

## L 11 SB 352/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung

11  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen  
S 5 SB 133/05

Datum  
21.10.2008

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen

L 11 SB 352/08  
Datum

10.12.2009

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 21. Oktober 2008 geändert. Der Beklagte wird unter Änderung des Bescheides vom 25. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2005 in der Fassung des angenommenen Teilanerkennnisses vom 28. November 2007 entsprechend dem weiteren Teilanerkennnis vom heutigen Tage verpflichtet, für den Kläger ab dem 1. Dezember 2005 bis zum 31. Juli 2006 einen Grad der Behinderung von 30 festzustellen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Der Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten des Klageverfahrens zu 2/5 und des Berufungsverfahrens zu 1/10 zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Der 1958 geborene Kläger hat nach eigenen Angaben den Beruf des Elektroinstallateurs erlernt und war in diesem Beruf bis Juli 2003 erwerbstätig. Am 26. Juli 2003 erlitt er einen Badeunfall mit einer Luxationsfraktur des 5. Halswirbelkörpers und einer Vorderkantenfraktur des 6. Halswirbelkörpers und wurde noch am selben Tag operiert. Nach Entfernung von Anteilen der frakturierten Wirbelknochen wurde eine bisegmentale Spondylodese (Versteifung von 2 Wirbelsäulensegmenten) durchgeführt. Die Stabilisierung erfolgte mit einem Platten- und Schraubensystem. Des Weiteren wurde ein Knochenspan aus dem rechten Beckenkamm zur Auffüllung des Zwischenwirbelaumes transplantiert.

Am 5. September 2003 beantragte der Kläger die Feststellung des Grades der Behinderung im Wesentlichen wegen Funktionsbehinderungen der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des linken Ellenbogengelenks. Nach Einholung eines Befundberichtes des behandelnden Arztes für Orthopädie Dr. E vom 18. September 2003 und einer gutachterlichen Stellungnahme des Arztes Dr. S vom 2. Oktober 2003 stellte der Beklagte mit dem bestandskräftigen Bescheid vom 4. November 2003 bei dem Kläger einen GdB von 20 fest und berücksichtigte dabei als Funktionsbehinderungen

- Funktionsbehinderung der Wirbelsäule - operierte Wirbelsäule - Nervenwurzelreizerscheinungen der Wirbelsäule

Vom 18. November 2003 bis 15. Dezember 2003 absolvierte der Kläger eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik Bin B. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 27. Dezember 2003 werden folgende Leiden festgestellt:

- Dysästhesien in beiden Händen bei Zustand nach Spondylodese C5/6, Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule - Degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom bei Spondylosteochondrose L 5/S1.

Am 29. März 2004 beantragte der Kläger die Feststellung eines höheren GdB. Nach Einholung zweier gutachterlichen Stellungnahmen des Versorgungsarztes S vom 5. April 2004 und vom 3. August 2004 sowie eines weiteren Befundberichtes des Arztes Dr. Evom 24. April 2004 lehnte der Beklagte den Änderungsantrag mit Bescheid vom 25. August 2004 ab. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers vom 13. September 2004 wies der Beklagte nach Einholung eines weiteren Befundberichtes des Arztes Dr. Evom 16. November 2004 und einer gutachterlichen Stellungnahme der Versorgungsärztin Dr. vom 17. Januar 2005 mit Widerspruchsbescheid vom 28. April 2005 zurück.

Der Kläger hat am 25. Mai 2005 Klage bei dem Sozialgericht Potsdam erhoben, mit der er die Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 50 begehrt hat.

In der Zeit vom 8. Dezember 2005 bis 29. Dezember 2005 hat der Kläger eine weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Bklinik Babsolviert. Im Entlassungsbericht vom 2. Januar 2006 werden folgende Leiden festgestellt:

- Zervicozephalgie bei Zustand nach Luxationsfraktur C5/C6 und ventraler Spondylodese - Radikulopathie mit mehreren Lokalisationen der Wirbelsäule - Somatisierungsstörung (Verdachtsdiagnose) - essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet ohne Angabe einer hyperintensiven Krise - reine Hypercholesterinämie.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der Ärztin für Allgemeinmedizin Lvom 16. September 2005, des Arztes für Orthopädie Dr. Mvom 22. September 2005 und vom 21. August 2008 und der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie W vom 25. August 2006 eingeholt sowie das in dem Klageverfahren vor dem Sozialgericht Potsdam - S 16 R 789/05 - erstattete Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. Tvom 25. Juni 2007 beigezogen. Der Sachverständige hat in seinem Rentengutachten folgende Leiden des Klägers festgestellt:

