

## L 7 SB 68/05

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
7

1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 5 SB 104/03

Datum  
24.10.2005

2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 7 SB 68/05

Datum  
05.05.2011

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob die Klägerin einen höheren Grad der Behinderung als 70 sowie die Merkzeichen G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr), B (Notwendigkeit ständiger Begleitung), RF (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht) und H (Hilflosigkeit) beanspruchen kann.

Die am ... 1963 geborene Klägerin beantragte am 14. August 2001 bei dem Beklagten die Feststellung von Behinderungen wegen eines ruptierten Aneurysmas sowie Schilddrüsenfunktionsstörungen. Der Beklagte holte den Entlassungsbericht der M.-Klinik G. über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom 15. August 2001 bis 25. September 2001 ein. Dort wurden eine latente Hemiparese links, eine komplette homonyme Hemianopsie (Halbseitenblindheit mit Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfelds) nach links und ein hirnorganisches Psychosyndrom in Folge der Ruptur eines Aneurysmas rechts diagnostiziert. Es hätten keine Paresen bestanden, das Gangbild sei sicher und zügig gewesen, doch hätten noch eine erhebliche hirnorganisch bedingte Leistungsminderung, eine Störung der Aufmerksamkeit sowie eine visuell-räumliche Störung vorgelegen. Mit Bescheid vom 20. März 2002 stellte der Beklagte eine Behinderung mit einem Grad von 70 aufgrund einer Fazialisparese, einer Hirnleistungsminderung, eines hirnorganischen Psychosyndroms, Restlähmungen linksseitig in Folge einer Gefäßruptur im Gehirn sowie einer Sehbehinderung fest.

Dagegen legte die Klägerin am 26. März 2002 Widerspruch ein und begehrte einen Behinderungsgrad von 90 sowie die Feststellung der Nachteilsausgleiche G, B, H und RF. Der Beklagte holte weitere medizinische Unterlagen ein. Nach der ambulanten Untersuchung am 24. April 2002 berichtete Prof. Dr. V. (Chefarzt des St. G. B.): Die klinischen Defektsyndrome wie Hemianopsie, Merkfähigkeitsstörungen und Harnblaseninkontinenz seien als bleibend einzuschätzen. Hingegen könne die geistige und motorische Leistungsfähigkeit durch weitere neurologische Rehabilitation gebessert werden. Der Chefarzt der Augenabteilung Dr. H. stellte am 24. April 2002 einen Visus von 0,4 bzw. 1,0 bei einer Hemianopsie nach links fest. Der ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. J. schlug daraufhin für die linksseitige Restlähmung mit Hirnleistungsminderung und hirnorganischem Psychosyndrom sowie die Fazialisparese nach Gefäßruptur einen Behinderungsgrad von 50 sowie für die Sehbehinderung in Folge des Gesichtsfeldausfalls bei nicht komplett vorliegender Hemianopsie von 30 sowie einen Gesamtgrad von 70 vor. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Rehabilitation lägen die Voraussetzungen für Merkzeichen nicht vor.

Mit Bescheid vom 12. August 2002 lehnte der Beklagte die Feststellung der Merkzeichen G, B, RF und H ab. Dagegen legte die Klägerin am 22. August 2002 Widerspruch ein. Am 16. Mai 2003 übersandte die Augenfachärztin Dr. G. den Befund vom selben Tag, wonach beidseits ausgeprägte Gesichtsfeldausfälle sowie ein Visus von jeweils 1,0 vorlägen. Außerdem zog der Beklagte den Reha-Entlassungsbericht F. vom 20. März 2003 bei, in dem eine Hemianopsie nach links (bei nicht erkennbar herabgesetztem Visus), Konzentrationsstörungen, ein Nervus-ularis-Syndrom rechts bei Zustand nach Operation am 5. Oktober 2000 sowie eine essentielle arterielle Hypertonie diagnostiziert worden waren. Die Lichtreaktion sei direkt und indirekt seitengleich prompt erfolgt. Der Muskeltonus an den oberen und unteren Extremitäten sei ohne trophische Veränderungen regelrecht gewesen. Im Arm- und Beinhalteversuch habe keine Absinktendenz vorgelegen. Bei Prüfung der Muskelkraft hätten keine Paresenzeichen bestanden. Die Koordinationsversuche sowie das Gangbild seien ungestört gewesen. Die Ergometriebelastung bis 100 Watt habe unter Belastung ein adäquates Blutdruckverhalten und keine Einschränkung aus kardiopulmonaler

