

L 7 VI 11/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 VI 1/02
Datum
14.06.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 VI 11/05
Datum
30.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 VI 2/08 B
Datum
02.04.2008
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Bindung der Versorgungsbehörde an eine durch Verwaltungsakt festgestellte Schädigungsfolge umfasst den Schweregrad, wenn in der GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte für die Funktionsstörung in der anerkannten Ausprägung (hier: "Chronische Hepatitis C mit geringer klinisch-entzündlicher Aktivität") nicht ein Wertungsrahmen, sondern ein bestimmter Zehnergrad (hier 30) vorgesehen ist. 2. Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer als Folge der Anti-D-Prophylaxe anerkannten chronischen Hepatitis C und einer als weitere Folge geltend gemachten Gesundheitsstörung (hier: chronisches Müdigkeitssyndrom) richtet sich nach § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG in entsprechender Anwendung. 3. Das Anti-D-Hilfegesetz enthält keine Rechtsgrundlage für eine Kann-Versorgung; § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG ist nicht entsprechend anwendbar. 4. Das Krankheitskonzept eines "chronischen Müdigkeitssyndroms" ist nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft noch so ungesichert, dass es nicht einer Kann-Versorgung zugrunde gelegt werden kann. Die Berufung wird zurückgewiesen und die Klage gegen den Bescheid vom 29. Januar 2008 abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin bezieht vom Beklagten eine Rente nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz - AntiDHG) vom 2. August 2000 ([BGBl. I S. 1270](#)) nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 30 v.H. Sie begehrt die Bemessung der Rente nach einer MdE bzw. (gemäß dem seit dem 21. Dezember 2007 geltenden gesetzlichen Sprachgebrauch) einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 40.

Die im März 1957 geborene Klägerin hatte 1973 die polytechnische Oberschule und 1975 eine Ausbildung zur Wirtschaftskauffrau abgeschlossen und anschließend in diesem Beruf gearbeitet. 1978 hatte sie geheiratet. Am 10. Januar 1979 wurde sie nach der Entbindung von ihrem ersten Kind bei einer Anti-D-Prophylaxe mit einer Hepatitis infiziert und zwar mit dem erst aufgrund späterer Forschungen feststellbaren Hepatitis-C-Virus (HCV). Vom 27. Februar bis 7. April 1979 wurde sie wegen der Hepatitis-Infektion im Bezirkskrankenhaus Dessau stationär behandelt. In einem ärztlichen Gutachten für die Staatliche Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik vom 2. März 1982 wurde eine chronisch persistierende Hepatitis infolge Anti-D-Prophylaxe diagnostiziert. Es sei eine völlige Ausheilung zu erwarten. Mit einer auf täglich sechs Stunden verkürzten Arbeitszeit könne sie ihre bisherige Tätigkeit ausüben. Für den Verdienstausschlag wurde die Klägerin von der Staatlichen Versicherung entschädigt. Noch im selben Jahr ergab eine Nachuntersuchung, die Leberfunktion habe sich stabilisiert und die Arbeitszeitverkürzung sei nicht mehr erforderlich (Gutachten vom 3. Januar 1983). 1984 wurde als zweites Kind die Tochter der Klägerin geboren.

Im September 1993 beantragte die Klägerin nach einem Hinweis des Beklagten die Gewährung einer Entschädigung wegen der HCV-Infektion. Der Beklagte holte das Gutachten der Ärztin in der Klinik für Innere Medizin der Martin-Luther-Universität ... vom 9. September 1994 ein. Bei ihrer Untersuchung gab die Klägerin an, sie sei seit Jahren in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und führe dies auch auf ihre chronische Leberentzündung zurück. Sie leide an Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörungen, einer schnellen Ermüdbarkeit und allgemeiner körperlicher Schwäche. Nach dem Befund der Sachverständigen war die Psyche unauffällig. Die Sachverständige kam zu dem Ergebnis, zwar lasse sich ein histologischer Nachweis einer chronischen Hepatitis nicht erbringen, da eine Leberpunktion - trotz Einverständnisses der Klägerin - wegen fehlender therapeutischer Konsequenzen medizinisch nicht gerechtfertigt sei. Die Laborbefunde sprächen aber für eine chronisch persistierende Hepatitis C mit derzeit geringer Aktivität, für die sie eine MdE um 20 v.H. vorschlug. Der Beklagte erkannte mit Bescheid vom 8. November 1994 als Schädigungsfolge nach § 51 Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) eine "chronische Hepatitis C nach Anti-D-Prophylaxe" an, die aber keine rentenberechtigende MdE um mindestens 25 v.H. bedinge. Den gegen die Bewertung der MdE gerichteten Widerspruch der Klägerin wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. September 1995 zurück.

Mit einem noch im September 1995 beim Beklagten gestellten Überprüfungsantrag nach § 44 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) verfolgte die Klägerin ihr Ziel einer höheren MdE weiter. Sie berief sich auf ihren behandelnden Arzt Dr. W ... und brachte außerdem vor, sie befinde sich seit Anfang des Jahres bei dem Facharzt Dr. W ... in psychiatrischer Behandlung. Ihr jahrelanger Leidensweg habe zu vielen Konflikten in ihrer Familie geführt. Jede Aufregung oder Stresssituation werfe sie leicht "zu Boden". Sie werde durch die ständige Gefahr einer akuten Verschlechterung durch eine Leberzirrhose (unheilbare Umwandlung des Gewebes) nervlich so belastet, dass sie nachts schlecht schlafen könne und oft mit Angstzuständen und Herzrasen zu kämpfen habe.

Der Beklagte forderte von den beiden benannten Ärzten Befundberichte an. Der Internist Dr. W ..., Chefarzt der Klinik für Innere Medizin der A ... (früher Bezirkskrankenhaus D ...), berichtete mit Schreiben vom 12. Oktober 1995 über den Verlauf der Lebererkrankung der Klägerin, die ihm seit der stationären Behandlung im Jahre 1979 bekannt sei. Ihre Weiterbetreuung in der Ambulanz der Klinik sei bis zur Wendezeit 1989/90 dokumentiert. In der gesamten Beobachtungszeit sei es wiederholt zu akuten Exazerbationen (Wiederaufbrechen) ihrer Lebererkrankung gekommen mit deutlichen Anstiegen der Transaminasen (die entzündliche Aktivität anzeigende Laborwerte), die unter Krankschreibungen, körperlicher Schonung und Polyvitamintherapie dann jeweils wieder abgeklungen seien. In regellosen Abständen immer wieder festgestellte leichtere Transaminasenerhöhungen hätten darauf hingewiesen, dass der Krankheitsprozess nicht vollständig zur Ruhe gekommen sei. Der entzündliche Leberprozess bestehe - mit zur Zeit nur geringer Aktivität - fort. Die Prognose der Erkrankung sei unklar. Die chronische Hepatitis C könne bei Änderung der individuellen Abwehrkraft jederzeit in ein aktives Krankheitsgeschehen übergehen, wobei auch eine Entwicklung zur Zirrhose oder zu einem Leberzellkarzinom (Krebs) letztlich nicht ausgeschlossen sei. Daher sei eine MdE um 30 v.H. gerechtfertigt.

Nach dem Befundbericht des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. W ... vom 13. Oktober 1995 hatte die Klägerin Anfang des Jahres über Herzrasen und Angstzustände geklagt. Hinzu kämen familiäre Sorgen und eine als Stress empfundene Berufssituation. Unter der Therapie komme es allmählich zu einer Stabilisierung. Die Klägerin neige aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur mit Frustrationsintoleranz und nachhaltiger Erlebensweise zu psychoreaktiven Störungen. Hintergrund für die Auslösung dieser Störungen könne ihre nachhaltige psychische Irritation durch die Hepatitis sein.

In dem Abschlussbericht der Kurklinik Bad M ... über eine vom Beklagten der Klägerin für die Zeit vom 31. Oktober bis zum 28. November 1995 gewährte Badekur wurde die Nebendiagnose eines psychovegetativen Erschöpfungssyndroms mit Neigung zur Depression gestellt. Bei der Abschlussuntersuchung habe sich eine Besserung des psychischen Zustandes gezeigt; die starke Müdigkeit habe deutlich nachgelassen.

Der Beklagte holte sodann das nervenärztlich-psychotherapeutische Gutachten des Facharztes Dr. Tsch ... vom 13. Dezember 1995 ein. Nach dessen Wiedergabe der Exploration schilderte die Klägerin ihm, sie sei durch ihre Lebererkrankung, berufliche Veränderungen und Eheprobleme sehr verunsichert. Sie habe erst nach 1989 erfahren, dass sie damals eine Hepatitis des Typs C durchgemacht habe und dass diese Erkrankung zu Leberzirrhose und Leberkrebs führen könne. Nach einem Jahr Kurarbeit Null sei ihr Betrieb von der Supermarktkette "Kaufland" übernommen worden. Wegen Überforderung sei die tägliche Arbeitszeit von Vollzeit schrittweise auf seit Mai 1994 nur noch vier Stunden herabgesetzt worden. Bei schlechterer Bezahlung seien die Anforderungen, jetzt an der Kasse, gleich geblieben. Sie wisse nicht sicher, wie lange sie den Arbeitsplatz noch haben werde. Ihr Ehemann habe für ihre Belastungen kein Verständnis und habe sich seit September 1994 von ihr abgewandt. Anders als in der DDR-Zeit sei sie jetzt durch nichts mehr abgesichert. Durch all dies fühle sie sich benachteiligt, besonders auch dadurch, dass der Beklagte ihren Impfschaden nicht höher bewerte. Depressive Verstimmungen verneinte sie. Bei seiner Beurteilung ging der tiefenpsychologisch orientierte Sachverständige Dr. Tsch ... von der Hypothese aus, die Klägerin weiche unbewusst unbewältigten seelischen Konflikten aus, indem sie für ihre Gesundheitsstörungen die Leberschädigung verantwortlich mache und um deren Entschädigung ringe. Er diagnostizierte die Chronifizierung einer Neurose mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen, zu der die emotionale Belastung durch den Impfschaden beigetragen habe. Er befürwortete die Anerkennung dieser Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge und deren Bewertung mit einer MdE um 10 v.H.

Mit Bescheiden vom 25. März und 9. Juli 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. September des Jahres erkannte der Beklagte als Schädigungsfolgen an: ab 1. Januar 1991 die "chronische Hepatitis C nach Anti-D-Prophylaxe" und ab 1. Juli 1994 im Sinne der Entstehung eine "psychoreaktive Gesundheitsstörung". Vom 1. Juli 1994 an gewährte er eine Beschädigtenrente nach einer MdE um 30 v.H. In der Begründung des Widerspruchsbescheides heißt es hierzu, im Juli 1994 sei bei der Klägerin mit Wahrscheinlichkeit infolge des Eindrucks der bestehenden Hepatitis-C-Erkrankung auf dem Hintergrund von Medienberichten über die vermutliche Mortalitätsrate sowie der partnerschaftlichen und beruflichen Konfliktsituation erstmalig eine von ihr nicht kompensierbare psychoreaktive Belastungsstörung aufgetreten, die ab Anfang 1995 eine fachärztliche Behandlung erfordert hätte. Die bei der Klägerin vorliegende chronisch persistierende Hepatitis C sei nach § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit einer MdE um weniger als 25 v.H. zu bewerten. Erst durch die Manifestation der psychoreaktiven Gesundheitsstörung habe sich im Zusammenwirken mit der Hepatitis-Erkrankung das Ausmaß der Funktionsstörungen so erhöht, dass ab 1. Juli 1994 eine Beschädigtenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren sei. Soweit die Klägerin bereits ab Januar 1991 eine Rente begehrte, wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Im anschließenden Verfahren vor dem damaligen Sozialgericht Dessau - S 5 VI 3/96 - gab der Beklagte am 16. Juli 1997 ein Anerkenntnis ab, das er mit Bescheid vom 16. März 1999 ausführte. In diesem Bescheid erkannte er als Schädigungsfolgen an:

Ab 01.01.1991 Chronische Hepatitis C mit Progression (chronisch aktive Hepatitis) mit geringer entzündlicher Aktivität Ab 01.07.1994 zusätzlich: Psychoreaktive Gesundheitsstörung

Für beide Zeiträume bewertete der Beklagte die MdE nach § 30 Abs. 1 BVG mit 30 v.H.

Vom 23. Juni bis zum 21. Juli 1999 gewährte der Beklagte der Klägerin erneut eine Kur in der Kurklinik Bad M ..., die nach dem Abschlussbericht weitgehend ohne Komplikationen verlief. Die wechselhafte Beschwerdesymptomatik habe bei bekannter psychischer Instabilität nicht objektiviert werden können. Subjektiv habe sich die Klägerin sehr gut erholt.