- Pseudoradikuläres Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand nach C 5/C6 Spondylodese mit mäßigen Funktionsstörungen - Pseudoradikuläres Lendenwirbelsäulensyndrom bei muskulärer Dysbalance und leichten bis mäßigen Funktionsstörungen - Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen und Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung - Angst und depressive Störung gemischt, phobische Störung - Anpassungsstörung - Arterieller Hypertonus - Adipositas.

Der Sachverständige kommt zu der Einschätzung, dem Kläger sei noch eine tägliche Arbeitsbelastung von 8 Stunden bei überwiegend körperlich und geistig leichter und nur noch gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit im Wechsel der Haltungsarten, im Sitzen bis zu einem Arbeitsanteil von ca. 50-70 %, zuzumuten. Akkord- und Fließbandarbeit, Nachtschichtarbeit, häufige Überkopparbeiten, häufiges Bücken, Heben und Tragen von Lasten aus der Vorbeuge heraus, ständige Rumpfwangshaltungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und besondere Anforderungen an die Konzentration und geistige Belastbarkeit seien ebenso auszuschließen wie anhaltender Einfluss von Kälte, Nässe, Zugluft und Feuchtigkeit. Arbeiten in Wechselschicht, mit geringen bis durchschnittlichen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit, auch mit häufigem Publikumsverkehr, seien dem Kläger hingegen zumutbar. Die qualitativen Leistungseinschränkungen beständen in diesem Ausmaß seit Juli 2003.

Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme der Versorgungsärztin Dr. Wvom 23. November 2007, in der diese die Funktionsbeeinträchtigungen der Halswirbelsäule als mittelgradig und der Lendenwirbelsäule als geringgradig beurteilte und für die Zeit ab August 2006 das Wirbelsäulenleiden unter Berücksichtigung einer außergewöhnlichen Schmerzreaktion mit einem Einzel-GdB von 30 und darüber hinaus das Vorliegen psychosomatischer Störungen mit einem Einzel-GdB von 20 einschätzte, hat der Beklagte mit Schreiben vom 28. November 2007 bei dem Kläger einen GdB von 30 ab dem 1. August 2006 und eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit (Nachteilsausgleich "d.E.") anerkannt. Der Kläger hat das Teilerkenntnis am 21. Oktober 2008 angenommen.

Mit Urteil vom 21. Oktober 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und entschieden, dass der Beklagte 1/3 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten hat. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 20 für die Zeit vom 29. März 2004 bis 31. Juli 2006 und keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 30 für die Zeit ab dem 1. August 2006. Es lägen bei dem Kläger eine mittelgradige HWS-Funktionseinschränkung und eine geringgradige LWS/BWS-Funktionseinschränkung vor, die in Übereinstimmung mit den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP 2008 Nr. 26.18, Seite 116) zusammen mit einem Einzel-GdB von 20 in Ansatz zu bringen seien. Darüber hinaus liege bei dem Kläger eine Schmerzerkrankung vor, die nach den AHP 2008 Nr. 26.3 Seite 48 mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten sei. Ferner leide der Kläger unter Angst, einer depressiven und phobischen Störung, die als psychische Störung nach den AHP 2008 Nr. 26.3 Seite 48 mit einem Einzel-GdB von 20 angemessen berücksichtigt sei. Hiervon ausgehend sei unter Beachtung der Kriterien für die Bildung des Gesamt-GdB für die Zeit ab 1. August 2006 ein höherer Gesamt-GdB als 30 nicht festzustellen. Für die Zeit vom 29. März 2004 bis zum 31. Juli 2006 lasse sich ein Gesamt-GdB von 30 anhand der vorliegenden Befunde nicht objektivieren.

Gegen dieses ihm am 10. November 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 26. November 2008 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, insbesondere das chronische Schmerzsyndrom und der vertebrale Kopfschmerz müssten bei der Gesamtbetrachtung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einer deutlichen Höherbewertung des Gesamt-GdB führen.

