

L 13 SB 79/04

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

13

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 34 SB 3084/01

Datum

14.05.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 13 SB 79/04

Datum

22.01.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Mai 2004 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 28. Juni 2006 wird abgewiesen. Der Beklagte trägt ein Drittel der außergerichtlichen Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zuerkennung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) als 50.

Der 1946 geborenen Klägerin war zuletzt durch Bescheid vom 08. Januar 1999 ein GdB von 50 zuerkannt worden. Einen im Dezember 2000 unter Hinweis auf Neuerkrankungen auf orthopädischem Gebiet gestellten Verschlimmerungsantrag lehnte der Beklagte durch Bescheid vom 11. Januar 2001 nach Auswertung der von der Klägerin beigebrachten Unterlagen ab.

Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch, mit dem geltend gemacht wurde, dass verschiedene Leiden auf orthopädischem Gebiet bisher nicht berücksichtigt worden seien, auch beständen Depressionen mit Unruhezuständen, holte der Beklagte ein Gutachten durch Dr. B ein, der am 06. März 2001 ausführte, dass nach dem Ergebnis der Untersuchung ein Gesamt GdB von 50 wahrscheinlich nicht aufrechtzuerhalten sei. Das operierte und bestrahlte Brustdrüsenleiden sei völlig folgenlos überwunden worden. Auch liege ein hervorragendes ästhetisches Ergebnis vor, so dass ein GdB Satz von 20 das Maximum dessen ausschöpfe, was bemessen werden könne. Die Beschwerden schienen ganz erheblich im Sinne von Somatisierungsstörungen überlagert. Der Beklagte holte daraufhin ein weiteres Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S vom 31. Mai 2001 ein, der u. a. ausführte, dass keine echte Depression, sondern lediglich gewisse psychovegetative Auffälligkeiten beständen, die mit einem Einzel GdB von 10 angemessen bewertet seien. Nach entsprechender Anhörung der Klägerin setzte der Beklagte daraufhin den Gesamt GdB durch Bescheid vom 14. September 2001 mit 40 fest, wobei er die Funktionsbeeinträchtigungen, deren verwaltungsintern bewertete Einzel GdB in Klammern angegeben sind, wie folgt bezeichnete:

a) Degenerative Veränderungen und Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Neigung zu cervikalen und lumbalen Wurzelreizerscheinungen, Gefühlsstörungen nach operativ behandeltem Karpaltunnelsyndrom (30)

b) Operiertes und bestrahltes Brustdrüsenleiden links mit Achselrevision bei erreichter Heilungsbewährungszeit, schmerzhaftes Bewegungseinschränkung des linken Armes (20)

c) Leichte Gefühlsstörungen und Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte nach Facialislähmung (10)

d) Sehbehinderung (10)

e) Kreislaufbeschwerden bei Blutunterdruck (10)

f) Psychovegetatives Syndrom (10)

Den hiergegen erhobenen Widerspruch, mit dem die Klägerin geltend machte, dass sich ihr orthopädisches Leiden nicht gebessert habe und dass bei ihr sehr wohl eine mittelgradige Depression vorliege, wies der Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 04. Oktober 2001 zurück.

Im Klageverfahren hat das Sozialgericht nach Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte ein Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. M vom 16. März 2003 eingeholt, der ausführte, dass es vom klinischen Kontext her zu einer deutlichen Verbesserung der erhobenen Befunde seit 1999 gekommen sei. Bei dem im MRT vom 07. März 2000 nachgewiesenen Bandscheibenvorfall L5/S1 habe es sich um einen sehr kleinen, mittig gelegenen Bandscheibenvorfall gehandelt, der bei der Kontroll-MRT Untersuchung vom 10. Dezember 2001 nicht mehr nachzuweisen gewesen sei. Auch Wurzelreizerscheinungen hätten nicht mehr festgestellt werden können. Das Gangbild der Klägerin sei harmonisch und raumgreifend gewesen. Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe ein Zustand nach Bandscheibenoperation C5/6. Bei der Bewegungsprüfung seien die Bewegungsauslässe von der Klägerin frühzeitig muskulär verriegelt worden, während diese im Rahmen des Anamnesegesprächs den Kopf viel und spontan bewegt habe. Von einer Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei auszugehen. Typische Nervenwurzelreizerscheinungen hätten im Bereich der oberen Extremitäten nicht nachgewiesen werden können. Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule bestehe radiologisch kein deutlich und gravierend über das alterstypische Maß hinausgehender Verschleiß. Durch die beiden Hauptkrankheitsbilder sei die Klägerin dauerhaft geschädigt, ihr körperlicher Zustand scheine allerdings deutlich besser zu sein, als dies durch die Klägerin selbst zu vermitteln versucht werde. Der Gesamt-GdB liege bei 40. Ferner verwies er nach Aktenlage auf das festgestellte psychovegetative Syndrom. Es habe kein Anhalt für eine depressive Grundstimmung bestanden.

