus einen GdB von mindestens 80 beantragt.

Mit Urteil vom 03.01.2017 hat das Sozialgericht die Klage über das angenommene Teilerkenntnis hinaus abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Gesundheitsstörung der Klägerin sei mit einem Gesamt-GdB von 60 ab 11.08.2014 zu bewerten. Auf psychiatrischem Fachgebiet leide die Klägerin nach sachverständiger Bewertung an einer chronischen depressiven Symptomatik, an dissoziativen Symptomen, einer emotionalen Instabilität, Ängsten, vegetativen Störungen und an psycho-physischer Erschöpfung. Wesentlicher Einschnitt sei die Dienstunfähigkeit, ein erheblicher sozialer Rückzug liege dagegen nicht vor. Das Gericht erachte die GdB-Bewertung des Sachverständigen von 50 nach Teil B 3.7 VersMedV für zutreffend. Für die echte Migräne gemäß Teil B 2.3 VersMedV sowie den Spannungskopfschmerz analog Teil B 2.2 VersMedV könne ein Einzel-GdB von höchstens 30 angenommen werden. Über eine mittelgradige Verlaufsform hinausgehende ärztliche Befunde zur Migräne liegen nicht vor, der Spannungskopfschmerz werde ärztlich nicht weitergehend belastbar objektiviert. Damit betrage der GdB für das Funktionssystem Gehirn und Psyche 60. Die weiteren Einzel-GdB von jeweils 10 für die Funktionssysteme Rumpf, Beine und Atmung wirkten sich nicht GdB-erhöhend aus.

Mit der am 24.04.2017 nach Zustellung des Urteils am 27.03.2017 zum Sächsischen Landessozialgericht eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Es liege ein erheblicher sozialer Rückzug vor. Sie sei für ihre Familienmitglieder im Wesentlichen kaum wahrnehmbar. Bei Besuchen der Kinder und Enkel und der Pflegetochter halte sie sich in aller Regel im Hintergrund oder ziehe sich in ihr Zimmer zurück. Es komme kaum zu Interaktionen. Auch im Alltag mit ihrem Ehemann beschränke sich die Aktivität der Klägerin nach Erledigen weniger grundständiger Haushaltsarbeiten überwiegend auf Fernsehkonsum. Besuche außerhalb des Familienkreises mache und empfangen die Klägerin erst recht nur ungern. Hobbys gehe sie nicht nach. Der Tag ende aufgrund Ermüdung, Abgeschlagenheit und Erschöpfung, häufig bereits gegen 20:30 Uhr.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03.01.2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13.02.2015 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 20.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2015 in der Fassung

des Ausf hrungsbescheides vom 16.03.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, einen GdB von mehr als 60 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf die bisherigen Stellungnahmen sowie die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils des Sozialgerichts. Das Teilerkenntnis (GdB von 60) hat die Beklagte mit Ausf hrungsbescheid vom 16.03.2017 umgesetzt.

Auf Antrag der Klägerin hat Dr. C., Facharzt für Psychosomatische Medizin , Psychiatrie, Sozialmedizin, am 06.01.2019 ein Gutachten erstellt nach [  109](#) Sozialgerichtsgesetz ( SGG). Dr. C. hat folgende Funktionsbeeinträchtigungen mit entsprechender GdB-Bewertung diagnostiziert: posttraumatische Belastungsstörung, Double Depression   GdB von 60; Migräne   GdB von 20; Funktionsbehinderung der Wirbelsäule   GdB von 10; Funktionsbehinderung des linken Kniegelenks/postthrombotisches Syndrom   GdB von 10; chronische Nasennebenhöhlenentzündung   GdB von 10; Gesamt GdB von 60. Auf die Kritik und ergänzende Nachfrage der Klägerin hat der Gutachter seine Einschätzung mit ergänzender Stellungnahme vom 11.03.2019 beibehalten und bekräftigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Gerichts- und Behördenakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung, Beratung und Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 60. Der Bescheid der Beklagten vom 13.02.2015 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 20.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2015 ist rechtm sig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten, da die Bewertung mit einem Gesamt-GdB von 60 bei einer schweren psychischen Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 60 zutreffend ist. Die entsprechende Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gem    [  54 SGG](#) ist deshalb zutreffend vom Sozialgericht abgewiesen worden.

Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt das Gericht Bezug auf die zutreffende Begründung des angefochtenen Urteils des Sozialgerichts gem    [  153 Abs. 2 SGG](#). Lediglich im Hinblick auf das Berufungsvorbringen und die in der Berufungsinstanz durchgeführten Ermittlungen sind folgende ergänzende Ausführungen veranlasst:

Den Schwerpunkt der Funktionseinschränkungen im Gesundheitszustand der Klägerin bildet das Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche". Auf der

Grundlage der Zweiten Verordnung zur Änderung der Anlage zu [Â§ 2 VersMedV](#) vom 14.07.2010 gelten nach Teil B Nr. 3.7 folgende Bewertungsrahmen:

Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 â 20

Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) 30 â 40

Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten 50 â 70 mit schweren sozialen Anpassungsstörungen 80 â 100.

Bei der Klägerin besteht eine schwere Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Das Beschwerdebild der Klägerin stellt eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Double Depression dar. Dabei leidet sie an einer chronisch depressiven Symptomatik, dissoziativen Symptomen, emotionaler Instabilität, Ängsten, vegetativen Störungen und psycho-physischer Erschöpfung. Die Klägerin leidet an einem leistungsorientierten und anankastischen Bewältigungsstil bei eingeschränkter Abgrenzungsfähigkeit und Selbstwertproblemen mit resultierender Erschöpfung und Somatisierung. Als die Klägerin in den Therapien an die biografischen Psychotraumen erinnert wurde, hat sie die posttraumatische Symptomatik mit Nachhallerinnerungen, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten erst entwickelt. Die Erkrankungen sind umfassend und leitliniengerecht in verschiedenen Settings (nervenfachärztliche Betreuung, ambulante Psychotherapie, ambulante Traumatherapie, stationäre Traumatherapie, mehrfache psychosomatische stationäre Rehabilitation) behandelt worden. Zudem wurden Antidepressiva sowie Migränetherapeutika und -prophylaktika verordnet. Im Ergebnis ist es zu einer Stabilisierung gekommen, ohne dass von einer Heilung gesprochen werden kann. Zu den traumatischen Lebensereignissen hat die Klägerin durch störungsorientierte Therapie eine gewisse Distanz gefunden, wobei sie immer noch getriggert wird. Die Depression besteht inzwischen nach deskriptiver Beurteilung nur noch leichtgradig. Sie ist charakterisiert durch wiederholte depressive Phasen mit Hoffnungslosigkeit, Selbstwertgefühlen und passiver Suizidalität einerseits sowie eine chronisch depressive Verstimmung im Sinne einer Dysthymia andererseits, so dass nach neueren diagnostischen Konzepten von einer double Depression gesprochen werden kann. Weiterhin bestehen Zwangshandlungen zur Bewältigung der posttraumatischen Symptomatik sowie von Kontrollverlust. Auch liegt eine dissoziative Symptomatik vor.

Bei der Klägerin bestehen mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten in Abgrenzung zu schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Kennzeichnend für mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten sind die vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat am Beispiel des schizophrenen Residualzustandes entwickelten Abgrenzungskriterien (vgl. Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 18./19.03.1998 und vom 08./09.11.2000, zitiert

nach Wendler/Schillings Versorgungsmedizinische Grundsätze, Kommentar, 8. überarbeitete Aufl. S. 155). Danach werden mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten wie folgt beschrieben: In den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderungen, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die auch eine berufliche Gefährdung einschließt; erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung, aber noch keine Isolierung, noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte. Dagegen sind schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten dadurch charakterisiert, dass eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist und schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis bestehen.