Sicht gezeigt. Die subjektiv geschilderten Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite hätten durch die veranlasste Diagnostik bestätigt werden können. Am 21. August 2003 teilte der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Z. mit, die Klägerin benötige Hilfe beim An- und Auskleiden (eine Stunde täglich) und der Körperpflege (eine halbe Stunde täglich). Schließlich erstattete Prof. Dr. D. (M.-Universität H.-W.) auf Veranlassung des Beklagten das augenärztliche Gutachten vom 3. November 2003. Danach habe der Visus rechts 0,2 und links 0,32 betragen, doch habe die beidseits herabgesetzte Sehschärfe nicht mit den objektiven Befunden korreliert. Auch die erhobenen Gesichtsfeldbefunde seien in der Ausprägung nicht zu erklären. Der Verdacht einer Aggravation habe sich in der durchgeführten Gesichtsfelduntersuchung bestätigt. Im Sitzen habe die Klägerin keine Orientierungsverluste gezeigt. Doch sei festzustellen gewesen, dass bei Annäherung an die Klägerin von links sie dies deutlich später erkannt habe, als bei Annäherung von rechts. Dies spreche für eine homonyme Hemianopsie.

Mit prüfärztlicher Stellungnahme vom 18. November 2003 führte Dr. H. aus, das Sehvermögen könne aufgrund der Widersprüchlichkeit zwischen dem objektiven Untersuchungsbefund und den subjektiven Angaben der Klägerin beurteilt werden. Da schon frühzeitig eine homonyme Hemianopsie nach links festgestellt worden sei, könne von einer kompletten Hemianopsie nach links mit einem Behinderungsgrad von 40 ausgegangen werden. Der Hirnschaden mit Kalottendefekt und hirnorganischer Leistungs-minderung rechtfertige einen Behinderungsgrad von 50. Weitere Behinderungen an den Armen und Beinen bestünden nicht. Der hausärztliche Befundbericht könne nicht nachvollzogen werden, da Hilfen beim An- und Auskleiden sowie bei der Körperpflege dem davor erstellten Reha-Bericht nicht zu entnehmen und auch nicht notwendig seien, da keine Lähmungen bestünden. Mit Widerspruchsbescheid vom 2. Dezember 2003 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen die Bescheide vom 25. März 2002 und 12. August 2002 zurück.

Am 15. Dezember 2003 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Dessau Klage erhoben. Sie hat vorgetragen, zwar hätten sich die anfängliche Halbseitenlähmung und der Sehverlust zurückgebildet. Doch bestehe eine hochgradige Einengung beider Gesichtsfelder, die zur Fahr- und Höhenuntauglichkeit sowie zu Orientierungsschwierigkeiten in fremder Umgebung führten. Sie erhalte eine Rente wegen voller Erwerbsminderung sowie Pflegegeld nach der Pflegestufe I.

Das SG hat weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dr. Z. hat am 30. April 2004 über gleich gebliebene Behinderungen berichtet und weitere Unterlagen beigelegt. Aufgrund des stationären Aufenthalts der Klägerin im Klinikum F. (Klinik für Neurologie) wurden am 11. November 2003 ein hirnorganisches Psychosyndrom, eine diskrete Fazialismundastchwäche links sowie eine Hemianopsie links diagnostiziert. Die Hirnleistungsdiagnostik habe erhebliche Mängel im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung, Merkfähigkeit und Abstraktionsleistung gezeigt. Die unteren Extremitäten seien beidseits unauffällig gewesen, der Tonus rechts in den oberen Extremitäten sei diskret gemindert gewesen. Das Computertomogramm (CT) des Hirnschädels vom 6. November 2003 habe einen temporalen Substanzdefekt im rechten Hirnparenchym gezeigt. Weiterhin hat Dr. Z. den elektroenzephalographischen Befund (EEG) vom 30. November 2001 übersandt, mit dem eine epileptische Aktivität ausgeschlossen worden war. Mit Befundbericht vom 19. Mai 2004 hat die Fachärztin für Augenheilkunde Dr. G. einen Visus von rechts 1,0 und links 0,9 sowie beidseits ausgeprägte Gesichtsfeldskotome festgestellt. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. N. hat am 21. September 2004 Gesichtsfeldeinschränkungen, eine Gleichgewichtsstörung beim Stand und Gang, eine halbseitige Sensibilitätsminderung im Gesicht, am Körper, am rechten Arm und Bein, eine psychomotorische Verlangsamung, zeitweilig Wortfindungsstörungen, eine auffällige Reizbarkeit sowie Beeinträchtigungen der kognitiven und mnestischen Funktionen diagnostiziert. Das EEG vom 24. Juni 2004 habe keine wesentliche Änderung im Vergleich zum November 2001 gezeigt. Eine epileptische Aktivität habe nicht vorgelegen.