Das Sozialgericht hat sodann durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und für psychotherapeutische Medizin Dr. S ein Gutachten vom 24. September 2003 eingeholt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin eine leichte depressive Störung bestehe. Die Persönlichkeit der Klägerin sei angstneurotisch akzentuiert. Deutlich auffällig sei eine ausgeprägte oral regressive Grundeinstellung mit Versorgungswünschen; ein sekundärer Krankheitsgewinn sei nicht zu verkennen. Die leichte depressive Störung bewertete der Gutachter mit einem Einzel-GdB von 10; der Gesamt-GdB sei mit 40 angemessen festgestellt. Es sei zu berücksichtigen, dass die einzelnen Leiden im Wesentlichen beziehungslos nebeneinander stünden. Die seelische Erkrankung sei unter Behandlung deutlich stabilisiert.

Durch Urteil vom 14. Mai 2004 hat das Sozialgericht die Klage daraufhin unter Bezugnahme auf die eingeholten Gutachten abgewiesen.

Gegen dieses am 03. August 2004 zugegangene Urteil richtet sich die am 27. August 2004 eingegangene Berufung der Klägerin.

Der Beklagte hat während des Berufungsverfahrens im Anschluss an ein Gutachten des Dr. T vom 15. Mai 2006 durch Bescheid vom 28. Juni 2006 das Bestehen eines Gesamt-GdB von 50 über den September 2001 hinaus wegen folgender Funktionsbeeinträchtigungen anerkannt:

a) Degenerative Veränderungen und Fehllage der Wirbelsäule mit Neigung zu cervikalen und lumbalen Wurzelreizerscheinungen, Gefühlsstörungen nach operativ behandeltem Karpaltunnelsyndrom, außergewöhnliche Schmerzreaktion (wechselnd) (40)

b) Operiertes und bestrahltes Brustdrüsenleiden links mit Achselrevision bei erreichter Heilungsbewährung (20)

c) Leichte Gefühlsstörungen und Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte nach Facialislähmung 1958 (10)

d) Sehbehinderung (10)

e) Kreislaufbeschwerden bei Blutunterdruck (10)

f) Psychovegetatives Syndrom (10)

g) Stressinkontinenz (10)

Die Klägerin trägt vor, dass sich lediglich muskuläre Verspannungen im Kopf-Nacken-Bereich verbessert hätten. Die übrigen Symptome an der Lendenwirbelsäule hätten sich jedoch verschlechtert, es sei von einer deutlichen Progredienz der Verschleißerscheinungen auszugehen. Im Bereich der seelischen Erkrankung seien ihre Schlaflosigkeit, Nervosität, ein auf ihre Erkrankung fixiertes Denken, Verlust der Freude und des Interesses, Grübeln und Resignation sowie Angstgefühle aufgrund der Krebserkrankung unter Einbeziehung der Wechselwirkungen zum internistischen, gynäkologischen und orthopädischen Komplex als mittelgradige Störungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einzuordnen, die mit einem Einzel-GdB von 30 bis 40 zu bewerten seien. Zusätzlich sei die Schmerzkrankheit als eigenständige Erkrankung mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Beigebracht wurden Atteste des Facharztes für Orthopädie Dr. W vom 19. Oktober 2001, des Arztes für Orthopädie Dr. B vom 21. Mai 2003 und Kernspintomografiebefunde. Die Klägerin verweist im Übrigen auf Stellungnahmen des Praktischen Arztes Dr. S vom 14. November 2004, 21. März 2005, 12. September 2005, 19. Oktober 2005, 10. April 2006, 25. Juni 2006 und vom 20. August 2007. Der Gesamt-GdB liege danach bei 80, mindestens jedoch bei 60 bis 70.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Mai 2004 und die Bescheide des Beklagten vom 11. Januar 2001 sowie vom 14. September 2001, beide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04. Oktober 2001 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 28. Juni 2006 abzuändern und ihr einen GdB von mehr als 50 zuzuerkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 28. Juni 2006 abzuweisen.