Am 11. September 2000 beantragte die Klägerin mit der Begründung, ihre psychische Verfassung habe sich verschlechtert, eine "Neueinstufung". Da das Anti-D-Hilfegesetz vom 2. August 2000 rückwirkend zum 1. Januar des Jahres in Kraft getreten war, entschied der Beklagte von Amts wegen über Hilfen nach diesem Gesetz. Auf Anfrage schlug der ärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 25. August des Jahres vor, eine "chronische Hepatitis C mit Progression und gering entzündlicher Aktivität" sowie eine "psychoreaktive

Gesundheitsstörung" als Schädigungsfolgen anzuerkennen und insgesamt mit einer MdE um 30 v.H. zu bewerten. Mit Bescheid vom 18. September 2000 gewährte der Beklagte daraufhin der Klägerin ab 1. Januar 2000 finanzielle Hilfen nach § 3 AntiDHG und traf hierzu eine Reihe von Einzelregelungen. Als durch schädigende Einwirkungen im Sinne von § 1 AntiDHG entstandene Schädigungsfolgen erkannte er an: "Chronische Hepatitis C mit Progression" und "Psychoreaktive Gesundheitsstörung". Die MdE nach § 3 Abs. 4 AntiDHG in Verbindung mit § 30 Abs. 1 BVG betrage 30 v.H. Die anerkannten Schädigungsfolgen begründeten einen Anspruch auf Heilbehandlung. Der Beklagte bewilligte der Klägerin eine Einmalzahlung in Höhe von 12.000 DM und vom 1. Januar 2000 an eine nach der MdE um 30 v.H. bemessene Rente. Außerdem gab der Beklagte der Klägerin in dem Bescheid bekannt, die bei ihr mit Bescheid vom 8. November 1994 und den nachfolgenden Bescheiden festgestellten Ansprüche nach dem Bundes-Seuchengesetz seien am 1. Januar 2000 erloschen. Die Klägerin erhob gegen diesen Bescheid am 18. Oktober 2000 ohne Begründung Widerspruch.

Zur weiteren Ermittlung des medizinischen Sachverhalts holte der Beklagte von dem praktischen Arzt Dipl.-Med. Lindemann, nochmals von dem Psychiater und Neurologen Dr. W ... sowie von der Dipl.-Psychologin G ... Befundberichte ein.

Nach dem Bericht des die Klägerin seit 1995 als Hausarzt behandelnden Dipl.-Med. L ... vom 16. Februar 2001 befand sich die Klägerin derzeit ("Status praesens") in einem guten Allgemein- und verminderten Kräftezustand, im Einzelnen ohne krankhafte Befunde der klinischen und neurologischen Untersuchung; zum psychischen Gesundheitszustand führte er eine subdepressive Stimmungslage, eine chronische Schlafstörung und gesteigerte psychische und physische Erschöpfung an. Abschließend heißt es, der Allgemeinzustand habe sich innerhalb der letzten beiden Jahre verschlechtert. Dem Befundbericht waren aktuelle Laborbefunde beigefügt.

Dr. W ... teilte in seinem Befundbericht vom 27. März 2001 mit, die Klägerin sei nur noch einmal im April 1996 in seiner Behandlung gewesen. Zu diesem Zeitpunkt sei die von ihr empfundene psychische Belastung leicht gebessert gewesen. - Die Dipl.-Psychologin G ... hatte die Klägerin, wie aus den im Berufungsverfahren beigezogenen Behandlungsprotokollen ersichtlich ist, zunächst vom 3. Juli bis zum 4. November 1996 und erneut vom 17. Januar bis zum 1. März 2001 behandelt. In ihrem Befundbericht vom 7. Mai 2001 teilte sie dem Beklagten mit, die Klägerin sei wegen der nicht verarbeiteten iatrogenen (durch ärztlichen Fehler verursachten) Schädigung erstmals 1996 in ihrer Behandlung gewesen. Weiter heißt es: "Nach tiefenpsychologisch fundierter Therapie Besserung. Jetzt wieder vermehrt Unruhe, Stimmungstiefs, Angst und Schlafstörungen, schnell erschöpft, Konzentrationsmängel. Die Beschwerden hätten sich in den letzten zwei Jahren verstärkt". Die Psychologin G ... diagnostizierte eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (nach der ICD-10 [International Classification of Diseases, 10. Revision] Diagnose-Nr. F 43.22). Zusammenfassend meinte sie, die Klägerin sei durch den langen Instanzenweg immer wieder mit den tatsächlichen, aber auch den noch möglichen Folgen der Leberschädigung konfrontiert worden und habe sich auf der Grundlage ihrer sensitiven Persönlichkeitsstruktur oft unverstanden und in der Verliererposition erlebt, was zunehmend zu einer reaktiven Verstimmung geführt habe.

Der Beklagte holte von dem Hausarzt Dipl.-Med. L ... einen weiteren Befundbericht ein und beauftragte sodann die Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie Dipl.-Med. G ..., Oberärztin im St. Joseph-Krankenhaus in ..., mit der Erstellung des Gutachtens vom 4. September 2001. Bei ihrer Untersuchung im August des Jahres berichtete die Klägerin der Ärztin über die Zeit nach der Begutachtung im Dezember 1995, die Auseinandersetzungen um die Bewertung der Schädigung hätten sie nervlich sehr belastet. Nach Erlass des Abhilfebescheides des Beklagten habe sie durch eine Gleichstellung (gemeint: mit Schwerbehinderten) einen besseren Kündigungsschutz erreicht. Derzeit leide sie unter Depressionen, Angstzuständen, einer verminderten Merkfähigkeit und Konzentrationsmängeln. Sie sei oft lustlos und kaputt, könne aber im großen und ganzen damit leben. Die täglich vierstündige Arbeit im Kaufland an der Kasse belaste sie, lenke sie aber auch von ihren Zukunftsängsten etwas ab. Das Verhältnis zu ihrem Ehemann habe sich gebessert. Die Gutachterin berichtete über den Gesprächsverlauf, die Klägerin habe sich auf die Untersuchungssituation gut eingestellt und sich bemüht, auf alle Fragen konzentriert einzugehen. Sie sei länger als zwei Stunden in der Lage gewesen, sich zu konzentrieren, die Sachverhalte sich zu merken und adäquat wiederzugeben. Ihre Grundstimmung sei eher misstrauisch depressiv. Ihre Kränkbarkeit, das Gefühl, in ihrem Leben zu kurz gekommen zu sein, und die Verfolgung des Ziels, für das ihr geschehene Unrecht entschädigt zu werden, nähmen einen großen Raum ein. Sie neige dazu, alle negativen Dinge ihres Lebens nur als Folge der Hepatitis-Erkrankung zu sehen. Ihr Antrieb scheine wenig beeinträchtigt; zur Erledigung der Dinge des täglichen Lebens sei sie motiviert und in der Lage. Die Gutachterin diagnostizierte eine depressive Episode mit der eine leichte depressive Episode bezeichnenden Diagnose-Nr. F 32.0 ICD-10. Die von der Klägerin selbst und auch von den behandelnden Ärzten beschriebenen Symptome wie Unruhe, Stimmungstiefs, Angst, Schlafstörungen und Konzentrationsmängel, pessimistische Sicht der Zukunft, Aktivitätsmängel und schnelle Erschöpfbarkeit seien ein Teil der nach der ICD-10 für diese Diagnose maßgeblichen Merkmale. Nach einer zwischenzeitlichen Verbesserung ähnelten derzeit die von der Klägerin beschriebenen Probleme und Symptome wieder denen bei der letzten Begutachtung im Dezember 1995. Auch in ihrer Beurteilung stimmte die verhaltenstherapeutisch orientierte Sachverständige im Ergebnis dem Sachverständigen Dr. Tsch ... zu. Durch prämorbid Störungen nur begünstigt, seien die bei der Klägerin vorliegenden depressiven Zustände zum Teil eine Folge der Auseinandersetzung mit dem schädigenden Ereignis. Ein wesentlicher Faktor der Auslösung der Erkrankung sei die allgemeine existentielle Unsicherheit durch die veränderten gesellschaftlichen Verhältnisse. Die Klägerin habe dabei auf keine vor der Wende entwickelten Bewältigungsstrategien zurückgreifen können und lege nun ihre gesamte Energie in den Kampf um eine "gerechte Entschädigung", durch den sie am ehesten ihren depressiv-ängstlichen Stimmungen entgegen gehen könne. Die Sachverständige Dipl.-Med. G ... kam zu dem Ergebnis, die von ihr diagnostizierten depressiven Episoden seien eine Schädigungsfolge, wobei die Symptome einer Depression von den körperlichen Störungen einer Hepatitis-C-Erkrankung nicht klar abgrenzbar seien. Die Schädigungsfolge sei in ihrer psychosomatischen Gesamtheit wie zuvor mit einer MdE um 30 v.H. zu bewerten. Für den ärztlichen Dienst stimmte Dr. E ... dieser Beurteilung zu.

Mit Bescheid vom 19. November 2001 lehnte der Beklagte den Antrag der Klägerin vom 11. September 2000 ab, den er als Neufeststellungsantrag auslegte. Im Vergleich zu den dem Ausführungsbescheid vom 16. März 1999 zugrunde liegenden Verhältnissen sei eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) nicht eingetreten, da sich das psychische Beschwerdebild verglichen mit dem Befund des Sachverständigen Dr. Tsch ... in dem Gutachten vom Dezember 1995 im Ergebnis nicht verschlechtert habe. Der Bescheid werde Gegenstand des anhängigen Vorverfahrens. Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2002 bestätigte der Beklagte beide Bescheide.

Mit ihrer am 20. Februar 2002 beim damaligen Sozialgericht Dessau erhobenen Klage gegen diese Bescheide hat die Klägerin ihr Ziel einer Bewertung der anerkannten Schädigungsfolgen mit einer höheren MdE weiter verfolgt. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, die als weitere Schädigungsfolge anerkannte psychische Gesundheitsstörung sei mit einer Einzel-MdE um 30 v.H. in die Gesamtbewertung

einzubeziehen. Eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) werde durch den Befundbericht ihres Hausarztes vom 16. Februar 2001 belegt, nach dem sich ihr Allgemeinzustand in den letzten beiden Jahren verschlechtert habe. Da durch den Bescheid vom 19. November 2001 erstmals über Ansprüche nach dem AntiDHG entschieden worden sei, komme es zudem wohl nicht einmal auf eine wesentliche Änderung an.

Das Sozialgericht hat von dem die Klägerin seit Januar 2000 behandelnden Facharzt für Innere Medizin Dr. K ... den Befundbericht vom 26. März 2002 eingeholt, in dem eine Schilddrüsenoperation im Januar 2000 mitgeteilt worden ist. Der praktische Arzt Dipl.-Med. Li ... hat die hausärztliche Mitteilung vom 8. August 2002 eingereicht.

Wegen eines Antrags auf eine weitere Badekur hat am 17. September 2002 die Versorgungsärztin Dr. H ... die Klägerin untersucht und als behandlungsbedürftige Schädigungsfolge eine "chronisch aktive Hepatitis mit Speisunenverträglichkeit und psychischen Störungen insbesondere in Form von Angstzuständen und Depressionen" festgestellt. Ein Halswirbelsäulen-Syndrom mit in die linke Gesichtshälfte ausstrahlender Kopfschmerzsymptomatik und unspezifische Knie- und Handbeschwerden seien keine Schädigungsfolge. Der Beklagte hat der Klägerin für die Zeit vom 30. Januar bis zum 27. Februar 2003 eine Badekur in den L ... Kliniken, Bad K ..., gewährt. In dem vom Beklagten vorgelegten Abschlussbericht heißt es, durch die Rehabilitation sei eine Besserung des Allgemeinzustandes der Klägerin erreicht worden; sie klage aber noch über rezidivierende (wiederkehrende) depressive Verstimmungen und Schlafstörungen. Dem Bericht waren die erhobenen Laborwerte beigelegt.

Schon mit Schriftsatz vom 6. März 2003 hatte die Klägerin die Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. med. W ..., Oberärztin der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie der Medizinischen Hochschule H ..., beantragt, die das chronische Müdigkeitssyndrom ("Chronic Fatigue Syndrom" [engl. syndrome]) bei einer Hepatitis-C-Infektion erforsche. Am 9. Juli 2003 hat sich die Klägerin durch diese Ärztin ambulant untersuchen lassen und ist daraufhin zur differentialdiagnostischen Abklärung eines chronischen Müdigkeitssyndroms vom 26. bis 30. August des Jahres in der genannten Klinik stationär untersucht worden. In dem von der Klägerin vorgelegten Bericht vom 3. März 2004 haben der Kommissarische Klinikleiter Prof. Dr. B ..., die Oberärztin Prof. Dr. W ... und der Assistenzarzt Dr. E ... die folgenden Diagnosen gestellt: - Chronic Fatigue Syndrom bei bekannter Hepatitis-C-Infektion, Genotyp 1b. - Kognitive Defizite mit Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen. - Hepatitis-C-assoziierte Arthralgie (Gelenkschmerz) mit myalgieformen (muskelschmerzähnlichen) Beschwerden.

Die Klinikärzte haben berichtet, die auch mit kognitiven Defiziten einhergehenden Beschwerden durch das chronische Müdigkeitssyndrom würden in der Alltagsaktivität zu einer ausgeprägten Minderung der Arbeitsleistung und der Lebensqualität der Klägerin

führen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Tests zur "Müdigkeit" und zur Lebensqualität hätten diese subjektiven Beschwerden erhärtet. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung sind die Ärzte zunächst im Wege einer Ausschlussdiagnose zu der Auffassung gelangt, "am ehesten" komme ein Zusammenhang dieser Beschwerden mit der Hepatitis-C-Infektion in Betracht. Weder die klinische Untersuchung noch der betreffende neuropsychologische Test habe einen Hinweis auf eine portosystemische (d.h. hepatische) Enzephalopathie (Störung der Gehirnfunktion durch Giftstoffe infolge der Ausschaltung der Leber aus dem Pfortaderkreislauf) ergeben. Eine Lumbalpunktion, das Elektroenzephalogramm (EEG) und das Kernspintomogramm des Schädels hätten keinen Hinweis auf einen Tumor des Zentralen Nervensystems, eine epileptogene, immunologische oder eine infektiöse Ursache der Beschwerden erbracht. Weder anamnestisch noch laborchemisch ergebe sich ein Hinweis auf eine Narkolepsie (zwanghafte Schlafanfälle). In der psychiatrischen Exploration habe sich auch keine endogene Depression erheben lassen. Darüber hinaus haben die Klinikärzte ihre Annahme eines Zusammenhangs des chronischen Müdigkeitssyndroms mit der Hepatitis-C-Infektion auf eine amerikanische epidemiologische Studie aus dem Jahr 1999 sowie eine Messung der Bindung der Neurotransmitter Serotonin und Dopamin (Botenstoffe im Nervensystem) mittels einer "beta-Cit Spektroskopie" gestützt, die bei der Klägerin eine eingeschränkte Bindungsfähigkeit dieser beiden Neurotransmitter gezeigt habe. Allerdings sei der pathophysiologische Zusammenhang nach dem heutigen Stand der Wissenschaft noch unklar.