Auf Antrag der Klägerin hat Dr. P. (Klinikum F., Klinik für Augenheilkunde) das Gutachten vom 25. Mai 2005 nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erstattet. Danach habe die Klägerin einen beidseitigen größeren Gesichtsfeldschaden. Allerdings gebe es für diese Feststellung kein objektives Messverfahren. Problematisch seien die unterschiedlichen, zum Teil gravierend abweichenden Angaben der Klägerin hinsichtlich der Sehschärfe und in den Gesichtsfelduntersuchungen der Voruntersucher. Dies könne auf eine Störung der Zentralnervenfaser, auf eine Minderung der Aufmerksamkeitsleistung oder auf eine Aggravation hindeuten. Ob ein Lerneffekt aus den vielen Voruntersuchungen (mit Akteneinsicht durch die Klägerin) das Ergebnis der eigenen Untersuchung beeinflusst habe, könne er nicht mit Sicherheit ausschließen. Die von ihm erhobenen Befunde zeigten eine Gesichtsfeldeinengung von 90%. Die Visusminderung von 5% führe zu einem Gesamtbehinderungsgrad von 92,5. Unter Berücksichtigung des Hirnschadens betrage der Gesamtbehinderungsgrad 100. Aufgrund des Gesichtsfeldausfalls sei die Klägerin erheblich in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt. Durch die Kombination aus motorischer Gangunsicherheit und Gesichtsfeldeinengung könne sie sich schlecht orientieren und benötige eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung. Daraus resultiere die Notwendigkeit zur ständigen Begleitung bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Anerkennung des Merkzeichens RF sei zu empfehlen.

Der Beklagte hat unter Vorlage der prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. K. dagegen eingewandt: Es sei weiterhin von Aggravation auszugehen. Der Befund am Auge (insbesondere Augenhintergrund) sei seit Jahren nahezu unverändert und könne die erheblichen Gesichtsfeldeinschränkungen und die wechselnde Sehschärfe nicht erklären. Eine Progredienz der nach der Hirnblutung gebliebenen strukturellen Veränderungen am Gehirn habe bei den bildgebenden Untersuchungen nicht festgestellt werden können. Kognitive Einschränkungen seien zwar vorhanden, jedoch nicht so schwerwiegend, dass die unterschiedlichen Angaben der Klägerin dadurch bedingt sein könnten, zumal im Reha-Bericht 2003 ein vollschichtiges Leistungsvermögen für mindestens leichte körperliche Tätigkeiten gesehen worden sei.

Mit Urteil vom 24. Oktober 2005 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Es liege ein Gesamtbehinderungsgrad von 70 vor. Die Klägerin leide an einem Hirnschaden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung, da die Aufmerksamkeitsleistung, die Merkfähigkeit und die Abstraktionsleistung eingeschränkt seien. Es lägen eine psychomotorische Verlangsamung und zeitweilige Wortfindungsstörungen vor. Die Gesichtsfeldeinschränkung aufgrund der Hirnblutung rechtfertige einen Einzelbehinderungsgrad von 40. Objektiv zeigten beide Augen einen normalen Befund, die subjektiv angegebene konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes lasse sich nach den Angaben von Prof. Dr. D. nur bedingt bestätigen. Nach dessen und nach den Angaben von Dr. P. sei eine Diskrepanz zwischen der angegebenen Gesichtsfeldeinschränkung und der sicheren Navigation und Orientierung im Raum auffällig. Es sei auf eine Aggravation und die Möglichkeit eines Lerneffekts aus den vielen Voruntersuchungen hingewiesen worden. Auch ein Anspruch auf die begehrten Merkzeichen bestehe nicht.