Der Beklagte verweist auf versorgungsärztliche Stellungnahmen des Facharztes für Chirurgie Dr. B vom 03. November 2004, 10. Mai 2005, 18. Juli 2005, 09. Februar 2006 und vom 08. Juni 2006, der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W vom 08. Dezember 2004, des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S vom 09. Mai 2005, 07. Juli 2005 und vom 5. Januar 2006, der Ärztin für HNO Krankheiten Dr. F vom 29. April 2005 und 04. Juli 2005, der Prüfarztin Dr. K vom 25. April 2005 und 08. Juli 2005, des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S vom 23. April 2007 und des Facharztes für Chirurgie Dr. B vom 15. Mai 2007, wonach ein höherer als der zuerkannte GdB nicht in Betracht komme.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes zunächst Befundberichte der behandelnden Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. P vom 10. März 2005 und des Hals-Nasen-Ohrenarztes B vom 4. April 2005 eingeholt. Das Gericht hat sodann durch den Facharzt für Orthopädie und Chirotherapie Dr. T ein Sachverständigengutachten vom 15. Mai 2006 erstellen lassen. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass der Gesamt GdB seit Oktober 2001 mit 50 zu bewerten sei. Bei der Klägerin beständen:

1. ein leichtgradig intermittierend auftretendes L5/S1 Syndrom rechts bei muskulärer Dysbalance, mäßigen degenerativen Veränderungen und leichten bis mäßigen Funktionsstörungen und ein lokales Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand nach C5/C6 Foraminotomie am 13. September 1990, mäßigen degenerativen Veränderungen und leichten bis mäßigen Funktionsstörungen, zu bewerten insgesamt mit einem Einzel GdB von 40,
2. ein chronisches Schmerzsyndrom mit Schmerzfehlerverarbeitung auf der Basis der Wirbelsäulen- und Brustdrüsenerkrankung und mit hochgradigem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, zu bewerten mit einem Einzel GdB von 30,
3. eine initiale Coxarthrose beidseits mit leichten Funktionsstörungen ohne GdB-Relevanz,
4. ein Zustand nach Segmentresektion im Bereich der linken Mamma, zu bewerten mit 20,
5. ein Zustand nach Operationen im Bereich des rechten Handgelenkes ohne GdB Relevanz,
6. ein Kombinationskopfschmerz (Migräne und Spannungskopfschmerz), zu bewerten mit einem Einzel GdB von 10,
7. Sehbehinderung links, Strabismus, Ambliopie, Hyperopie, Astigmatismus, Presbyopie, Sicca-Syndrom, Ptosis, Fundus arteriocleroticus, Zustand nach Laseroperation beidseits im März 2005 mit aktuell ausreichendem Sehvermögen, zu bewerten mit 10,
8. ein Tinnitus und Schwerhörigkeit beidseits, ebenfalls zu bewerten mit 10.