Das Sozialgericht hat sodann von dem Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Cl ... das Gutachten vom 14. August 2004 eingeholt. Die Klägerin hat bei ihrer Untersuchung am 21. Juli des Jahres angegeben, sie verspüre seit vier bis fünf Jahren eine chronische Müdigkeit. Ihr psychischer Zustand habe sich seit etwa 1995 verschlechtert. Sie sehe dafür keine anderen Gründe als die Lebererkrankung. Sie arbeite weiter bei Kaufland wöchentlich 19 Stunden, überwiegend am Infostand und gelegentlich an der Kasse. Ihre Ehe sei nach der Trennung im Jahre 2002 im Februar 2004 einvernehmlich geschieden worden. Das von der Familie seit 1980 bewohnte Eigenheim sei ihr übertragen worden. Sie wohne darin mit ihrem Sohn, der aber in der Woche auf Montage sei. Ihre Tochter lebe seit 2001 im Schwarzwald. Nach dem Bericht des Sachverständigen waren bei der Untersuchung die Konzentrationsfähigkeit, die Auffassungsgabe und die Merkfähigkeit nicht beeinträchtigt. Es hätten sich keine Anhaltspunkte für Simulation oder Aggravation gezeigt, aber Probleme, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu verbalisieren.

Auch auf die Ergebnisse seiner testpsychologischen Untersuchungen der Klägerin gestützt hat der Sachverständige Dr. Cl ... auf seinem Fachgebiet die folgenden Diagnosen gestellt: a) Reaktive Depression mit Somatisierung. b) Somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgiesyndrom). c) Selbstunsichere, abhängige und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur. In seiner Beurteilung hat er die von der Klägerin angegebenen depressiven Phasen auf ihre Persönlichkeitsstruktur zurückgeführt. Das von ihm bei der Klägerin diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom könne zahlreiche Ursachen haben. Das in der Medizinischen Hochschule H ... bei ihr festgestellte chronische Müdigkeitssyndrom sei nicht als extrahepatische Manifestation der chronischen Hepatitis C einzuordnen, sondern als Folge bzw. Begleiterscheinung des Fibromyalgiesyndroms und der Depression. Hierzu berief sich der Sachverständige Dr. Cl ... auf eine 2002 veröffentlichte epidemiologische Untersuchung australischer Forscher. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, die seit 1995 von der Klägerin geltend gemachte Verschlechterung im psychischen Bereich sowie das jetzt diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom und das chronische Müdigkeitssyndrom seien auf dem Boden der von ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstruktur mit Fehlverarbeitung zunehmender beruflicher und privater Belastungen entstanden. Eine psychische Schädigungsfolge sei bei ihr nicht feststellbar. Durch die chronische Hepatitis seien auf nervenärztlichem Gebiet auch keine Gesundheitsstörungen verschlimmert worden. Die Schädigungsfolge und die MdE seien daher allein aus internistischer Sicht zu bewerten.

Darüber hinaus hat Dr. Cl ... gegen die psychiatrischen Vorgutachten eingewendet, es bleibe unklar, ob es sich bei der von Dr. Tsch ... auf psychischem Gebiet gesehenen und mit einer Einzel-MdE um 10 v.H. bewerteten Schädigungsfolge um die üblichen oder um

außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen handele. Wenn es sich bei der festgestellten psychoreaktiven Gesundheitsstörung um eine übliche seelische Begleiterscheinung handele, dürfte die internistische MdE um 20 v.H. nicht – wie in dem Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 6. September 1996 – um die Teil-MdE von 10 v.H. auf psychischem Gebiet erhöht werden.

Nach ihrem in der mündlichen Verhandlung vom 14. Juni 2005 gestellten Antrag hat die Klägerin neben der Anfechtung der Bescheide vom 18. September 2000 und 19. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Januar 2002 mit ihrem Verpflichtungs- und Leistungsbegehren die Feststellung einer MdE um 40 v.H. und die Gewährung einer Rente nach dieser MdE ab September 2000 verlangt.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 14. Juni 2005 abgewiesen und ausgeführt: In den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass der angefochtenen Bescheide vorgelegen hätten, seien keine wesentlichen Änderungen im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten. Der Beurteilung seien die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Ausgabe von 2004, zugrunde zu legen. Nach der MdE-Tabelle für die Bewertung einer chronischen Hepatitis (Nr. 26.10, S. 82), deren Kriterien schon durch das Rundschreiben des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 6. April 2001 weiter konkretisiert worden seien, bedinge die bei der Klägerin vorliegende Schädigung auf internistischem Fachgebiet als eine chronische Hepatitis mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität eine MdE um 30 v.H. Auf psychischem Fachgebiet sei die MdE nicht höher als mit 10 v.H. zu bewerten. Die bei der Klägerin diagnostizierte Chronifizierung einer Neurose mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen habe sich nicht aufgrund des Impfschadens verschlimmert. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. Cl ... seien die depressiven Phasen der Persönlichkeitsstruktur der Klägerin zuzuordnen. Insgesamt sei eine höhere MdE als 30 v.H. nicht gerechtfertigt.

Am 20. Juli 2005 hat die Klägerin beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt gegen das ihr am 11. des Monats zugestellte Urteil Berufung eingelegt.

Zur Begründung der Berufung hat die Klägerin zunächst eine Reihe schon im ersten Rechtszug vorgebrachter Einwände gegen das Gutachten des Sachverständigen Dr. Cl ... wiederholt. Die in den Anhaltspunkten (Nr. 26.10) zugrunde gelegte Abgrenzung zwischen "üblichen Befindlichkeitsstörungen" und zusätzlich zu berücksichtigenden "extrahepatischen Manifestationen" sei ungeklärt. Die Klägerin hat dann vor allem geltend gemacht, das von der Medizinischen Hochschule H ... bei ihr diagnostizierte chronische Müdigkeitssyndrom sei bei der Bemessung der MdE zusätzlich zu berücksichtigen. Dieses Müdigkeitssyndrom werde im Wesentlichen nicht durch seelische Störungen verursacht, sondern sei nach der neueren Forschung Folge einer "neuroimmunologischen" Regulationsstörung nach einer Infektionskrankheit. Bei ihrer Untersuchung in Hannover im August 2003 sei eine Störung der Neurotransmission festgestellt worden. Für die Bejahung eines Ursachenzusammenhangs mit der HCV-Infektion sei eine abschließende Klärung der neurologischen Abläufe nicht erforderlich. Zum chronischen Müdigkeitssyndrom bei HCV-Infektionen hat die Klägerin Fachartikel von Prof. Dr. W ... und britischer Forscher aus dem Jahre 2006 sowie zuletzt ein Schreiben des Hepatitis-Experten Prof. Dr. N ... an den Deutschen Verein HCV-Geschädigter e.V. vom 20. 11. 2007 vorgelegt.

Für die Zeit vom 26. Februar bis 26. März 2007 hat der Beklagte der Klägerin erneut eine stationäre Badekur in den L ... Kliniken, Bad Ki ..., gewährt. In dem von ihm vorgelegten Entlassungsbericht vom 26. März des Jahres sind als Rehabilitationsdiagnose eine "Psychovegetative Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" sowie weitere, nicht streitgegenständliche Gesundheitsstörungen genannt. Zu ihren funktionellen Einschränkungen hatte die Klägerin angegeben, wegen der reduzierten Belastbarkeit müsse sie bei der Haushaltführung tagsüber mehrere Pausen einlegen. Bei der Teilzeitbeschäftigung komme sie mit der körperlichen Belastung zurecht; bei bekannten Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit bestünden schon seit Jahren zunehmende Probleme.

Die Klägerin hält auch in Kenntnis des vom Senat eingeholten Gutachtens des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. B ... daran fest, das auch nach dessen Beurteilung bei ihr vorliegende chronische Müdigkeitssyndrom stehe mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit mit der als Schädigungsfolge anerkannten Hepatitis C in ursächlichem Zusammenhang. Sie ist der Auffassung, jedenfalls seien die Grundsätze der von dem Sachverständigen vorgeschlagenen Kann-Versorgung auch im Rahmen des Anti-D-Hilfegesetzes anwendbar, und beruft sich hierzu auf ein von ihr vorgelegtes Rundschreiben des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. 2. 2001.

Auf Anregung des Senats und mit Zustimmung der Klägerin hat der Beklagte über die von der Klägerin begehrte Feststellung eines chronischen Müdigkeitssyndroms als weitere Schädigungsfolge durch einen neuen Verwaltungsakt entschieden. Mit Bescheid vom 29. Januar 2008, der Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden sei, hat er durch das Referat Versorgungsamt des Landesverwaltungsamtes den Antrag auf eine Neufeststellung dieses Inhalts nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) abgelehnt. Zur Begründung hat er angeführt, es sei keine wesentliche Änderung eingetreten, die einen höheren als den festgestellten Leistungsanspruch begründen könne. Zwar leide die Klägerin an Symptomen und Befindlichkeitsstörungen wie Abgeschlagenheit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Antriebschwäche. Obwohl Störungen dieser Art grundsätzlich auch mit der Diagnose eines chronischen Müdigkeitssyndroms zu vereinbaren seien, sei diese Diagnose keineswegs gesichert. Hierzu hat sich der Beklagte auf den Entlassungsbericht der L ... Kl ... über die Rehabilitation im März 2007 und über die Schilderung ihres Alltags bei ihrer Begutachtung durch den Sachverständigen B ... berufen. Die geklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und das Abgeschlagenheitsgefühl seien als übliche Befindlichkeitsstörungen der chronischen Hepatitis C zuzuordnen und begründeten keine gesonderte Bewertung.

In der mündlichen Verhandlung des Senats am 30. Januar 2008 hat in einem Teilvergleich die Klägerin ihren Antrag vom 11. September 2000 und der Beklagte seinen Bescheid vom 19. November 2001 zurückgenommen. Der Beklagte hat im Wege eines von der Klägerin angenommenen Teilerkenntnisses mit Wirkung vom 1. Januar 2000 die bei dieser anerkannte Schädigungsfolge "Psychoreaktive Gesundheitsstörung" als "Psychoreaktive Gesundheitsstörung bei psychovegetativer Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" bezeichnet.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 14. Juni 2005 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 18. September 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Januar 2002 abzuändern und den Bescheid vom 29. Januar 2008 aufzuheben und den Beklagten zu

verurteilen, bei ihr mit Wirkung vom 1. Januar 2000 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H. bzw. einen Grad der Schädigungsfolgen von 40 festzustellen und ihr eine um 3.000 DM höhere Einmalzahlung sowie vom 1. Januar 2000 an die Rente in nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H. bzw. nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 40 bemessener Höhe zu gewähren und bei ihr mit Wirkung vom 1. September 2003 als weitere Folge der Hepatitis-C-Virus-Infektion ein chronisches Müdigkeitssyndrom anzuerkennen, hilfsweise, ihr hierzu unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts einen neuen Bescheid zu erteilen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 29. Januar 2008 abzuweisen.

Er hält auch nach dem Ergebnis der Ermittlungen des Senats die Berufung für unbegründet.

Der Beklagte hat die Stellungnahmen seiner Prüfvärztin Dr. W ... vom 16. März 2006, 28. August 2006, 10. Dezember 2007 und 16. Januar 2008 vorgelegt. Nach deren Auffassung sind mögliche seelische Begleiterscheinungen der Hepatitis bereits in der MdE um 30 v.H. mitberücksichtigt, die großzügig bemessen sei. Die weiteren bei der Klägerin vorliegenden seelischen Störungen, denen die Prüfvärztin auch das chronische Müdigkeitssyndrom zugeordnet hat, seien nicht überwiegend schädigungsbedingt. Die Voraussetzungen für eine Kann-Versorgung lägen nach den Anhaltspunkten nicht vor. Selbst wenn die seelischen Probleme mit der Hepatitis in einem wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang stünden, würden sie keine zusätzliche Bewertung rechtfertigen, weil die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht relevant eingeschränkt sei.

Der Berichterstatter hat zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts im Februar 2006 von der Dipl.-Psych. G ... die Unterlagen über die Klägerin beigezogen, darunter die Behandlungsprotokolle über die Zeiträume vom 3. Juli 1996 bis 4. November 1997 und vom 17. Januar bis 1. März 2001 sowie ein Bericht der Oberärztin Prof. Dr. W ... über die ambulante Untersuchung der Klägerin am 9. Juli 2003.