Gegen das ihr am 4. November 2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 5. Dezember 2005 (Montag) Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Mit einem am 6. Juni 2006 beim LSG eingegangenen Schreiben hat die Klägerin sich persönlich an das

Gericht gewandt und ausgeführt, seit dem 1. Januar 2005 sei ihr die Erwerbsunfähigkeitsrente entzogen worden. Ihr Gesundheitszustand habe sich aber nicht gebessert, Folgeschäden und Einschränkungen seien bekannt. Der Behinderungsgrad von 70 sei nicht ausreichend, da sie Hilfe und Begleitung brauche, so z.B. beim Einkaufen und Fahrten zum Arzt. Sie hat weitere Arztbriefe des Klinikums Neustadt vom 2. März 2005 und 20. Juni 2005 übersandt. Danach sei ein erhebliches hirnanorganisches Psychosyndrom verblieben. Das EEG habe einen unveränderten Befund gezeigt. Eine zweifelsfreie epileptische Aktivität könne nicht angenommen werden. Außerdem hat die Klägerin ein Gutachten nach Aktenlage der Agentur für Arbeit W. vom 23. Juni 2005 vorgelegt, wonach keine Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegeben sei. Nach dem ärztlichen Attest des Dipl.-Med. N. vom 8. Februar 2007 habe sich die Klägerin verhältnismäßig gut erholt, allerdings seien eine Sehbehinderung sowie ein hirnanorganisches Psychosyndrom verblieben. Der Befund vom Februar 2007 wirke im Vergleich zu den Vorbefunden nicht mehr so stark ausgebreitet über der rechten Hemisphäre, sei aber nach wie vor pathologisch. Nach dem Entlassungsbericht der P.-Stiftung W. vom 16. April 2007 war dort eine mediale Teilmeniskektomie erfolgt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 24. Oktober 2005 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 20. März 2002 abzuändern, den Bescheid vom 12. August 2002 aufzuheben, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Dezember 2003, und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr einen Grad der Behinderung von mindestens 90 sowie die gesundheitlichen Voraussetzungen der Merkzeichen G, B, RF und H festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Rentenversicherungsakte der Klägerin beigezogen. Nach dem Gutachten des Augenarztes W. vom 8. Dezember 2003 hatte dieser die Hemianopsie nicht bestätigen können. Mit Gutachten vom 21. Januar 2004 hatte der Facharzt für Neurologie/Psychiatrie Dr. S. eine dysphorische Persönlichkeitsstörung (misslaunige, gereizte Stimmung), möglicherweise als Ausdruck einer hirnanorganischen Veränderung mit Hemiparese rechts diagnostiziert. Residuen für eine Halbseitensymptomatik hätten sich nicht gefunden. Die Klägerin sei zielbewusst aufgetreten. Sie habe guten Überblick, Situationskenntnis und auch Abstraktionsvermögen im Hinblick auf die sozialmedizinischen Belange gezeigt. Für eine anderweitige Psychostörung hätten keine Anhaltspunkte bestanden. Der Stand und Gang seien ohne Hinweise auf eine Hemiparese flüssig, von der Bewegung aber verlangsamt ausgeführt worden. Die Klägerin habe zwar behauptet, sie sei so gut wie blind. Es habe ihr aber keine Mühe bereitet, sich im Raum zu orientieren, gezielt auf die Untersuchungsliege, die Tür und den Stuhl zuzugehen, ihre Kleidung anzuziehen, den Beutel gezielt aufzunehmen, zuzufassen, und in Unterlagen sowie ihr Portemonnaie zu suchen. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. B. (Universitätsklinik für Augenheilkunde O.-Universität M.) vom 8. Dezember 2004 habe aufgrund des Aggravationsverhaltens der Klägerin keine Einschätzung erfolgen können. Objektiv hätten beide Augen einen normalen augenärztlichen Befund gezeigt. Die Diskrepanz zwischen der angegebenen Gesichtsfeldeinschränkung und der sicheren Navigation und Orientierung im Gebäude und den Räumen der Universitätsklinik sowie dem gezielten Ergreifen von Objekten sei auffällig gewesen. Eine Einschränkung des Gesichtsfelds sei zwar möglich, sei aber nicht so ausgeprägt, wie die Klägerin in der Untersuchung angegeben habe. Nach der augenärztlichen Einschätzung von Dr. B. vom 13. Dezember 2006 liege beidseits eine diskrete temporale Optikusatrophie vor. Eine sichere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Aggravationsverdachts allerdings nicht möglich. Nach dem Gutachten des Dr. S. (Chefarzt der Abteilung für psychiatrische Erkrankungen Klinik W.) vom 17. Oktober 2007 leide die Klägerin an einem hirnanorganischen Psychosyndrom und Aphasie (zentrale Sprachstörung). Dem allgemeinen Arbeitsmarkt stehe sie krankheitsbedingt nicht mehr zur Verfügung. Gegenüber Dr. S. hatte die Klägerin geäußert, sie gehe einkaufen und besuche Freunde.