Maßgebend für die Einschätzung des Gesamt GdB mit 50 seien die Schmerzchronifizierung und die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Unabhängig davon, ob die Klägerin unbewusst aggraviere, unregelmäßig ihre Medikamente einnehme und weitere Diskrepanzen beständen und unabhängig davon, ob sie das soziale Leben zum Teil oder größtenteils unbeschwert wahrnehmen könne, komme es auf die Verselbständigung der Schmerzkrankheit an. Es bestehe ein Stadium der Schmerzchronifizierung III nach Gerbershagen. Ferner bestehe eine mit einem Einzel GdB von 10 zu bewertende Harnstressinkontinenz. Mit den Ausführungen des Dr. S bestehe teilweise keine Übereinstimmung. Der von ihm erhobene Beckenschiefstand und Lähmungen am rechten Arm hätten nicht verifiziert werden können. Ferner habe dieser angegeben, bei seiner Gesamt GdB Bewertung hauptsächlich pseudoradikuläre Syndrome an erster Stelle zu sehen. Die behandelnde Neurologin Dr. P hätte an den unteren Extremitäten jedoch klinisch keine sicheren Paresen feststellen können; in diesem Zusammenhang sei auch zu erwähnen, dass keine signifikanten Umfangsdifferenzen der unteren Extremitäten beständen, die bei einer nennenswerten Wurzelkompression messtechnisch erfassbar seien. Auch an der oberen Extremität beständen keine Umfangsdifferenzen. Eine C8 Wurzelschädigung hätte Auswirkungen auf die Handmuskulatur rechtsseitig, die jedoch nicht festzustellen gewesen seien. Auch der Facharzt für Neurologie Dr. S hätte bei seiner Begutachtung keine motorischen Ausfälle feststellen können. Das von Dr. S diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen treffe auch nach seiner Auffassung zu, wobei jedoch kritisch vermerkt werden müsse, dass diese Einteilung der Schmerzchronifizierung sicher nicht 1: 1 auf das Restleistungsvermögen bzw. die Feststellung der Behinderung zu übertragen sei. Im Übrigen seien bei der Klägerin Schmerzmedikamente im Blut auch nicht als Spuren nachweisbar gewesen. Die von Dr. S angegebenen täglichen Kopfschmerzen seien ihm gegenüber von der Klägerin negiert worden. Auch die von Dr. S angegebenen Blockierungen in nahezu allen Segmenten der Halswirbelsäule, vier Segmenten der Brustwirbelsäule und vier Segmenten der Lendenwirbelsäule seien nicht zu verifizieren gewesen. Solche massiven Befunde seien auch recht ungewöhnlich. Im Übrigen sei bis jetzt trotz langjähriger Erkrankung eine umfassende interdisziplinäre Behandlung, wie z. B. in einem Reha Zentrum, weder von der Klägerin noch von den behandelnden Ärzten in Erwägung gezogen worden, was sicherlich zumindest indirekt Rückschlüsse auf den Leidensdruck erlaube.

Auf hiergegen erhobene Einwände der Klägerin, dass für die Schmerzkrankheit als eigenständige Erkrankung ein gesonderter GdB zu bilden sei und dass die ausgeprägte Somatisierungsstörung in Zusammenschau mit den Depressionen als mittelgradige Störung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im oberen Bereich und damit mit einem Einzel GdB von 40 zu berücksichtigen sei, hat Dr. T in einer Rückäußerung vom 23. Oktober 2006 ausgeführt, dass die Darlegungen seitens der Klägerin, auch über den Tinnitus und die erheblichen psychovegetativen Erscheinungen, im Gesamtkontext mitberücksichtigt worden seien. Das Zahlenwerk des Prozessbevollmächtigten der Klägerin halte einer fachlichen Analyse nicht stand. Die Befunde des Dr. S seien von ihm überschätzt/überbewertet worden, maßgebend müsste hingegen das Herausfinden der Fähigkeits- und Funktionsstörungen sein.