Im Auftrag des Senats hat der Chefarzt der Klinik für Neurologie und Schlafmedizin des Fachklinikums U ... Dr. B ... aufgrund einer Untersuchung der Klägerin am 29. Juni 2007 und einer testpsychologischen Untersuchung durch die Dipl.-Psychologin Sch ... am 5. September des Jahres das Gutachten vom 22. Oktober 2007 erstellt. Die Klägerin hat dem Sachverständigen berichtet, im November 2005 seien wegen eines Myoms die Gebärmutter und ein Eierstock entfernt worden. Sie werde weiterhin, derzeit in unterschiedlicher Frequenz, von der Dipl.-Psychologin G ... behandelt. Sie habe zu ihrem Sohn, der am Wochenende komme, und ihrer Tochter ein gutes Verhältnis. Sie habe einen neuen Lebenspartner, mit dem sie aber nicht ständig zusammen lebe. Über ihren Tagesablauf hat sie berichtet, bei einem mit dem Auto zurückgelegten Arbeitsweg von 20 km arbeite sie in Wechselschicht von morgens bis mittags oder von 11 bis 15 Uhr. Wenn sie nach der Arbeit nach Hause komme, schaue sie bei ihren Eltern vorbei. Die Arbeit sei für sie anstrengend. Sie habe aber alle beruflichen und privaten Probleme gelöst. Nur die ganz anderen Probleme seien die gleichen geblieben. Sie fühle sich jeden Tag müde, könne sich schlecht konzentrieren, sei leicht erschöpfbar und habe häufig Denkblokkaden und black outs. In den letzten Jahren hätten sich die Beschwerden verstärkt. Im Wesentlichen handele es sich um die bereits seit 2004 bestehenden Beschwerden. Die körperliche und neurologische Untersuchung durch den Sachverständigen hat keinen erheblichen krankhaften Befund ergeben. Im EEG hat der Sachverständige Zeichen einer leichten Funktionsstörung tieferliegender Hirnstrukturen unter Provokationsbedingungen gefunden. Die Dipl.-Psychologin Sch ... hat in ihrem testpsychologischen Zusatzgutachten die Erklärung für sehr schlechte Ergebnisse der Intelligenz- und Konzentrationstests in mangelnder Mitarbeit der Klägerin gesehen. Die Tests zur Depressions- und Beschwerdediagnostik hätten eine Neigung zur Dramatisierung gezeigt.

In Zusammenfassung der Vorgeschichte hat der Sachverständige Dr. B ... bei der Klägerin ein "komplexes Störungsbild" festgestellt, wobei sich die diagnostische Einordnung der bestehenden Beschwerden kompliziert gestaltet habe. Das bei ihr 2004 diagnostizierte chronische Müdigkeitssyndrom nach Hepatitis-C-Virus-Infektion befinde sich noch in der wissenschaftlichen Erforschung; die zugrunde liegenden "Pathomechanismen" und die Relevanz der bildgebenden Befunde seien noch nicht endgültig geklärt. Die bei der Klägerin seit Mitte der 90er Jahre aufgetretenen depressiven Episoden seien in den Vorgutachten als durch familiäre und berufliche Belastungen mitverursacht angesehen worden und hätten sich unter Behandlung gebessert. Zudem seien seit dem Jahr 2000 bei der Klägerin die Untersuchungsbedingungen erschwert, weil sie über die bisherige Einstufung ihrer Beschwerden durch den Beklagten verbittert sei und aufgrund des in ihrer Persönlichkeit liegenden Ungerechtigkeitserlebens Fragen tendenziell beantworte. Eine genauere Ausdifferenzierung des psychischen Befunds sei daher jetzt und auf absehbare Zeit nicht möglich. - Nunmehr fast 20 Jahre seit der Schädigung durch die Anti-D-Prophylaxe bestehe bei der Klägerin eine chronische Hepatitis ohne wesentliche Progression, wenn auch zeitweilig mit geringer entzündlicher Aktivität. Nach dem von der Klägerin vorgelegten Fachartikel britischer Forscher aus dem Jahre 2006 könnten indes bei Patienten mit einer Hepatitis-C-Infektion auch im Falle minimaler oder fehlender Lebererkrankungen leichte, aber signifikante kognitive Funktionsstörungen auftreten. Die Untersuchungsergebnisse der Medizinischen Hochschule Hannover sprächen dafür, dass die Klägerin eine derartige sich derzeit noch in Erforschung befindende Störung aufgrund der Hepatitis-C-Infektion haben könne.

Zu den Beweisfragen nach den in dem Zeitraum seit dem 1. Januar 2000 auf psychischem und neurologischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen und ihrer Beurteilung als Schädigungsfolgen hat der Sachverständige ausgeführt: In dem Zeitraum seit Januar 2000 hätten bei der Klägerin auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet folgende Gesundheitsstörungen vorgelegen (mit den Diagnoseschlüssel-Nummern nach der ICD-10): - psychovegetative Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung (chronisches Müdigkeitssyndrom - G 93.3, F 09.0, F 48.0); - psychoreaktive Gesundheitsstörung (Anpassungsstörung - F 43.2); - rezidivierende depressive Episode - F 32.1-2. Die von dem chronischen Müdigkeitssyndrom umfassten Störungen seien nach der ICD-10 nur eingeschränkt verschlüsselbar, da es dafür keinen gesonderten Diagnoseschlüssel gebe. Die von dem Sachverständigen Dr. Cl ... diagnostizierte Fibromyalgie habe er nicht feststellen können. Die vom Beklagten als Schädigungsfolge anerkannte "Psychoreaktive Gesundheitsstörung" bezeichne die bei der Klägerin Mitte der 90er Jahre aufgetretene depressive Anpassungsstörung und erfasse zum Teil Symptome des später diagnostizierten chronischen Müdigkeitssyndroms mit. Die anerkannte Schädigungsfolge habe sich jedoch mehr auf die damaligen psychischen Belastungen bezogen, die von der Persönlichkeit der Klägerin mitgeprägt gewesen seien. Diese Schädigungsfolge könne aber so weiter bezeichnet werden. Die depressiven Episoden seien nicht "hauptursächlich" auf diese Schädigungsfolge zurückzuführen und würden zudem nach einiger Zeit, wie hier ab 1996/97, wieder abklingen. Er empfehle, das chronische Müdigkeitssyndrom im Rahmen einer Kann-Versorgung als Folge der als Schädigungsfolge anerkannten chronischen Hepatitis C im Sinne der Entstehung anzuerkennen. Die zur Anerkennung des chronischen Müdigkeitssyndroms als Folge der Schädigung erforderliche

Wahrscheinlichkeit sei nur deshalb nicht gegeben, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit bestehe. Im Sinne der Unterscheidung zwischen "üblichen Befindlichkeitsstörungen" und "extrahepatitischen Manifestationen" in Nr. 26.10 der Anhaltspunkte von 2004 sei die als Schädigungsfolge bereits anerkannte "Psychoreaktive Gesundheitsstörung" als übliche Befindlichkeitsstörung bereits in der Bewertung der Hepatitis C mit einer MdE um 30 v.H. berücksichtigt. In den Anhaltspunkten von 2004 spiegele sich aber nur das ärztliche Wissen bis 2004 wider. In der neueren Fachliteratur zum chronischen Müdigkeitssyndrom würden immunvermittelte neurofunktionale Veränderungen im Rahmen chronischer Hepatitis-Infektionen postuliert, die sich in verifizierbaren kognitiven Funktionsstörungen manifestierten und mit den bildgebenden Befunden korrelierten. Danach sei das chronische Müdigkeitssyndrom als extrahepatitische Manifestation einzuordnen und als zusätzliche Beeinträchtigung mit einer Einzel-MdE zu bewerten. Zu der Frage nach der schädigungsbedingten MdE hat der Sachverständige vorgeschlagen, die chronische Hepatitis C mit geringer entzündlicher Aktivität mit 30 v.H., die psychoreaktive Gesundheitsstörung mit 10 v.H., das chronische Müdigkeitssyndrom mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung mit 20 v.H. und die Gesamt-MdE mit 40 v.H. zu bewerten.

Der Beklagte hat bereits vor Erlass des Bescheides vom 29. Januar 2008 schriftsätzlich gegen den Vorschlag des Sachverständigen Dr. B ... das von ihm bei der Klägerin diagnostizierte chronische Müdigkeitssyndrom im Wege einer Kann-Versorgung anzuerkennen, eingewendet, auch in der Fassung von 2008 der Anhaltspunkte sei das chronische Müdigkeitssyndrom nicht in Nr. 108, Abschn. 3, als eine der Gesundheitsstörungen aufgeführt, die in der Wissenschaft als extrahepatitische Manifestation einer Hepatitisinfektion anerkannt seien. Wie in dem von der Klägerin vorgelegten Rundschreiben "klargestellt" worden sei, sei zwar auch bei der Durchführung des AntiDHG im Einzelfall unter Zugrundelegung der Anhaltspunkte Nr. 39 eine Kann-Versorgung zu prüfen. Es sei aber schon fraglich, ob das bei der Klägerin vorliegende heteromorphe Krankheitsbild die diagnostischen Merkmale eines chronischen Müdigkeitssyndroms als "eigenständiges Krankheitsbild" erfülle, die der Beklagte dem Artikel "Chronisches Erschöpfungssyndrom" in der freien Enzyklopädie Wikipedia entnommen hat. Jedenfalls sei das chronische Müdigkeitssyndrom einer Kann-Versorgung nicht zugänglich, da es auch in der neuesten Fassung der Anhaltspunkte Nr. 39 nicht in die Liste der Krankheiten aufgenommen worden sei, bei denen eine Kann-Versorgung in Betracht komme, und daraus zu schließen sei, dass die zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen bisher nicht wenigstens eine fundierte Arbeitshypothese erbracht hätten. Diesem Argument hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin in der mündlichen Verhandlung des Senats entgegengehalten, nach Nr. 39 der Anhaltspunkte könne auch bei dort nicht genannten Leiden eine Kann-Versorgung in Betracht gezogen werden.

Das beklagte Land ist im vorliegenden Verfahren bis zum 31. Dezember 2003 durch das Landesamt für Versorgung und Soziales vertreten worden. Dieses Amt ist durch § 1 des Gesetzes zur Einrichtung des Landesverwaltungsamtes, das als Art. 1 des Gesetzes zur Neuordnung der Landesverwaltung vom 17. 12. 2003 (GVBl. LSA S. 352) am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, aufgelöst worden. Seine Aufgaben sind nach § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Einrichtung des Landesverwaltungsamtes auf dieses übergegangen.

Wegen der Einzelheiten wird auf den Akteninhalt verwiesen. Die Akte des Beklagten über die Klägerin - Antragsl.-Nr. 23/93 - mit dem Beiheft über die Heil- und Krankenbehandlung und die Akten des früheren Sozialgerichts Dessau auch über das Verfahren - S 5 VI 3/96 - haben dem Senat in der mündlichen Verhandlung vorgelegen und sind der Entscheidung zugrunde gelegt worden.

Entscheidungsgründe:

A

Der Senat kann in der Sache entscheiden. Das beklagte Land hat im vorliegenden Verfahren seine Prozessfähigkeit im Sinne von [§ 71 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch die Neuordnung seiner Versorgungsverwaltung nicht verloren, weil die Anforderungen des [§ 71 Abs. 5 SGG](#) an seine Vertretung, die nach § 12 Satz 2 AntiDHG auch hier gelten, jedenfalls derzeit noch erfüllt sind. Hierzu wird auf das Urteil des Senats vom 19. 2. 2004 - [L 7 \(5\) SB 8/02](#) - JMBl. LSA 2004, S. 111, Bezug genommen.

B

Die Berufung ist nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig.

Die Berufung ist auch insoweit statthaft, als die Klägerin für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. August 2000 höhere Hilfen begehrt. Zwar hat das Sozialgericht in Übereinstimmung mit dem in der mündlichen Verhandlung von der Klägerin gestellten Antrag hierüber in seinem Urteil nicht entschieden. Nach [§ 123 SGG](#) hat das Berufungsgericht aber durch eigene Auslegung des Vorbringens der Klägerin in der ersten Instanz zu ermitteln, welchen Anspruch sie wirklich erhoben hat, und über dieses Begehren zu entscheiden, wenn der förmliche Klageantrag, über den das Sozialgericht entschieden hat, damit nicht übereinstimmt (vgl. BSG v. 11. 11. 1987 - [9a RV 22/85](#) - [Zfs 1988, 46](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Denn die Klage ist zwar zulässig (nachfolgend I.), aber unbegründet (nachfolgend II.).

I.

Die Klage ist nach [§ 54 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#) als verbundene Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage statthaft und mit dem in der mündlichen Verhandlung des Senats gestellten Antrag auch im Übrigen zulässig.

1. Der Zulässigkeit der Klage für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. August 2000 steht nicht entgegen, dass die Klägerin in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 14. Juni 2005 und in ihrer Berufungsbegründung vom 2. September 2005 die Feststellung einer höheren MdE und Gewährung einer entsprechend höheren Rente erst ab September 2000 beantragt hat. Nach [§ 123 SGG](#) entscheidet das Gericht über die vom Kläger - bzw. hier von der Klägerin - erhobenen Ansprüche, ohne an die Fassung der Anträge gebunden zu sein.