Die Klägerin hat weitere Unterlagen vorgelegt. Der Facharzt für Nuklearmedizin Dr. H. hatte am 25. Juni 2007 ein Rezidivstruma diagnostiziert. Nach dem enzephalographischen Befund des Dipl.-Med. N. (Nr. 185/08) lägen epilepsieverdächtige Abläufe und eine Ausbreitung der Herdstörung über die gesamte Hemisphäre vor. Im Arztbrief der E.-Klinik GmbH vom 22. Oktober 2008 war von einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) berichtet worden. Mit Radiologiebefund vom 30. September 2008 hatten Dres. L. eine Befundänderung im Vergleich zur MRT-Voruntersuchung vom 10. Oktober 2002 ausgeschlossen. Nach dem Arztbrief des Dipl.-Med. N. vom 29. Januar 2009 sei die Klägerin im November 2008 einmal umgefallen. Er hat eine Migräne, ein neuropathisches Schmerzsyndrom, ein hirnanorganisches Psychosyndrom sowie eine symptomatische Grand-mal-Epilepsie diagnostiziert und berichtet, eine medikamentöse Behandlung sei eingeleitet worden.

Mit Schreiben vom 5. März 2009 hat der Beklagte auf das augenärztliche Gutachten der Assistenzärztin Sch. (Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinik M.) vom 25. Juli 2008 hingewiesen, das diese auf Veranlassung des Landesverwaltungsamts erstellt hatte. Danach seien die elektrophysiologischen Untersuchungen unauffällig gewesen. Es habe einen Widerspruch zwischen den subjektiven Visusangaben und der objektiven Visuseinschränkung sowie einen Widerspruch zwischen dem subjektiv stark eingeschränkten dynamischen Gesichtsfeld nach Goldmann gegenüber der sicheren Orientierung im Raum vorgelegen. Es sei von Aggravation auszugehen. Der Beklagte sieht dadurch den Verdacht auf eine Aggravation bestätigt. Eine sozialmedizinische Bewertung sei daher nicht zulässig. Die bisher wegen falscher Angaben zu hoher Bewertung der Sehbehinderung finde keine Berücksichtigung mehr. Wegen der Hirnleistungsminderung sei ein Behinderungsgrad von 50 festzustellen.

Der Senat hat das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt vom 2. Februar 2009 beigezogen. Danach sei die Alltagskompetenz der Klägerin nicht eingeschränkt. Es wurde ein verlangsamtes, aber selbständiges Gehen am Rollator festgestellt. Mit Brille könne die Klägerin lesen. Sie sei allseits orientiert gewesen, habe Anliegen und Bedürfnisse äußern und Aufforderungen nachkommen können. Sie suche regelmäßig mit Hilfe ihrer Mutter ihre behandelnden Ärzte auf und nehme zweimal wöchentlich an einem Reha-Kurs im Fitnessstudio teil. Der Grundpflegebedarf wurde mit 23 Minuten pro Tag und der hauswirtschaftliche mit 37 Minuten pro Tag eingeschätzt.