In der mündlichen Verhandlung hat der Beklagte bei dem Kläger einen Gesamt-GdB von 30 und das Vorliegen der Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich "d.E." auch für den Zeitraum 1. Dezember 2005 bis zum 31. Juli 2006 anerkannt. Der Kläger hat die Nichtannahme des Anerkenntnisses erklärt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 21. Oktober 2008 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 25. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2005 und in der Fassung des Teilerkenntnisses vom 28. November 2007 zu verpflichten, für den Kläger ab dem 29. März 2004 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung bezieht er sich auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verfahrensakten des Rentenstreitverfahrens bei dem Sozialgericht Potsdam bzw. bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg - S 16 R 789/05 = [L 8 R 3/08](#) - (2 Bände Gerichtsakten, 1 Band Verwaltungsakten) sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist im Umfang des durch den Beklagten in der mündlichen Verhandlung vom 10. Dezember 2009 abgegebenen Teilanerkenntnisses begründet und im Übrigen unbegründet.

Im vorgenannten Umfang ist die zulässige Klage begründet. Die Verurteilung des Beklagten war gemäß [§ 202](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 307](#) Zivilprozessordnung (ZPO) - ohne Prüfung der Berechtigung des Klageanspruchs - geboten, weil der Kläger das Teilanerkenntnis des Beklagten nicht angenommen hat (vgl. BSG, Urteil vom 17. Oktober 1986 - [12 RK 38/85](#) - zitiert nach juris). Der Beklagte war deshalb unter Änderung des Bescheides vom 25. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2005 in der Fassung des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 28. November 2007 entsprechend dem weiteren Teilanerkenntnis vom 10. Dezember 2009 zu verpflichten, für den Kläger ab dem 1. Dezember 2005 bis zum 31. Juli 2006 einen Grad der Behinderung von 30 festzustellen.

Im Übrigen ist die zulässige Klage unbegründet. Das Sozialgericht hat insoweit die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der angefochtene Bescheid ist in der Fassung der Teilanerkenntnisse des Beklagten vom 28. November 2007 und vom 10. Dezember 2009 rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 20 für die Zeit vom 29. März 2004 bis zum 30. November 2005 und auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 30 für die Zeit ab dem 1. Dezember 2005. Denn eine rechtlich wesentliche Verschlimmerung der Leiden des Klägers, die für die genannten Zeiträume die Zuerkennung eines höheren GdB gerechtfertigt hätte, ist nicht eingetreten (§ 48 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch).

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen AHP in ihrer jeweils geltenden Fassung (zuletzt Ausgabe 2008 - AHP 2008) zu beachten, die gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 durch die in der Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG - Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) - vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I, Seite 2412](#)) festgelegten "versorgungsärztlichen Grundsätze" abgelöst worden sind. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätzlich von diesen auszugehen (vgl. z. B. Bundessozialgericht - BSG -, [BSGE 91, 205](#)), weshalb sich auch der Senat für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 auf die genannten AHP stützt. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ist demgegenüber für die Verwaltung und die Gerichte die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Anlage zu § 2 VersMedV maßgeblich, mit der die in den AHP niedergelegten Maßstäbe mit lediglich redaktionellen Anpassungen in eine normative Form gegossen worden sind, ohne dass die bisherigen Maßstäbe inhaltliche Änderungen erfahren hätten.

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

Unter Beachtung dieser Vorgaben hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 20 für die Zeit vom 29. März 2004 bis zum 30. November 2005 und auf Feststellung eines höheren Gesamt-GdB als 30 für die Zeit ab dem 1. Dezember 2005. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus der Gesamtheit der vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere aus dem Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. T vom 25. Juni 2007 in dem Klageverfahren vor dem Sozialgericht Potsdam - S 16 R 789/05 - und dem Gutachten des Arztes für Psychiatrie Dr. B vom 20. Januar 2009 in dem anschließenden Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg - [L 8 R 3/08](#) -. Diese Gutachten enthalten aussagekräftige Untersuchungsbefunde und können für die hier nach dem Schwerbehindertenrecht vorzunehmende Beurteilung verwendet werden. Hiernach leidet der Kläger an einem pseudoradikulären Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand nach C5/C6 Spondylodese, einem pseudoradikulären Lendenwirbelsäulensyndrom bei muskulärer Dysbalance, einer Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen, einer Anpassungsstörung in symptomatischer Ausgestaltung von Zukunftsangst, Depression und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie an arteriellem Hypertonus und Adipositas.