Der von der Klägerin in ihrer Klageschrift vom 20. Februar 2002 gestellte Antrag ist dahin auszulegen, dass die begehrten Regelungen bereits zum 1. Januar 2000 wirksam werden sollten. Allerdings ist nach dem Wortlaut des in der Klageschrift gestellten Antrags das

Leistungsbegehren insoweit enger als das Anfechtungsbegehren, als die Klägerin beantragt hat, ihr "ab Antragstellung" Beschädigtenversorgung nach einer höheren MdE zu gewähren. Damit hat sie sich auf den Bescheid vom 19. November 2001 bezogen, mit dem der Beklagte ihren Antrag vom 11. September 2000 abgelehnt hatte und der nach [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Vorverfahrens geworden war. Die Klägerin hat aber in ihrer vor Ablauf der Klagefrist beim Sozialgericht eingegangenen Klageschrift auch den Bescheid vom 18. September 2000 angefochten, durch den der Beklagte von Amts wegen ihre Rechte nach dem AntiDHG rückwirkend zum 1. Januar 2000 geregelt hat und gegen den die Klägerin am 18. Oktober 2000 Widerspruch erhoben hat. In dem nicht begründeten Widerspruchsschreiben und im weiteren Vorverfahren findet sich kein Anhalt dafür, dass die Klägerin ihren Widerspruch auf den Zeitraum ab dem 11. September 2000 beschränken wollte. Zudem ist auch dem Vorbringen der Klägerin zu der in ihrem Antrag vom 11. September 2000 geltend gemachten Verschlechterung ihrer psychischen Verfassung nicht zu entnehmen, dass diese Verschlechterung erst nach dem 1. Januar 2000 eingetreten wäre.

Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. August 2000 fehlt es auch nicht an dem nach § 11 Abs. 2 AntiDHG in Verbindung mit [§ 78 SGG](#) für die Zulässigkeit der Klage erforderlichen Vorverfahren. Denn mit dem Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2002 hat der Beklagte ausdrücklich über den Widerspruch vom 18. Oktober 2000 entschieden und auch die Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 18. September 2000 bestätigt. Damit umfasst die Entscheidung über den Widerspruch auch den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. August 2000. Der Beklagte hat zwar übersehen, dass er zu prüfen hatte, ob die von der Klägerin angegebene verschlechterte psychische Verfassung schon zu Beginn des Jahres 2000 vorgelegen hatte. Dies ist aber nur ein Begründungsfehler. Durch diesen Begründungsfehler des Beklagten ist erklärbar, dass die Klägerin in ihrer Klageschrift die begehrte höhere Leistung erst ab Antragstellung beantragt hat. Dann kann aber hieraus nicht geschlossen werden, dass sie ihre Klage gegen den Bescheid vom 18. September 2000 auf den Zeitraum ab Antragstellung beschränken wollte.

Daraus folgt, dass die Klage sich auch gegen die Bemessung der Einmalzahlung nach einer MdE um 30 statt 40 v.H. in dem Bescheid vom 18. September 2000 richtet. Zwar sind die Rente nach § 3 Abs. 1 und 2 AntiDHG, deren Erhöhung die Klägerin in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts nur beantragt hat, und die Einmalzahlung nach § 3 Abs. 1 und 3 AntiDHG verschiedene Leistungen. Die Klägerin hat aber von Anfang an zur Begründung ihres Begehrens geltend gemacht, die Schädigungsfolge sei mit einer höheren MdE zu bewerten. Die in der Klageschrift beantragte "Beschädigtenversorgung" nach einer MdE um mindestens 40 v.H. ist daher in einem die Einmalzahlung umfassenden Sinne auszulegen.

2. Die Klage ist auch nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage statthaft, soweit die Klägerin beantragt hat, den Beklagten zur Feststellung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H. bzw. eines Grades der Schädigungsfolgen von 40 zu verpflichten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fehlt es zwar im Kriegsofferrecht an einer Rechtsgrundlage für eine unabhängig von einer Rentengewährung getroffene Feststellung eines ziffernmäßig bestimmten Von-Hundert-Satzes der MdE (vgl. BSG v. 13. 3. 1985 - [9a RV 10/83](#) - in Juris Abs. 9, m.w.N.). Die Feststellung der MdE bzw. des GdS gehört aber zu den "Voraussetzungen für die Gewährung der finanziellen Hilfen nach Absatz 1", die nach der Sonderregelung des § 3 Abs. 4 Satz 2 AntiDHG "festgestellt" werden. So hat der Beklagte auch in Ziffer 2 des hier angefochtenen Bescheids vom 18. September 2000 zur Höhe der MdE eine Regelung getroffen, die zwanglos als (feststellender) Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 Satz 1 SGB X](#) auszulegen ist.

Die "Minderung der Erwerbsfähigkeit" ist für die Zeit vom 21. Dezember 2007 an als "Grad der Schädigungsfolgen" zu bezeichnen. Dies ergibt sich aus der Neufassung des § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG durch Art. 1 und des § 3 AntiDHG durch Art. 3 des Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts vom 13. 12. 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)). Beide Artikel sind nach Art. 21 Abs. 1 dieses Gesetzes am 21. des Monats in Kraft getreten.

3. Die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist auch zulässig, soweit sie sich gegen den Bescheid vom 29. Januar 2008 richtet, da die Ablehnung der Feststellung eines chronischen Müdigkeitssyndroms als weitere Schädigungsfolge durch diesen Bescheid nach [§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 96 SGG](#) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden ist. Denn die Klägerin hatte in diesem Verfahren zuvor zur ergänzenden Begründung der begehrten Bemessung der ihr gewährten Rente nach einer MdE um 40 v.H. geltend gemacht, das bei ihr nun vorliegende chronische Müdigkeitssyndrom sei eine zusätzliche Schädigungsfolge, und damit einen Anspruch auf deren Feststellung erhoben. Über diese Klage hatte der Senat erstinstanzlich zu entscheiden. Das Klagebegehren umfasst die nachrangig als Anspruchsgrundlage geltend gemachte Kann-Versorgung wegen eines chronischen Müdigkeitssyndroms, da diese dieselbe Leistung betrifft und dafür nur andere Voraussetzungen aufstellt (vgl. BSG v. 16. 3. 1994 - [9 RV 11/93](#) - [SozR 3-3100 § 1 Nr. 14](#)). Ob das Anti-D-Hilfegesetz für eine Kann-Versorgung eine Rechtsgrundlage enthält, ist eine Frage der Begründetheit.

II.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Der Beurteilung der von der Klägerin erhobenen Ansprüche sind die folgenden rechtlichen Maßstäbe zugrunde zu legen:

Nach § 3 Abs. 2 und 3 AntiDHG richtet sich die Höhe der der Klägerin durch den Bescheid vom 19. November 2001 bewilligten Hilfen nach dem Hundertsatz der Minderung der Erwerbsfähigkeit (alte Fassung) bzw. dem Grad der Schädigungsfolgen (neue Fassung). Nach Absatz 4 Satz 1 des § 3 AntiDHG bestimmt sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Grad der Schädigungsfolgen nach § 30 Abs. 1 und § 31 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG).

In der bis zum 21. Dezember 2007 geltenden Fassung des § 30 Abs. 1 BVG (Bekanntmachung vom 22. 1. 1982, [BGBl. I S. 21](#)) waren und in der seitdem geltenden Neufassung der Vorschrift durch das Gesetz vom 13. 12. 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) sind die Grundsätze geregelt, nach denen die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beurteilen war und nach der Neufassung der Grad der Schädigungsfolgen zu beurteilen ist. Nach der alten Fassung des § 30 Abs. 1 BVG war die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren (Satz 1). Für die Beurteilung war maßgebend, um wie viel die Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folgen einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörungen beeinträchtigt waren (Satz 2). Nach der Neufassung ist der Grad der Schädigungsfolgen nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als

Schädigungsfolge anerkannter körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen (Satz 1). Der Grad der Schädigungsfolgen ist nach Zehnergraden von 10 bis 100 zu bemessen; ein bis zu fünf Grad geringerer Grad der Schädigungsfolgen wird vom höheren Zehnergrad mit umfasst (Satz 2). Mit der Änderung der Begrifflichkeit hat der Gesetzgeber keine Änderung in der Sache beabsichtigt (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung, [BR-Drucks. 541/07, S. 68](#), 80).

Den "als Folgen einer Schädigung anerkannter Gesundheitsstörungen" in der alten Fassung bzw. den "als Schädigungsfolge anerkannter körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen" in der Neufassung des § 30 Abs. 1 Satz 1 BVG entsprechen nach dem Anti-D-Hilfegesetz die "durch die Hepatitis-C-Virus-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen". Während aber in § 1 Abs. 3 BVG die Voraussetzungen der Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung geregelt sind, enthält das Anti-D-Hilfegesetz hierzu keine ausdrückliche Regelung. Soweit im vorliegenden Fall die Entscheidung über den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Anerkennung einer weiteren Schädigungsfolge dies erfordert, ist daher durch Auslegung des Anti-D-Hilfegesetzes zu ermitteln, ob und inwieweit die Regelungen des § 1 Abs. 3 BVG entsprechend anzuwenden sind.

Nach der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 3 AntiDHG (a.a.O., S. 9) ist der Maßstab für die Minderung der Erwerbsfähigkeit, die sich gemäß Absatz 4 der Vorschrift nach § 30 Abs. 1 BVG bestimmt, in den vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (bzw. ab 2004 "Schwerbehindertenrecht – Teil 2 SGB IX") festgelegt. Allerdings können die Anhaltspunkte nicht eine erforderliche gesetzliche Grundlage ersetzen (vgl. BSG v. 29. 8. 1990 – 9a/9 RVs 7/98 – [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#), S. 6 f., unter Hinweis auf [§ 31](#) Erstes Buch des Sozialgesetzbuchs – SGB I). Sie dürfen daher nicht als Rechtsgrundlage, sondern nur zur Beurteilung der medizinischen Sachverhalte herangezogen werden, die nach dem Anti-D-Hilfegesetz und den danach entsprechend anzuwendenden Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes erheblich sind. Insofern sind die Anhaltspunkte nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, deshalb normähnliche Auswirkungen haben und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung in ihrer jeweiligen Fassung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden sind (vgl. BSG v. 9. 4. 1997 – [9 RVs 4/95](#) – [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#), S. 77; v. 18. 9. 2003 – [B 9 SB 3/02 R](#) – [SozR 4-3250 § 69 Nr. 2](#), S. 10 ff.; jeweils m.w.N.).

Im streitgegenständlichen Zeitraum sind die Anhaltspunkte in den Fassungen von 1996, 2004 und 2008 anzuwenden. Auch die Ausgabe von 2008 gilt der Einleitung zufolge weiter wie eine untergesetzliche Norm und als antizipiertes Sachverständigengutachten. Sie enthält alle bis zum 31. Dezember 2007 beschlossenen Änderungen (a.a.O., S. 1). Die hier heranzuziehenden Abschnitte der Anhaltspunkte stimmen in den drei Fassungen überein, soweit nicht im Folgenden ausdrücklich auf Änderungen hingewiesen wird.

Soweit die Klägerin mit Wirkung vom 1. Januar 2000 eine Erweiterung der Bezeichnung der als Schädigungsfolge bereits anerkannten "Psychoreaktiven Gesundheitsstörung" und nach einer MdE um 40 v.H. bemessene Hilfen beantragt hat, haben die erhobenen Ansprüche nicht zur Voraussetzung, dass im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Ausführungsbescheides vom 16. März 1999 bzw. bei Abgabe des durch diesen Bescheid ausgeführten Anerkenntnisses vom 16. Juli 1997 vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten ist. Zwar ist nach § 11 Abs. 2 AntiDHG bei der Durchführung dieses Gesetzes das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch anzuwenden. Nach § 13 Abs. 2 Satz 2 AntiDHG erlöschen aber nach dem Bundes-Seuchengesetz festgestellte Ansprüche, soweit sie auf einem Tatbestand des § 1 AntiDHG beruhen. In dem Bescheid vom 19. November 2001 hat der Beklagte festgestellt, dass dies bei der Klägerin der Fall ist. Die Frage, ob der Beklagte aus Gründen des rechtsstaatlichen Vertrauensschutzes in verfassungskonformer Auslegung des Anti-D-Hilfegesetzes an die Betroffenen begünstigende Regelungen in früheren Bescheiden nach dem Bundes-Seuchengesetz gebunden ist, stellt sich hier nicht, weil die Klägerin durch die Regelungen ihres Anspruchs nach dem Anti-D-Hilfegesetz in dem Bescheid vom 19. November 2001 gegenüber dem Bescheid vom 16. März 1999 nicht schlechter gestellt worden ist.

Dagegen hat der Beklagte in seinem Bescheid vom 29. Januar 2008 zutreffend nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) geprüft, ob ein chronisches Müdigkeitssyndrom als weitere Schädigungsfolge festzustellen ist. Soweit die Klägerin im Verfahren vor dem Landessozialgericht außerdem die Anerkennung eines chronischen Müdigkeitssyndroms als weitere Folge der Hepatitis-C-Virus-Infektion beantragt hat und soweit sie die begehrte Bemessung der Rente nach einer MdE um 40 v.H. auch auf diese weitere Schädigungsfolge stützt, macht sie nämlich geltend, im Vergleich zu den bei Erlass des Widerspruchsbescheides vom 23. Januar 2002 vorliegenden tatsächlichen Verhältnissen sei eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eingetreten. Sie hat zwar auch schon vor Erlass dieses Bescheides über einzelne Symptome eines solchen Müdigkeitssyndroms geklagt. Als eigenständige Erkrankung ist ein chronisches Müdigkeitssyndrom bei ihr aber erstmals in dem Bericht der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie der Medizinischen Hochschule H ... vom 3. März 2004 über die stationäre Untersuchung vom 26. bis 30. August 2003 diagnostiziert worden. In Übereinstimmung damit hat die Klägerin die Anerkennung dieser Erkrankung als weitere Schädigungsfolge auch erst mit Wirkung vom 1. September 2003 beantragt.