Das Gericht hat sodann auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten durch den Facharzt für Anästhesiologie Dr. J vom 29. März 2007 eingeholt. Dr. J kam zu dem Ergebnis, dass der Gesamt GdB mit 60 zu bewerten sei. Es liege das Vollbild eines chronischen Schmerzsyndroms des Chronifizierungsgrades III nach Gerbershagen vor. Sozialmedizinisch gesehen wiege ein chronisches Schmerzsyndrom schwerer als die Summe von Erkrankungen in einzelnen Fachdisziplinen. Bei reinen Schmerzbildern könnten im Einzelfall wesentlich höhere Einschränkungen im Erwerbsleben resultieren als die Beurteilung der Einzelfunktionsstörungen vermuten ließe. Die persönliche Betroffenheit des Patienten bei Schmerzen müsse im Gesamten berücksichtigt werden. Die chronischen Schmerzen mit eigenständigem Krankheitswert seien vorliegend mit einem Einzel GdB von 40, das chronische HWS Syndrom bei Zustand nach C5/C6 Foraminotomie 1990 mit anschließender Chronifizierung und Fehlentwicklung sowie das chronische LWS Syndrom ebenfalls mit einem Einzel GdB von 40 zu bewerten, eine lavierte Depression mit 30, eine Migräne ohne Aura und Kopfschmerz vom Spannungstyp mit einem Einzel GdB von 30. Es sei nach seiner Einschätzung wenigstens im vergangenen Jahr, wenn nicht schon seit 2001 zu einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, indem sich die chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung an die erste Stelle in der Wichtung geschoben habe. Das umfassende und respektable Gutachten des Dr. T ermögliche in der logischen Konsequenz seine Schlussfolgerungen in vollem Umfang; lediglich die Wertung der Chronifizierung der Schmerzverarbeitung und ihre hervorragende Bedeutung für die Leistungseinschränkung mit Auswirkungen auf die seelische Situation der Betroffenen unterschieden sich noch.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und

den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte des Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Über die Klage konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden werden.

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide sind in der Fassung des zuletzt ergangenen Bescheides vom 28. Juni 2006, mit dem der Gesamt GdB auf 50 festgesetzt wurde, rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte letztlich die zwischenzeitliche Rückstufung der Klägerin auf einen Gesamt GdB von 40 wieder zurückgenommen, die Zuerkennung eines höheren GdB, den die Klägerin nach wie vor geltend macht, jedoch abgelehnt.

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3](#) und 4 und Abs. 3 SGB IX abgestuft als Grad der Behinderung in 10er Graden von 20 bis 100 entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz in Verbindung mit den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil II SGB XI)" in ihrer jeweils geltenden Fassung (derzeit Ausgabe 2005 – AHP 2005, im wesentlichen gleich lautend mit Ausgabe 2004), die als antizipierte Sachverständigengutachten normähnlichen Charakters gelten, festzustellen. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, so sind die Einzel-GdB in Graden anzugeben. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB XI](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Nr. 19 AHP 2005 (Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Dabei führen grundsätzlich leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AHP 2005 Nr. 19, Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.).

Unter Beachtung dieser Vorgaben kam die Zuerkennung eines höheren GdB als 50 nicht in Betracht. Das Gericht schließt sich den umfassenden Ausführungen des von ihm gehörten Gutachters Dr. T in dessen Gutachten vom 14. Mai 2006 und in dessen Rückäußerung vom 28. Juni 2006 an. Danach ist zunächst von einem Einzel GdB von 40 für das Funktionssystem des Rumpfes, also insbesondere die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen, auszugehen.

Das chronische Schmerzsyndrom mit Fehlverarbeitung hat Dr. T durch die ausdrückliche Bezugnahme auf Seite 48 der AHP 2005 ("Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen", worunter auch somatoforme Störungen zu subsumieren sind) überzeugend mit einem Einzel GdB von 30 bewertet, was den Vorgaben der Anhaltspunkte (Nr. 26.3, Seite 48 AHP 2005) entspricht. Die daneben bestehenden Einschränkungen auf psychischem Gebiet, auf welche die Klägerin hinweist, führen nicht zu einem höheren Einzel-GdB, weil diese durch die Gutachter Dr. S (Gutachten vom 31. Mai 2001) und Dr. S (Gutachten vom 24. September 2003) als leichte depressive Störung bzw. psychovegetative Auffälligkeiten übereinstimmend und nachvollziehbar lediglich mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet worden sind; das Gericht schließt sich den Ausführungen dieser Gutachter an.