Die von dem Arzt Dr. in seinem rentenrechtlichen Gutachtenvom 25. Juni 2007 nach eingehender Untersuchung des Klägers als Auswirkungen des pseudoradikulären Halswirbelsäulensyndroms bei Zustand nach C 5/C6 Spondylodese festgestellten "mäßigen" Funktionsstörungen in Form von Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen und Schmerzen entsprechen nach Art und Intensität den in der Anlage zu § 2 VersMedV (Teil B Nr. 18.9, Seite 90, ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 26.18, Seite 116) genannten mittelgradigen funktionellen Auswirkungen eines Wirbelsäulenschadens (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome), sodass ihre Bewertung mit einem Einzel-GdB von 20 für den gesamten Zeitraum ab dem 29. März 2004 erforderlich, aber auch ausreichend ist. Hingegen können schwere funktionelle Auswirkungen des Wirbelsäulenschadens im Sinne der Anlage zu § 2 VersMedV bzw. der AHP 2008 auch unter Berücksichtigung

der weiter vorliegenden Befunde nicht festgestellt werden. Der Senat folgt insoweit den Ausführungen der Ärztin Dr. W in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23. November 2007.

Die von dem Arzt Dr. darüber hinaus als Auswirkungen des pseudoradikulären Lendenwirbelsäulensyndroms festgestellten "leichten bis mäßigen" Funktionsstörungen ohne motorische und sensible Ausfälle an der unteren Extremität entsprechen – auch unter Berücksichtigung der von dem Arzt festgestellten Adipositas – nach Art und Intensität den in der Anlage zu § 2 VersMedV (Teil B Nr. 18.9, Seite 90, ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 26.18, Seite 116) genannten geringen funktionellen Auswirkungen eines Wirbelsäulenschadens, sodass ihre Bewertung mit einem Einzel-GdB von 10 für den gesamten Zeitraum ab dem 29. März 2004 ebenfalls angemessen ist. Auch insoweit folgt der Senat den Ausführungen der Ärztin Dr. W in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23. November 2007.

Im Hinblick auf die von dem Arzt Dr. Tin seinem Gutachten festgestellte Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen und die von dem Arzt Dr. B in seinem rentenrechtlichen Gutachten vom 20. Januar 2009 festgestellte anhaltende somatoforme Schmerzstörung ist es rechtlich auch nicht zu beanstanden, dass der Beklagte das Hals- und Lendenwirbelsäulenleiden des Klägers für den Zeitraum vom 29. März 2004 bis zum 30. November 2005 insgesamt mit einem GdB von 20 beurteilt und für den Zeitraum ab 1. Dezember 2005 einen GdB von 30 anerkannt hat. Denn nach dem Inhalt der vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere der vorgenannten Gutachten der Ärzte Dr. Tund Dr. B kann nicht festgestellt werden, dass bei dem Kläger seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen im Sinne der Anlage zu § 2 VersMedV (Teil A Nr. 2. i), Seite 9, ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 18 Abs. 8, Seite 23) in einem Ausmaß vorgelegen haben, die für die Zeit vor dem 1. Dezember 2005 einen höheren GdB als 20 und für die Zeit ab dem 1. Dezember 2005 einen höheren GdB als 30 rechtfertigen.