Nach diesen Maßstäben sind die angefochtenen Bescheide rechtmäßig. Die beiden anerkannten Schädigungsfolgen bedingen – auch mit der aufgrund des Teilanerkennnisses erweiterten Bezeichnung der psychischen Schädigungsfolge – insgesamt nicht eine MdE um 40 v.H. bzw. einen GdS von 40 (nachfolgend 1.). Es ist auch keine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) eingetreten, wegen deren ein chronisches Müdigkeitssyndrom als weitere Schädigungsfolge anzuerkennen wäre (nachfolgend 2.). Somit hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf entsprechend höhere Hilfen (nachfolgend 3.).

1. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung einer MdE um 40 v.H. bzw. eines GdS von 40 aufgrund der beiden Schädigungsfolgen, die der Beklagte anerkannt hat.

Da der Beklagte bei der Klägerin zwei Schädigungsfolgen anerkannt hat, ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Grad der Schädigungsfolgen nach den Auswirkungen der anerkannten Gesundheitsstörungen in ihrer Gesamtheit (Gesamt-MdE bzw. Gesamt-GdS) festzustellen (vgl. zur MdE Nr. 4 der Verwaltungsvorschriften zu § 30 BVG, abgedruckt in Ernst - Morr, Ratgeber zum Behindertenrecht und sozialen Entschädigungsrecht, 2007/2008, S. 810 ff., und die für das Schwerbehindertenrecht geltende Parallelvorschrift in [§ 69 Abs. 3](#) Neuntes Buch des Sozialgesetzbuchs – SGB IX). Im Folgenden werden sowohl für den Vomhundertsatz der MdE als auch für den GdS das Wort "Schweregrad" und für die Einzel- oder Gesamt-MdE bzw. den Einzel- oder Gesamt-GdS die Worte Einzel- oder Gesamt-Grad verwendet.

Für die Beurteilung der Gesamtauswirkung sind in den Anhaltspunkten Nr. 19 (Fassungen von 1996, 2004 und 2008) Grundsätze vorgegeben. Danach sind bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen die Einzel-Grade anzugeben, bei der Ermittlung des Gesamt-Grades aber nicht zu addieren. Für diese sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander maßgebend (Abschn. 1).

Der Bewertung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen ist die GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte (Nr. 26) zugrunde zu legen. Dabei sollen nach den Anhaltspunkten Nr. 18, Abschnitt 4, Funktionssysteme – wie hier etwa "Verdauung" und "Gehirn einschließlich Psyche" – zusammenfassend beurteilt werden (Ausgabe von 1996 S. 31, von 2004 S. 22). Nach den Anhaltspunkten Nr. 10, Abschn. 12, ist bei der Beurteilung der Auswirkungen der festgestellten Gesundheitsstörungen der Schweregrad für jedes Funktionssystem gesondert anzugeben; abschließend ist dann der Gesamt-Grad zu beurteilen, der sich aus allen festgestellten Gesundheitsstörungen ergibt. Dabei ist nach den Anhaltspunkten Nr. 19, Abschn. 3, in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob hierdurch das Ausmaß der Auswirkungen so zunimmt, dass wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Einzel-Grad ein oder mehrere Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Gesamtauswirkung der Beeinträchtigungen gerecht zu werden. Dazu sind die wechselseitigen Beziehungen zwischen den verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen. Die Anhaltspunkte (ebd.) unterscheiden die folgenden vier Arten von Beziehungen: - Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen können voneinander unabhängig sein, - eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken, - die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen können sich überschneiden, - die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung werden durch eine hinzutretende Gesundheitsstörung gar nicht verstärkt.

Nach Abschnitt 4 der Anhaltspunkte Nr. 19 führen – von Ausnahmefällen abgesehen – zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen und verschiedene Lebensbereiche betreffen (vgl. BSG v. 13. 12. 2000 – [B 9 V 8/00 R](#) – [SozR 3-3870 § 4 Nr. 28](#)). Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem Einzelgrad von 20 ist es nach den Anhaltspunkten (ebd.) vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung zu schließen.

Die von den Einzel-Graden ausgehende, schrittweise Beurteilung des Ausmaßes der Beeinträchtigung ist allerdings im Fall der Klägerin schwierig, weil bei ihr ein diagnostisch schwer einzuordnendes komplexes Störungsbild vorliegt und die Auswirkungen der als Schädigungsfolge anerkannten chronischen Hepatitis C von den zum Teil als eigene Schädigungsfolge anerkannten Störungen im Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" kaum abgrenzbar sind. Die erstere Schwierigkeit hat der Sachverständige Dr. B ... die letztere schon die Sachverständige Dipl.-Med. Gr ... hervorgehoben. Bei dieser Sachlage kommt der abschließenden Beurteilung des Gesamt-Grades der Auswirkungen der anerkannten Schädigungsfolgen, bei der ihre Beziehungen zu berücksichtigen sind, die entscheidende Bedeutung zu.

a) Bei der Klägerin ist von der Erkrankung an einer chronischen Hepatitis C auszugehen, die der Beklagte in dem Bescheid vom 18. September 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Januar 2002 unter der Bezeichnung "Chronische Hepatitis C mit Progression" als Schädigungsfolge anerkannt und mit einem Einzel-Grad von 30 bewertet hat. Nach der Rechtsauffassung des Senats ist der Beklagte zugunsten der Klägerin an diese Bewertung gebunden, da er an die durch Verwaltungsakt festgestellte Ausprägung der Schädigungsfolge gebunden ist und in der GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte Nr. 26.10 für eine chronische Hepatitis in der bei der Klägerin so anerkannten Ausprägung nicht ein Wertungsrahmen, sondern ein Zehnergrad von 30 vorgesehen ist.

In den hier heranzuziehenden Fassungen von 1996, 2004 und 2008 der Anhaltspunkte Nr. 26.10 sind die Tabellenwerte für eine chronische Hepatitis nach einer Untergliederung der Leidensbezeichnung abgestuft. Die Leidensbezeichnungen in der Fassung von 1996 sind durch das Rundschreiben des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 6. April 2001 geändert worden; diese Änderung ist in die Ausgaben von 2004 und 2008 der Anhaltspunkte übernommen worden. In der Ausgabe von 1996 war ein Einzel-Grad von 30 für eine "Chronische Hepatitis C mit Progression (chronisch-aktive Hepatitis)" mit der Zwischenstufe "geringe entzündliche Aktivität" vorgesehen. Der Bescheid vom 18. September 2000 ist dahin auszulegen, dass bei der Klägerin eine chronische Hepatitis C mit dieser Einstufung anerkannt worden ist. Zwar fehlt eine ausdrückliche Eingrenzung auf den durch eine "geringe entzündliche Aktivität" gekennzeichneten Unterfall. In dem vorangegangenen Bescheid vom 16. März 1999 war diese Schädigungsfolge aber vollständig als "Chronische Hepatitis C mit Progression (chronisch aktive Hepatitis) mit geringer entzündlicher Aktivität" bezeichnet worden. Aus der dem Bescheid vom 18. September 2000 zugrunde liegenden Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 25. August 2000 ist ersichtlich, dass der Beklagte diese Bezeichnung für in der Sache weiter zutreffend hielt. Im Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2002 hat der Beklagte diese Einstufung der Schädigungsfolge bestätigt. In Anpassung an die inzwischen durch das Rundschreiben vom 6. April 2001 geänderte Begrifflichkeit ist der Widerspruchsbescheid dahin auszulegen, dass bei der Klägerin eine "Chronische Hepatitis C mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität" als Schädigungsfolge anerkannt worden ist. Für die Bewertung des Schweregrades ist entscheidend, dass auch nach dem Rundschreiben und nach den Fassungen von 2004 und 2008 für eine chronische Hepatitis auf dieser Stufe kein Wertungsrahmen, sondern nur der Zehnergrad 30 vorgesehen ist und daher die Bindung des Beklagten an die Anerkennung dieser Schädigungsfolge weiterhin auch diesen Schweregrad umfasst.

Nach den im streitgegenständlichen Zeitraum dokumentierten Laborbefunden, aufgrund deren die beiden gerichtlichen Sachverständigen sogar die anerkannte Einstufung für möglicherweise zu hoch gehalten haben, ist bei der Klägerin die entzündliche Aktivität der Hepatitis keinesfalls mit einem höheren Grad als 30 einzustufen. Sie hat dies auch selbst nicht geltend gemacht.

b) Die vom Beklagten außerdem bei der Klägerin als Schädigungsfolge anerkannte "Psychoreaktive Gesundheitsstörung bei psychovegetativer Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" bedingt nach Überzeugung des Senats höchstens einen Einzel-Grad von 20.

Für die Bewertung ihres Schweregrades ist diese Schädigungsfolge einschließlich der Störungen, die nach der Neubezeichnung in dem Teilerkenntnis neben der "psychoreaktiven Gesundheitsstörung" bestehen, dem Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" zuzuordnen. Damit richtet sich die Beurteilung der Schwere der Auswirkungen dieser Schädigungsfolge nach der Nr. 26.3 der GdB/MdE-Tabelle. Soweit auch schon bei der Bewertung der "Chronischen Hepatitis C mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität" mit einem

Einzel-Grad von 30 nach Nr. 26.10 der Anhaltspunkte "übliche Befindlichkeitsstörungen" berücksichtigt sind, ist den Überschneidungen bei der Beurteilung des Gesamt-Grades Rechnung zu tragen.

In Nr. 26.3 der Anhaltspunkte (von 1996 S. 60, von 2004 S. 48) sind für die hier in Betracht kommenden Gesundheitsstörungen die folgenden Bewertungsrahmen vorgesehen: Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 - 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 - 40

Bei der Klägerin sind nur leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem Schweregrad von höchstens 20 erkennbar. Eine wesentliche Einschränkung ihrer Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die den von ihr selbst für zutreffend gehaltenen Einzel-Grad von 30 rechtfertigen könnte, ist für den streitgegenständlichen Zeitraum seit Januar 2000 in den zahlreichen beigezogenen Unterlagen nicht belegt und ist auch nicht ihrer eigenen Schilderung ihres Alltags bei den Untersuchungen durch die Sachverständigen Dipl.-Med. Gr ..., Dr. Cl ... und Dr. B ... sowie bei den beiden Badekuren in Bad K ... zu entnehmen. Hierzu wird im Einzelnen auf die Gutachten und Entlassungsberichte Bezug genommen. Die Diagnose einer "psychovegetativen Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung", um die in dem Teilanerkennnis die Bezeichnung der anerkannten Schädigungsfolge erweitert worden ist, ist in dem Entlassungsbericht der L ... Kl ... vom 26. März 2007 gestellt und als Symptombeschreibung von dem Sachverständigen Dr. B ... übernommen worden. Das damit bezeichnete Störungsbild ist daher vor allem aus diesem Entlassungsbericht und dem Untersuchungsbefund von Dr. B ... ersichtlich.

Die Klägerin ist weiterhin teilzeitbeschäftigt und möchte dem Entlassungsbericht vom 26. März 2007 zufolge ihre Tätigkeit als Kassiererin auch weiter ausüben. Sie ist in der Lage, eine Strecke von 20 km zu der Arbeitsstelle mit dem Auto zu fahren. Nach der sozialmedizinischen Epikrise in dem Entlassungsbericht ist sie auch in den Aktivitäten des täglichen Lebens nicht wesentlich eingeschränkt. Sie hat regelmäßige soziale Kontakte, täglich zu ihren Eltern und am Wochenende zu ihrem Sohn. Nach ihren Angaben gegenüber dem Sachverständigen Dr. B ... hat sie einen neuen Lebenspartner, auch wenn sie mit diesem nicht ständig zusammenlebt. Nach den Berichten aller Sachverständigen hat sich die Klägerin bei der Exploration ausreichend konzentrieren können. Aus den Ergebnissen der testpsychologischen Untersuchungen am 5. September 2007 kann nicht auf stärkere funktionelle Einschränkungen geschlossen werden, da diese nach der überzeugenden Beurteilung der Zusatzgutachterin Dipl.-Psychologin Sch ... und des Sachverständigen Dr. B ... durch mangelnde Mitarbeit und Aggravation verfälscht sind.

Die von der Klägerin geschilderte Erschwerung der Ausübung ihres konkreten Berufs als Kassiererin bzw. am Infostand durch das Auftreten von Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit kann keine Höherbewertung des Schweregrades begründen, da es, wie in Satz 1 der Neufassung des § 30 Abs. 1 BVG klargestellt worden ist, auf die "allgemeinen Auswirkungen" der als Schädigungsfolgen anerkannten Funktionsbeeinträchtigungen ankommt. Wegen besonderer beruflicher Betroffenheit ist die MdE bzw. der GdS nur unter den Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 BVG zu erhöhen, dessen Anwendung der Gesetzgeber aber in § 3 Abs. 4 Satz 1 AntiDHG bewusst nicht vorgesehen hat (vgl. Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, [BT-Drucks. 14/2958, S. 10](#)).