Die stärker behindernde seelische/psychische Störung der Klägerin hat zwar zur Dienstunfähigkeit geführt, sie kann ihren Beruf nicht mehr ausüben. Auch zieht sie sich von vielen sozialen Aktivitäten und Freizeitaktivitäten zurück, erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung sind aber ebenso wenig auszumachen wie eine Isolierung oder ein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte. Die Klägerin führt eine intakte Ehe seit 30 Jahren, sie versorgt ihren Haushalt, tätigt Einkäufe, fährt Fahrrad und geht mit ihrem Mann oder auch alleine in den Urlaub. Sie kümmert und kümmert sich um ihre inzwischen erwachsenen leiblichen Kinder sowie am Wochenende um ein Pflegekind. Sie hat sich zeitweise in der Flüchtlingsarbeit ehrenamtlich engagiert. An Familientreffen nimmt sie, wenn auch eingeschränkt, teil. Die Klägerin hat einen geregelten Tagesablauf und versorgt ihren Haushalt selbstständig. Subjektiv wahrgenommene Konzentrationsprobleme sind der anankastischen Anspruchshaltung geschuldet und nicht objektivierbar. Der psychische Befund hat nur leichte bis mittelgradige Beeinträchtigungen gezeigt. Die Grundstimmung der Klägerin war leicht depressiv verstimmt mit Selbstwertgefühlen, Rückzugsverhalten, teilweiser Hoffnungslosigkeit. Der Senat folgt hierbei den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Gutachters Dr. C. Die Klägerin war in der Untersuchungssituation gut aufhellbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit war ausreichend erhalten. Depressionstypische zirkadiane Besonderheiten wie ein Morgentief fanden sich nicht. Die Klägerin beschrieb im Tagesverlauf zwar Erschöpfung ab der Mittagszeit, jedoch war das Antriebsverhalten in der Untersuchungssituation nicht in psychopathologisch relevantem Ausmaß beeinträchtigt. Eine komplexe psychopathologische Symptomatik im Sinne einer Psychose lag nicht vor, ebenso wenig wie eine Persönlichkeitsstörung. Die Klägerin betreibt Bungee Jumping und Tandemfallschirmspringen, die nach Einschätzung von Dr. C. als eine Art Selbsttherapie zwar dysfunktional sind, aber auch zeigen, dass eine gewisse soziale Öffnung und Inanspruchnahme von Freizeit- und Erlebnisangeboten möglich ist. Damit liegen mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten vor. Der Senat folgt dabei nach eigener Überzeugungsbildung der Einschätzung von Dr. C., diese im Mittelfeld des Bewertungsspielraums von 50 bis 70 bei einem GdB von 60 einzuordnen.

Die Klägerin leidet an Migräneattacken in einer mittelgradigen Verlaufsform. Die Migräne ist in der Funktionsgruppe "Kopf und Gesicht" zu bewerten, das Sozialgericht hatte die Migräne unzutreffend in die Funktionsgruppe "Gehirn und Psyche" einbezogen und einen Funktionsgruppen-GdB für Psyche und Migräne zusammen von 60 gebildet. Die echte Migräne ist nach Teil B Nr. 2.3 der Anlage zur VersMedV je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen) wie folgt zu bewerten: leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) 0 – 10 mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) 20 – 40 schwere Verlaufsform (langdauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) 50 – 60 Die Migräneattacken treten zweimal pro Woche auf und sprechen sehr gut auf medikamentöse Behandlung durch Ascotop an mit einer meist deutlichen Schmerzlinderung von 7 auf 2 auf der visuellen Analogskala. Da die Anfälle nicht langanhaltend sind und medikamentös gut behandelbar sind, ist nur eine Bewertung am unteren Rand des Beurteilungsspielraums von 20 bis 40 angemessen, der schlüssigen und überzeugenden Einschätzung von Dr. C sowie Prof. Dr. X mit einem Einzel-GdB von 20 ist zuzustimmen.

Die weiteren Funktionsbeeinträchtigungen sind geringgradig und vom Sozialgericht zutreffend bewertet worden (Wirbelsäule – GdB von 10, Beine – GdB von 10, chronische Nasennebenhöhlenentzündung – GdB von 10). Diesbezüglich haben sich im Berufungsverfahren keine neuen Erkenntnisse ergeben.

Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsstörungen zusammen dürfen nach Teil A Nr. 3 der Anlage zu [Â§ 2 VersMedV](#) die einzelnen Teil-GdB-Werte nicht einfach addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet. Maßgebend sind vielmehr die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Dabei führen indes leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Teil-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamt-Beeinträchtigung, die bei dem Gesamt-GdB berücksichtigt werden könnte. Auch bei leichten Behinderungen mit einem Teil-GdB um 20 ist es regelmäßig nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Bei der Bestimmung des Gesamt-GdB ist daher in der Regel von der Behinderung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und damit im Hinblick auf alle weiteren Funktionsstörungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größerer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsstörungen dem ersten GdB 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Gesamtbehinderung gerecht zu werden.

Ausgehend von einem Einzel-GdB von (maximal) 60 für die stärker behindernde seelische/psychische Störung und einem hinzutretenden Einzel-GdB von 20 für die Migräne in der Funktionsgruppe "Kopf und Gesicht" ist ein Gesamt-GdB von 60 zu bilden. Da es sich bei der Migräne um eine leichte Funktionsbeeinträchtigung

mit einem GdB von 20 handelt und kein Anhaltspunkt dafür besteht, dass die Migräne auf die seelische/psychische Störung oder umgekehrt sich nachteilig auswirkt, ist es nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Vielmehr spricht Einiges dafür, dass sich diese zwei Funktionsbeeinträchtigungen überlagern und damit nicht erhöhen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen hierfür nach [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Erstellt am: 27.10.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024