Entgegen der Auffassung der Klägerin und des von ihr benannten Gutachters Dr. J war nicht zusätzlich zu diesen Beeinträchtigungen noch ein chronischer Schmerz mit eigenständigem Krankheitswert als Einzel GdB und damit Gesamt GdB erhöhend zu berücksichtigen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) gehörte Gutachter Dr. J das Gutachten des Dr. T als umfassend und respektabel bezeichnet und als einzige Abweichung die Bewertung der Schmerzverarbeitungsstörung genannt hat. Insbesondere bestand auch Einigkeit der beiden Gutachter in Bezug auf die Einstufung der Schmerzerkrankung als eine solche nach Stadium III nach Gerbershagen. Eine Einstufung als Erkrankung mit eigenständigem Krankheitswert im Sinne der Anhaltspunkte kommt jedoch nicht in Betracht; dies entspräche nicht den Vorgaben der Anhaltspunkte, die eine eigenständige Bewertung der Schmerzerkrankung nicht vorsehen. Vielmehr sind Einzel GdB nach im Einzelnen genannten Funktionssystemen zu bilden (AHP Nr. 18 Abs. 4, Seite 22 AHP 2005), wobei die Berücksichtigung von Schmerzen dahingehend geregelt ist, dass die in der GdB Tabelle angegebenen Werte die üblicherweise vorhandenen Schmerzen einschließen und auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände berücksichtigen. Lediglich in den Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende, eine spezielle ärztliche Behandlung erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angesetzt werden (AHP Nr. 18 Abs. 8, Seite 24 AHP 2005).

Es besteht kein Grund, von diesen Regelungen abzuweichen. Bei den AHP handelt es sich nach höchstrichterlicher Rechtsprechung um antizipierte Sachverständigengutachten, deren Beachtlichkeit im konkreten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sich zum einen daraus ergibt, dass eine dem allgemeinen Gleichheitssatz entsprechende Rechtsanwendung nur dann gewährleistet ist, wenn die verschiedenen Behinderungen nach gleichen Maßstäben beurteilt werden; zum anderen stellen sie ein geeignetes, auf Erfahrungswerten der Versorgungsverwaltung und Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge zur Einschätzung des GdB dar (vgl. zu den Vorgängern der AHP 2004/2005: [BSGE 72, 285 = SozR 3-3870 § 4 Nr. 6](#); [BSGE 75, 176 = SozR 3-3870 § 3 Nr. 5](#); [BVerfG SozR 3-3870 § 3 Nr. 6](#)). Die AHP wirken insofern normähnlich. Ihre generelle Richtigkeit kann deshalb durch Einzelfallgutachten nicht widerlegt werden. Sie sind allerdings - wie untergesetzliche Rechtsnormen - zu prüfen: auf ihre Vereinbarkeit mit Gesetz und Verfassung, auf Berücksichtigung des gegenwärtigen Kenntnisstandes der sozialmedizinischen Wissenschaft sowie auf Lücken in Sonderfällen, die wegen der individuellen Verhältnisse gesondert zu beurteilen sind. Die Gerichte sind jedoch ohne konkrete Hinweise nicht verpflichtet, breit gestreut die sozialmedizinischen Grundlagen der AHP im Einzelnen zu erfragen und dann - ungezielt - nach etwa widersprechenden neueren

Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zu suchen. Sie können vielmehr davon ausgehen, dass der Ärztliche Sachverständigenbeirat - Sektion Versorgungsmedizin - regelmäßig die ihm gestellte Aufgabe erfüllt und bei jeder Ausgabe der AHP sowie danach durch laufende Überarbeitung neue Erkenntnisse und Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft über die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen berücksichtigt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 3/02 R](#), [SozR 4-3250 § 69 Nr. 2](#) = [BSGE 91, 205](#)).