Eine Bewertung der im Funktionssystem "Gehirn einschließlich Psyche" anerkannten Schädigungsfolge mit einem höheren Schweregrad als 20 ist auch von keinem der Sachverständigen, die die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum begutachtet haben, befürwortet worden. Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige Dr. Cl ... hat die Auffassung vertreten, die Schädigungsfolge sei allein aus internistischer Sicht zu bewerten, da schon keine psychische Schädigungsfolge festzustellen sei. Die vom Beklagten beauftragte Sachverständige Dipl.-Med. Gr ... hat die nach ihrer Beurteilung vorliegende psychische Schädigungsfolge nicht mit einem Einzel-Grad bewertet, da sie von den körperlichen Störungen der Hepatitis-C-Erkrankung nicht ausreichend abgrenzbar sei. Ihre Bewertung der Schädigungsfolge "in ihrer psychosomatischen Gesamtheit" mit einer MdE um 30 v.H. stimmt mit der in den angefochtenen Bescheiden festgestellten Gesamt-MdE überein.

Der vom Senat beauftragte Sachverständige Dr. B ... hat die Auffassung vertreten, die in den angefochtenen Bescheiden als "psychoreaktive Gesundheitsstörung" bezeichnete Schädigungsfolge sei als übliche Befindlichkeitsstörung im Sinne der Neufassung der Anhaltspunkte Nr. 26.10 bereits bei der Bewertung der chronischen Hepatitis mit einem Einzel-Grad von 30 berücksichtigt. Weshalb er dennoch bei der Auflistung der einzelnen Funktionsstörungen die "psychoreaktive Gesundheitsstörung" mit "10 v.H." bewertet hat, kann dahinstehen, da nach dieser Bewertung die "psychoreaktive Gesundheitsstörung" allein jedenfalls nur geringfügige Auswirkungen hat. Das vom Beklagten durch die Neubezeichnung der Schädigungsfolge anerkannte Störungsbild einer "psychovegetativen Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" kann auch auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. B ... nicht zur Bewertung der psychischen Schädigungsfolge mit einem höheren Schweregrad als 20 führen. Der Senat kann das Gutachten auch zur Beurteilung der Auswirkungen dieser Symptomatik heranziehen, da diese mit derselben Bezeichnung auch von Dr. B ... diagnostiziert worden ist. Er hat sie lediglich der von ihm gestellten Diagnose eines "chronischen Müdigkeitssyndroms" zugeordnet, indem er bei der Beantwortung der Beweisfrage Nr. 1 nach den bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen diese Krankheitsbezeichnung in Klammern hinzugesetzt hat. Für die Bewertung des Schweregrades ist aber das tatsächliche Ausmaß der Funktionseinschränkungen maßgeblich, für das die Diagnose als solche unerheblich ist. Dr. B ... hat aufgrund einer Bewertung dieses "Syndroms" in Analogie zu anderen Schädigungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet einen höheren Einzel-Grad als 20 nicht empfehlen können.

c) Danach bedingen die bei der Klägerin anerkannten Schädigungsfolgen keinen höheren Gesamt-Grad als 30. Die Bewertung der als Schädigungsfolge anerkannten chronischen Hepatitis C mit einem Einzel-Grad von 30 wird bereits der Gesamtauswirkung beider anerkannter Schädigungsfolgen gerecht. Die Auswirkungen der hier höchstens mit einem Einzel-Grad von 20 zu bewertenden Schädigungsfolge im Funktionssystem "Gehirn einschließlich Seele" rechtfertigen es nach den Anhaltspunkten Nr. 19, Abschn. 4, nicht, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung zu schließen.

Der Senat ist, wie dargelegt, anhand der Bewertungsmaßstäbe der Nr. 26.3 der GdB/MdE-Tabelle zu der Überzeugung gelangt, dass die als Schädigungsfolge anerkannte "Psychoreaktive Gesundheitsstörung bei psychovegetativer Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" höchstens einen Einzel-Grad von 20 bedingt. Diese Einstufung im untersten Wertungsrahmen für derartige Störungen bedeutet zugleich, dass die bei der Klägerin als zweite Schädigungsfolge anerkannten Störungen nicht in einem für den Gesamt-Grad

erheblichen Ausmaß über die "üblichen Befindlichkeitsstörungen" hinausgehen, die bereits von der Einstufung der chronischen Hepatitis C mit einem Einzel-Grad von 30 nach Nr. 26.10 der GdB/MdE-Tabelle umfasst sind. Die erkennbaren konkreten Auswirkungen beider Schädigungsfolgen überschneiden sich im streitgegenständlichen Zeitraum fast völlig.

2. Die Ablehnung der Neufeststellung eines chronischen Müdigkeitssyndroms als weitere Schädigungsfolge durch den Bescheid vom 29. Januar 2008 ist rechtmäßig. Die von der Klägerin geltend gemachte wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist im Vergleich mit den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass des Widerspruchsbescheides vom 23. Januar 2002 vorgelegen haben, nicht eingetreten.

Für die Wesentlichkeit einer Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist das jeweilige materielle Recht maßgebend (vgl. BSG v. 20. 3. 2007 - [B 2 U 21/06 R](#) -; v. 21. 3. 1996 - [11 RAr 101/94](#) - [SozR 3-1300 § 48 Nr. 48](#), S. 111; v. 29. 8. 1990 - 9a/9 RVs 7/98 - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 1](#), S. 8), hier das Anti-D-Hilfegesetz. Die nach diesem Gesetz festzustellenden "durch die Hepatitis-C-Virus-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen" (vgl. [§ 2 AntiDHG](#)) entsprechen den nach dem Bundesversorgungsgesetz festzustellenden gesundheitlichen Folgen einer Schädigung. Dabei entspricht die Infizierung einer Frau, hier der Klägerin, mit dem Hepatitis-C-Virus bei der Anti-D-Immunprophylaxe durch eine der in [§ 1 Abs. 1 Satz 1 AntiDHG](#) aufgezählten Chargen der nach dem Tatbestand des [§ 1 Abs. 1 BVG](#) versorgungsrechtlich geschützten Schädigung. So wie ein nach [§ 1 Abs. 1 BVG](#) berechtigtes Kriegsoffer wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung Versorgung erhält, erhält eine nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 AntiDHG](#) berechnete Frau wegen der "durch die Hepatitis-C-Virus-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen" die in diesem Gesetz vorgesehene Hilfe.

Nach den allgemein geltenden Beweisregeln müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen nachgewiesen, d.h. ohne vernünftige Zweifel oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein, soweit nichts anderes bestimmt ist. Dieser Grundsatz gilt für die Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen der anspruchsbegründenden Normen des Anti-D-Hilfegesetzes ebenso wie für die des [§ 1 BVG](#) (vgl. dazu BSG, Urt. v. 15. 12. 1999 - [B 9 VS 2/98 R](#) - [SozR 3-3200 § 81 Nr. 16](#), S. 73, m.w.N.).

Die Klägerin gehört zu dem durch [§ 1 Abs. 1 Satz 1 AntiDHG](#) geschützten Personenkreis. Sie ist bei der Anti-D-Prophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert worden und leidet bis heute an einer chronischen Hepatitis C in der vom Beklagten durch ihn bindende Bescheide als Folge der Infektion anerkannten Ausprägung. Es ist aber bereits zwischen den Beteiligten umstritten, ob bei der Klägerin ein "chronisches Müdigkeitssyndrom" als hinzugekommene Gesundheitsstörung feststellbar ist; der Senat unterstellt zugunsten der Klägerin, dass diese des Vollbeweises bedürftige Anspruchsvoraussetzung erfüllt ist (nachfolgend a).

In Abweichung von dem Erfordernis eines Vollbeweises der anspruchsbegründenden Tatsachen hat [§ 1 BVG](#) in seinem Absatz 3 Erleichterungen des Beweises des Ursachenzusammenhang zwischen der Schädigung und der Gesundheitsstörung normiert. Nach Satz 1 des [§ 1 Abs. 3 BVG](#) genügt zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. In Satz 2 der Bestimmung ist für den dort geregelten Sonderfall eine noch weitergehende Beweiserleichterung vorgesehen, die in der Rechtsprechung und den Anhaltspunkten Nr. 39 als Kann-Versorgung bezeichnet wird.

Auch nach der Rechtsauffassung des Senats reicht zwar für den erforderlichen Ursachenzusammenhang zwischen der als Schädigungsfolge anerkannten chronischen Hepatitis C und dem als weitere Schädigungsfolge geltend gemachten "chronischen Müdigkeitssyndrom" in entsprechender Anwendung des [§ 1 Abs. 3 Satz 1 BVG](#) die Wahrscheinlichkeit aus. Nach seiner Überzeugung ist aber der behauptete Ursachenzusammenhang nicht einmal mit Wahrscheinlichkeit feststellbar (nachfolgend b). Die Voraussetzungen einer Kann-Versorgung hält der Senat aus mehreren Gründen nicht für erfüllt (nachfolgend c).

a) Nach der Beurteilung des Sachverständigen Dr. B ... liegt bei der Klägerin seit dem 1. Januar 2000 und damit auch seit dem 1. September 2003 ein "chronisches Müdigkeitssyndrom" vor, das er durch die Funktionsstörungen "psychovegetative Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" umschrieben und nach der ICD-10 mit den Diagnoseschlüssel-Nummern G 93.3, F 09.0 und F 48.0 gekennzeichnet hat. Dabei bedeuten (in der Fassung der ICD-10 von 2005): - G 93.3: chronisches Müdigkeitssyndrom (Untergruppe von G93: Sonstige Krankheiten des Gehirns) - F 09: nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung - F 48.0: Neurasthenie Dazugehöriger Begriff: Erschöpfungssyndrom (Fatigue syndrome). Der Sachverständige hat damit das nach seiner Beurteilung bei der Klägerin vorliegende und von ihm als "chronisches Müdigkeitssyndrom" bezeichnete Krankheitsbild hinreichend deutlich umschrieben. Die Auswahl und Zusammenstellung der Kriterien für dieses Krankheitsbild liegt innerhalb der fachlichen Kompetenz des Sachverständigen als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Chefarzt der Klinik für Neurologie und Schlafmedizin des Fachklinikums U ... und zertifizierter Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Die von ihm gestellte Diagnose kann daher nicht mit der vom Beklagten ins Feld geführten Begründung in Frage gestellt werden, es seien nicht alle diagnostischen Merkmale anderer Definitionen des chronischen Müdigkeitssyndroms erfüllt. Eine für den Anwendungsbereich des Anti-D-Hilfegesetzes verbindliche Definition durch eine dazu autorisierte Institution ist nicht ersichtlich. Auch der Einwand des Beklagten, in dem Entlassungsbericht der L ... Kliniken vom 26. März 2007 sei ein chronisches Müdigkeitssyndrom nicht diagnostiziert worden, überzeugt nicht. Die Ärzte haben die gleiche Symptomatik wie Dr. B ... diagnostiziert. Zu einer Befassung mit dem von Spezialisten erforschten chronischen Müdigkeitssyndrom gab die Rehabilitation keinen Anlass.

Allerdings sind Zweifel angebracht, ob die Befunde, auf die der Sachverständige Dr. B ... in seinem Gutachten die Diagnose eines chronischen Müdigkeitssyndroms bei der Klägerin gestützt hat, tragfähig genug sind, um den Anforderungen an einen Vollbeweis der zu beurteilenden Gesundheitsstörung zu genügen (vgl. Anhaltspunkte Nr. 37, Abschn. 1). Die von ihm selbst durchgeführte Untersuchung war nur dazu geeignet, die Funktionsstörungen "psychovegetative Erschöpfung mit Konzentrationsstörungen und Antriebsminderung" festzustellen. Für die Einordnung des bei der Klägerin diagnostizierten chronischen Müdigkeitssyndroms als eine extrahepatitische Manifestation hat der Sachverständige aber eine Störung auf neurologischem Fachgebiet als entscheidend angesehen und durch die Angabe der Diagnoseschlüsselnummer G 93.3 auch im Fall der Klägerin festgestellt. Insoweit hat sich der Sachverständige jedoch allein auf die Untersuchungsergebnisse der Neurologischen Klinik mit Klinischer Neurophysiologie der Medizinischen Hochschule H ... berufen können, wie sie in dem Bericht vom 3. März 2004 dokumentiert sind. In diesem Bericht ist zwar die Diagnose "Chronic Fatigue Syndrom bei bekannter Hepatitis-C-Infektion" gestellt worden. Aus der Beurteilung ist aber ersichtlich, dass insoweit nur eine Verdachtsdiagnose begründbar war. Neben der - für eine versorgungsrechtliche Beurteilung nicht ausreichenden - Ausschlussdiagnostik hat bei der Klägerin nur die eingeschränkte Bindungsfähigkeit der genannten beiden Neurotransmitter einen Hinweis auf ein "Chronic Fatigue Syndrom" gegeben. Dabei

ist zu beachten, dass die Untersuchung in der Medizinischen Hochschule H ... nicht zur Begutachtung, sondern allein mit einem therapeutischen Ziel erfolgt ist. Die empfohlene Behandlung mit Ondansetron, durch die die Richtigkeit der Diagnose erst erprobt werden sollte, ist aber offensichtlich nicht durchgeführt worden; jedenfalls hat die Klägerin bei den Fragen nach der Therapie bei den beiden späteren Begutachtungen eine solche Behandlung nicht angegeben. Der Senat kann indes zugunsten der Klägerin unterstellen, dass die Diagnosestellung durch den Sachverständigen Dr. B ... zuverlässig genug ist, weil jedenfalls die weiteren Voraussetzungen für die Anerkennung eines chronischen Müdigkeitssyndroms als Schädigungsfolge nicht erfüllt sind.

b) Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der bei der Klägerin als Folge der Anti-D-Prophylaxe anerkannten chronischen Hepatitis C und dem als weitere Folge geltend gemachten chronischen Müdigkeitssyndrom richtet sich nach § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG in entsprechender Anwendung. Das Anti-D-Hilfegesetz enthält insoweit eine Lücke, weil der Gesetzgeber vorausgesetzt hat, dass die "durch die Hepatitis-C-Virus-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen" den gesundheitlichen Folgen der Schädigung im Sinne des § 1 Abs. 1 BVG entsprechen, ohne aber die Beweisanforderungen an den Ursachenzusammenhang zu regeln. Diese Lücke ist durch die entsprechende Anwendung des § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG zu schließen, weil diese Vorschrift einen im gesamten sozialen Entschädigungsrecht als Normalfall geltenden Grundsatz zum Ausdruck bringt. Nach der Rechtsprechung zu § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG (vgl. BSG, Urt. v. 8. 8. 2001 - [B 9 V 23/01 B](#) - [SozR 3-3900 § 15 Nr. 4](#), S. 14, m.w.N.) und nach den Anhaltspunkten Nr. 38, Abschn. 1, ist die erforderliche Wahrscheinlichkeit gegeben, wenn nach der geltenden ärztlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht. Nach Abschnitt 4 der Anhaltspunkte Nr. 38 genügt es nicht, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist.