Soweit die Ärztin Dr. W nach Auswertung der ärztlichen Befunde, insbesondere des Gutachtens des Arztes Dr. in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23. November 2007 das Vorliegen einer außergewöhnlichen Schmerzreaktion in Form eines Schmerzsyndroms mit der Notwendigkeit spezieller schmerztherapeutischer Behandlung im Sinne eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms nach der Anlage zu § 2 VersMedV (Teil B Nr. 18.9, Seite 90, ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 26.18, Seite 116) festgestellt hat, kann eine Verfestigung dieses Schmerzsyndroms im Sinne einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung frühestens für den Zeitraum ab 1. Dezember 2005 angenommen werden. Denn entsprechende durch objektive Befunde untermauerte Hinweise auf eine verfestigte Schmerzstörung finden sich erstmals in dem ärztlichen Entlassungsbericht vom 2. Januar 2006 über den stationären Aufenthalt des Klägers in der BklinikBin der Zeit vom 8. Dezember 2005 bis 29. Dezember 2005. Für die Zeit davor fehlt es hingegen an objektiven Befunden, die diese Annahme rechtfertigen. Den Ausführungen der Ärzte Dr. und Dr. B, wonach die Beeinträchtigungen des Klägers im festgestellten Ausmaß bereits seit dem erlittenen Unfall im Juli 2003 bestehen, kann deshalb nicht gefolgt werden. Den vorliegenden Befunden ist darüber hinaus nicht zu entnehmen, dass die funktionellen Auswirkungen des Schmerzsyndroms so gravierend sind, dass diese eine Bewertung des Wirbelsäulenleidens mit einem höheren GdB als 30 für die Zeit ab 1. Dezember 2005 rechtfertigen. Insoweit wird die entsprechende Einschätzung der Versorgungsärztin Dr. Win ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 23. November 2007 bestätigt durch den Arzt Dr. B, der in seinem Gutachten vom 20. Januar 2009 ausgeführt hat, dass die von ihm festgestellte Anpassungsstörung in symptomatischer Ausgestaltung von Zukunftsangst, Depression und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht so tiefgreifend sei und die Gestaltungsfähigkeit des Klägers nicht entscheidend beeinträchtigten.

Die von dem Arzt Dr. B festgestellte Anpassungsstörung in symptomatischer Ausgestaltung von Zukunftsangst, Depression und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entspricht in ihren funktionellen Auswirkungen den in der Anlage zu § 2 VersMedV (Teil B Nr. 3.7, Seite 27 der Anlage zu § 2 VersMedV, ebenso Nr. 26.3, S. 48, AHP 2008) genannten leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen, sodass ihre Bewertung mit einem höheren Einzel-GdB als 20 für die Zeit ab 1. Dezember 2005 nicht gerechtfertigt ist. Stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die einen GdB von 30-40 rechtfertigen, können auch unter Berücksichtigung der weiter vorliegenden Befunde nicht festgestellt werden. Auch hinsichtlich des seelischen Leidens finden sich zudem keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass dieses in verfestigter Form bereits vor dem 1. Dezember 2005 vorgelegen hat. Denn auch insoweit gilt, dass entsprechende durch objektive Befunde untermauerte Hinweise auf eine verfestigte Schmerzstörung sich erstmals in dem ärztlichen Entlassungsbericht vom 2. Januar 2006 über den stationären Aufenthalt des Klägers in der BklinikBin der Zeit vom 8. Dezember 2005 bis 29. Dezember 2005 finden lassen und es für die Zeit davor an entsprechenden Befunden mangelt.

Das für den Zeitraum ab 1. Dezember 2005 berücksichtigte seelische Leiden führt nicht zu einer Anhebung des Gesamt-GdB, die von dem Beklagten durch das Anerkenntnis vom 10. Dezember 2009 vorgenommene Bewertung der klägerischen Leiden mit einem Gesamt-GdB von 30 für den Zeitraum ab 1. Dezember 2005 ist nicht zu beanstanden. Wie bereits oben dargelegt, ist es auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 nach Teil A Nr. 3 d) ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 10 (ebenso zuvor AHP 2008 Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.) vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. So liegt der Fall auch hier. Denn hier überschneiden sich die funktionellen Auswirkungen des Wirbelsäulenleidens in Form eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms mit den funktionellen Auswirkungen der als seelisches Leiden berücksichtigten psychosomatischen Störungen erheblich. Angesichts der Geringgradigkeit des psychischen Leidens des Klägers erscheint deshalb über die GdB-erhöhende Anerkennung eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms hinaus eine weitere Anhebung des GdB wegen weiterer funktioneller Auswirkungen der festgestellten psychosomatischen Störungen nicht gerechtfertigt. Ob der von den Ärzten Dr. T und Dr. B festgestellte arterielle Hypertonus einen Einzel-GdB rechtfertigt, kann dahinstehen. Denn jedenfalls begründet dieses Leiden angesichts der nach den vorliegenden Befunden allenfalls geringfügigen Auswirkungen keine Anhebung des Gesamt-GdB.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Gründe hierfür gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-01-21