Unter Beachtung dieser Vorgaben bestand kein Grund, von dem durch die Anhaltspunkte geregelten Weg zur Berücksichtigung von Schmerzzuständen abzuweichen. Insbesondere ist durch Dr. J nicht aufgezeigt worden, dass die diesbezüglichen Regelungen der AHP nicht mehr dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft entsprächen; insoweit fehlt es an jeglichen Ausführungen. Dr. J hat vielmehr nur aus sozialmedizinischer Sicht bei "ganzheitlicher" Betrachtung ausgeführt, dass eine eigenständige Würdigung von Schmerzen mit einem GdB vorzugswürdig sei, weil nur dadurch der Bedeutung des Schmerzes hinreichend Rechnung getragen würde. Dies überzeugt nicht; es wurde kein nachvollziehbarer Grund genannt, weshalb Schmerzzustände nicht durch die Erhöhung der Einzel-GdBs für die verschiedenen Funktionssysteme hinreichend berücksichtigt werden. Dr. T hat hierzu in seiner Rückäußerung vom 23. Oktober 2006 dementsprechend ausgeführt, dass es nicht sinnvoll sei, ein Schmerzsyndrom von der Begleiterkrankung zu trennen und dass maßgebend nur sein kann, ob die Schmerzerkrankung insgesamt in ihren Auswirkungen und Funktionsbeeinträchtigungen erkannt und berücksichtigt worden ist. Das Gericht schließt sich diesen überzeugenden Ausführungen an; es besteht kein Grund, weshalb den durchaus handhabbaren Vorgaben der Anhaltspunkte nicht gefolgt werden sollte, während eine eigenständige Berücksichtigung einer Schmerzkrankheit lediglich zu weiteren Abgrenzungsproblemen im Hinblick auf die somatische Grunderkrankung führen dürfte.

Abgesehen davon ist darauf hinzuweisen, dass auch bei Berücksichtigung einer eigenständigen Schmerzkrankheit hieraus vorliegend keine Erhöhung des Gesamt GdB resultieren würde. Denn Dr. T hat die Schmerzkrankheit zum einen im Rahmen der somatoformen Störung als psychische Beeinträchtigung mit einem Einzel GdB von 30 bewertet. Zum anderen hat Dr. T die besondere Schmerzhaftigkeit für den Wirbelsäulenbereich zusätzlich in dem Einzel GdB von 40 berücksichtigt. Bei der Klägerin liegen nach den Feststellungen des Dr. T im Bereich der Lendenwirbelsäule und im Bereich der Halswirbelsäule lediglich "leichte bis mäßige" Funktionsstörungen vor. Die Anhaltspunkte (Nr. 26.18, Seite 116 AHP 2005) sehen einen Einzel GdB von 30 bis 40 jedoch nur vor bei mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten, so dass leichte bis mäßige Funktionsstörungen lediglich zu einem wesentlich geringeren Einzel GdB führen würden. Hieraus folgt, dass die besondere Schmerzhaftigkeit hier nochmals berücksichtigt worden ist. Die Zuerkennung eines Einzel GdB für eine besondere Schmerzkrankheit müsste zur Vermeidung einer Dreifachberücksichtigung der Schmerzen daher zu einer Herabsetzung des Einzel GdB für das Wirbelsäulenleiden und/oder die Somatisierungsstörung führen, so dass insgesamt hieraus kein höherer Gesamt GdB als 50 resultieren würde.

Die Kopfschmerzen der Klägerin waren nicht GdB-erhöhend zu berücksichtigen. Dr. T hat nachvollziehbar den hierfür angesetzten Einzel GdB von 10 anhand der ihm gegenüber gemachten Angaben über die Häufigkeit von Anfällen begründet. Dies entspricht den Vorgaben der Anhaltspunkte, nach denen auch eine echte Migräne bei leichter Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) lediglich mit einem Einzel GdB von 0 bis 10 und lediglich mittelgradige Verlaufsformen mit häufigen Anfällen, die jeweils einen oder mehrere Tage anhalten, mit einem Einzel GdB von 20 bis 40 zu bewerten sind (AHP Nr. 26.2, Seite 39). Einzel GdB von 10 wirken sich nach den genannten Vorgaben der AHP (AHP 2005 Nr. 19, Abs. 4, Seite 26) grundsätzlich nicht GdB erhöhend aus.

Nach alledem war die Berufung daher zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 28. Juni 2006 abzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#), sie berücksichtigt, dass mit dem Bescheid vom 28. Juni 2006 dem Klagebegehren teilweise stattgegeben wurde. Da insgesamt wiederholt vorgetragen wurde, dass vorliegend noch ein deutlich höherer GdB als 60 anzunehmen sei, kam eine weitere Kostentragung durch den Beklagten nicht in Betracht.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-02-22