Bei der Klägerin ist der ursächliche Zusammenhang zwischen der chronischen Hepatitis C und dem chronischen Müdigkeitssyndrom in dem von dem Sachverständigen Dr. B ... diagnostizierten Sinne nicht mit der entsprechend § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG erforderlichen Wahrscheinlichkeit feststellbar. Dr. B ... hat gerade deshalb nur eine Kann-Versorgung vorgeschlagen. Er ist dabei davon ausgegangen, dass das chronische Müdigkeitssyndrom durch bisher nicht genau geklärte, aber "postulierte" neurofunktionale Veränderungen hervorgerufen werden könne. Der Ausdruck "postuliert" besagt nicht, die ursächliche Bedeutung der Einflüsse einer chronischen Hepatitis-C-Infektion sei trotz mangelnder Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese wissenschaftlich nicht umstritten, so dass nach den Anhaltspunkten (Nr. 39, Abschn. 2, Buchst. b, letzter Satz) zu beurteilen wäre, ob der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist. Nach der von der Klägerin vorgelegten und von Dr. B ... verwerteten Studie der Arbeitsgruppe um Forton (European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2006, 333) ist ein Ursachenzusammenhang allenfalls möglich (s. die Zusammenfassung, ebd., S. 337, nach der es viele andere Ursachen für das CNS gibt und in der von einer unbewiesenen Theorie die Rede ist).

Da im Fall der Klägerin ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der chronischen Hepatitis C und einem solchen chronischen Müdigkeitssyndrom überhaupt nur auf die bei der Untersuchung in der Medizinischen Hochschule H ... festgestellte eingeschränkte Bindungsfähigkeit der beiden Neurotransmitter gestützt werden kann, reicht es für die nach § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG erforderliche Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs nicht aus, wenn nach dem Stand der medizinischen Forschung der Zusammenhang einer neurofunktionale Veränderung dieser Art mit der Hepatitis C einerseits und einem chronischen Müdigkeitssyndrom andererseits bloß möglich ist. Der Auszug aus einem im Jahre 2004 in einem anderen Fall erstatteten Gutachten, auf den sich die Klägerin beruft, hat für ihren Fall keinerlei Aussagekraft. Dem zitierten Text ist nicht einmal zu entnehmen, nach welchem rechtlichen Maßstab der behauptete "Zusammenhang" zwischen chronischer Hepatitis-C-Infektion, rheumatologischen und immunologischen Folgeerscheinungen und dem Chronic-Fatigue-Syndrom beurteilt worden ist.

c) Für die von dem Sachverständigen Dr. Böhm empfohlene Kann-Versorgung fehlt es nach Auffassung des Senats schon an einer Rechtsgrundlage (nachfolgend aa). Zudem ist das Konzept eines "chronischen Müdigkeitssyndroms" in der medizinischen Wissenschaft bisher nicht so konsolidiert, dass es nach den Anhaltspunkten Nr. 39 einer Kann-Versorgung zugrunde gelegt werden könnte (nachfolgend bb).

aa) Bei der Prüfung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer nach dem Anti-D-Hilfegesetz anerkannten Hepatitis-C-Virus-Infektion und einer weiteren Gesundheitsstörung ist § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG nicht entsprechend anwendbar. Unter den in dieser Vorschrift bestimmten besonderen Voraussetzungen genügt - von der Regel des Satzes 1 abweichend - die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann danach mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt werden (Halbsatz 1). Die Zustimmung kann allgemein erteilt werden (Halbsatz 2). Alle weiteren Gesetze des sozialen Entschädigungsrechts enthalten eine gleichlautende Bestimmung. In den Anhaltspunkten Nr. 39, Abschn. 1, sind diese spezialgesetzlichen Parallelvorschriften verzeichnet.

Wie das Zustimmungserfordernis zeigt, gehört die weitere Beweiserleichterung nach Satz 2 des § 1 Abs. 3 BVG im Unterschied zu der Beweiserleichterung nach Satz 1 der Vorschrift nicht zu dem Bestand an im sozialen Entschädigungsrecht stets anzuwendenden Regeln, deren Geltung auch für die Feststellung einer Schädigungsfolge nach dem Anti-D-Hilfegesetz der Gesetzgeber vorausgesetzt hat. Eine durch eine entsprechende Anwendung des § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG auszufüllende Gesetzeslücke liegt insoweit nicht vor. Das Anti-D-Hilfegesetz gehört nicht zum Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden im Sinne des [§ 24 SGB I](#) (zuletzt geändert durch Gesetz v. 19. 6. 2001, [BGBl. I S. 1046](#)). Denn es zählt nicht zu den Gesetzen, die nach dem durch das Gesetz vom 21. 12. 2000 ([BGBl. I S. 1983](#)) in das SGB I eingefügten § 68 (zuletzt geändert durch Gesetz v. 5. 12. 2006, [BGBl. I 2748](#)) als besondere Teile des Sozialgesetzbuchs gelten. Die Nummer 7 des [§ 68 SGB I](#) umfasst zwar neben dem Bundesversorgungsgesetz auch die Gesetze, in denen die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes vorgesehen ist. Das Anti-D-Hilfegesetz nimmt aber unter eigenständiger Regelung der in ihm als Leistungen vorgesehenen Hilfen nur in einzelnen Vorschriften auf das Bundesversorgungsgesetz Bezug. Nach der Begründung des Regierungsentwurfs löst sich das Anti-D-Hilfegesetz wegen der Besonderheiten der Betroffenenengruppe und der Schädigung von der im Einigungsvertrag vorgegebenen Versorgung nach dem Bundes-Seuchengesetz in Verbindung mit dem BVG; es sieht in Anlehnung an das Gesetz zum "Hilfswerk für behinderte Kinder" (Contergan) und an das HIV-Hilfegesetz eine "eigenständige Rechtsgrundlage" vor. Nur "einzelne Komponenten" sind in Anlehnung an das BVG gestaltet worden ([BT-Drucks. 14/2958, S. 7](#); so auch der Bericht des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks. 14/3538, S. 10](#)). Insofern hat das Gesetz nicht einfach nur den Zweck, die Lage der betroffenen Frauen "zu verbessern" (so aber aus der Sicht der Betroffenenverbände Lersch, NJW 2000, 3404, 3405).

Zudem hätte es, wenn der Gesetzgeber auch nach dem Anti-D-Hilfegesetz eine Kann-Versorgung hätte zulassen wollen, schon deshalb einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedurft, weil die Zuständigkeit für die erforderliche Zustimmung nicht überzeugend durch Auslegung ermittelt werden kann. Während bei entsprechender Anwendung des § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG das zuständige Bundesministerium zustimmen müsste, ist in dem von der Klägerin vorgelegten Rundschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. Februar 2001 in Anlehnung an § 52 Abs. 2 Satz 2 des vor Inkrafttreten des Anti-D-Hilfegesetzes angewendeten Bundes-Seuchengesetzes die Zuständigkeit der obersten Landesbehörde befürwortet worden, ausdrücklich aber auch nur für eine Zustimmung im Einzelfall. Ob die Zustimmung auch – wie in § 1 Abs. 3 Satz 2, Halbsatz 2 BVG vorgesehen – allgemein erteilt werden kann und wer dafür zuständig wäre, bleibt danach offen. Wenn der Gesetzgeber eine Kann-Versorgung hätte zulassen wollen, hätte er eine solche Maßstabslosigkeit schon deshalb nicht hinnehmen können, weil jede Zustimmung zu einer Kann-Versorgung eine Erhöhung der Kosten für die Hilfen zur Folge hätte, die Kosten aber nach § 10 AntiDHG zwischen dem Bund, den Ländern, in deren heutigem Gebiet die Anti-D-Prophylaxe durchgeführt worden war, und den übrigen Ländern aufgeteilt werden.

bb) Selbst wenn, wie auch der Beklagte meint, bei der Feststellung einer Schädigungsfolge nach dem Anti-D-Hilfegesetz eine Beweiserleichterung in Form einer Kann-Versorgung rechtlich zulässig wäre, ist jedenfalls das von dem Sachverständigen Dr. B ... bei der Klägerin festgestellte und als "chronisches Müdigkeitssyndrom" bezeichnete Leiden nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht als Grundlage für eine Kann-Versorgung geeignet.

Die nach § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG und den entsprechenden spezialgesetzlichen Vorschriften zu prüfende Frage, ob in der medizinischen Wissenschaft über die Ursache eines Leidens Ungewissheit besteht, kann nur beurteilt werden, wenn die geltende ärztliche Lehrmeinung wenigstens ein solches Leiden als eigenständige Krankheit anerkennt. Wie der Sachverständige Dr. B ... gegen die vom Beklagten vorgelegte prüfärztliche Stellungnahme der Gutachterin Dr. W ... vom 28. August 2006 eingewendet hat, gibt es zwar nicht mehr nur nach einer wissenschaftlichen Einzelmeinung eine HCV-Enzephalopathie. Er hat aber zugleich berichtet, dass auch nach Auffassung von Prof. Dr. W ... derzeit noch nicht von einer zweifelsfrei gesicherten wissenschaftlich begründeten "Krankheitseinheit" ausgegangen werden könne.

Nach Auffassung des Senats darf ein noch so ungesichertes Krankheitsbild einer Kann-Versorgung nicht zugrunde gelegt werden, solange die betreffende Leidensbezeichnung auch nicht in die Anhaltspunkte Eingang gefunden hat und in dieser Form durch den Sachverständigenbeirat medizinisch anerkannt worden ist. Das Konzept des "chronischen Müdigkeitssyndroms" ist aber auch in der aktuellen Fassung der Anhaltspunkte von 2008 an keiner Stelle berücksichtigt worden. Auch in der Neufassung ist diese Leidensbezeichnung (oder ein Synonym) weder in der Nummer 108, Abschn. 3, als weiterer Fall einer extrahepatitischen Manifestation genannt noch in der Nummer 39, Abschn. 7, als eine der Krankheiten, für die unter bestimmten Voraussetzungen eine allgemeine Zustimmung erteilt worden oder eine Kann-Versorgung in Betracht zu ziehen ist. Nach den Anhaltspunkten Nr. 39, Abschn. 7 (letzter Satz), ist zwar, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, auch bei anderen, selteneren und nicht genannten Leiden eine Kann-Versorgung in Erwägung zu ziehen. Zu diesen Seltenheitsfällen gehört aber gewiss nicht das bereits seit mehr als zwanzig Jahren auch außerhalb der Fachwissenschaft diskutierte Krankheitskonzept des chronischen Müdigkeitssyndroms, von dem nach den Angaben in der freien Enzyklopädie Wikipedia in Deutschland 300 Tausend bis eine Million Menschen betroffen sind.

c) Da die anerkannten Schädigungsfolgen keine höhere MdE als 30 v.H. bzw. keinen höheren GdS als 30 bedingen, steht der Klägerin nach § 3 Abs. 2 und Abs. 3 AntiDHG keine höhere Rente und keine höhere Einmalzahlung zu.

Nach alledem konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vor. Nach Auffassung des Senats hat auch die Frage, ob das Anti-D-Hilfegesetz eine Rechtsgrundlage für eine Kann-Versorgung enthält, keine grundsätzliche Bedeutung im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Selbst wenn diese Rechtsfrage klärungsbedürftig sein sollte, ist sie im vorliegenden Fall nicht klärungsfähig, weil der Senat seine Entscheidung insoweit auch darauf gestützt hat, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Kann-Versorgung wegen eines chronischen Müdigkeitssyndroms nicht erfüllt sind. Die nach § 12 Satz 2 AntiDHG auch hier erhebliche Frage, ob das beklagte Land nach der Neuordnung seiner Versorgungsverwaltung noch prozessfähig ist, hält der Senat nicht mehr für klärungsbedürftig. Der zuständige 9. Senat des Bundessozialgerichts, der die Prozessfähigkeit von Amts wegen zu prüfen hat, hat in der Zeit seit dem 1. Januar 2004 in einer Vielzahl von Fällen keinen Anlass zur Beanstandung gesehen.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-09-20