Die Klägerin hat den Radiologiebefund vom 16. Oktober 2009, den Arztbrief des Facharztes für radiologische Diagnostik Dr. D. vom 6. November 2009 und den Arztbrief des Facharztes für radiologische Diagnostik Dr. S. vom 13. November 2009 übersandt. Der Senat hat weitere Befundberichte eingeholt. Dr. G. hat am 15. Dezember 2009 mitgeteilt, ein Karpaltunnelsyndrom oder ein Rezidiv eines Sulcus-ulnaris-Syndroms habe ausgeschlossen werden können. Die Beschwerden seien vertebralem bedingt bzw. psychosomatisch. Die Fachärztin

für Innere Medizin Dipl.-Med. A. hat am 1. März 2010 eine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung ausgeschlossen. Dr. Z. hat am 22. März 2010 über eine gut eingestellte Hypertonie berichtet.

Die Klägerin hat weitere Unterlagen vorgelegt. Nach dem Arztbrief der Klinik F. vom 31. März 2010 lägen noch eine Antriebsminderung sowie ein ausgeprägtes Psychosyndrom vor. Das MRT des Schädels habe keine Hinweise für eine Perfusionsstörung links-hemisphärisch gezeigt, die die geschilderte Halbseitensymptomatik rechts erklären könne. Es lägen keine Hinweise für ein Restaneurysma oder Rezidivwachstum vor. Aus neurochirurgischer Sicht seien keine weiteren Routinekontrollen erforderlich. Nach dem Arztbrief der Dres. L. habe das Schädel-Neurocranium vom 9. März 2010 einen identischen Befund zur Voruntersuchung gezeigt. Hinweise auf ein frisches ischämisches Geschehen, eine erneute Blutung oder einen anderweitiger Herdbefund lägen nicht vor. Nach dem Arztbrief des E.-Klinikums vom 22. September 2010 sei eine Operation des Nervus ulnaris im rechten Ellenbogen erfolgt. Mit Arztbrief des J.-Krankenhauses F. über den stationären Aufenthalt vom 12. bis 20. Januar 2011 wurde eine Erkrankung des entzündlich-rheumatischen Formenkreises ausgeschlossen. Es war ein Finger-Boden-Abstand von 45 cm, Klopfschmerz im Bereich der LWS und ein ansonsten unauffälliger orthopädischer Befund festgestellt worden. Der letzte epileptische Krampfanfall sei danach im September 2010 aufgetreten.

Auf Veranlassung des Senats haben Prof. Dr. H. (Neurologische Universitätsklinik M.) und Dipl.-Psych. B. das neurologische Gutachten vom 12. Mai 2010 sowie das neuropsychologische Zusatzgutachten vom 30. Juli 2010 erstattet. Danach hätten die im Anschluss an die Blutung diagnostizierte linksseitige Fazialisparese und leichte Lähmung von Arm und Bein in der aktuellen neurologischen Untersuchung wie auch in den Untersuchungen der letzten Jahre nicht mehr festgestellt werden können. Die von der Klägerin demonstrierte hochgradige Lähmung des rechten Arms und des rechten Beins mit Behinderung beim Gehen sei neurologisch nicht zu objektivieren. Die unauffällige Motorik und normale funktionelle Beweglichkeit bei Fokusverlagerung in emotionalen und in unbeachteten Situationen sprächen für eine Simulation von Beschwerden. Dieser Verdacht werde durch ein fehlendes zerebrales Schnittbildkorrelat, unauffällige elektrophysiologische Befunde und anhand der auch aktenkundigen Dokumentation einer normalen Motorik in unbeachteten Situationen unterstützt. Weiterhin sei von einer Hemianopsie nach links auszugehen. In den alltäglichen Aktivitäten der Untersuchungssituation seien aber keine Beeinträchtigungen aufgefallen, auch in der neuropsychologischen Testung sei diese kompensiert gewesen. Für das Vorliegen des von der Klägerin angegebenen Tunnelblicks fänden sich keine entsprechenden Verhaltensweisen in der Untersuchungssituation. Sie habe sich in den Untersuchungsräumen unauffällig orientieren können. Auch hier bestehe der dringende Verdacht auch eine Simulation von Beschwerden. Nachdem bereits zuvor epilepsieverdächtige elektroencephalographische Befunde erhoben worden seien, seien erstmals im November 2008 epileptische Anfälle aufgetreten. Die anfallsartigen Zustände aufgrund einer symptomatischen Epilepsie nach zerebraler Blutung seien nach den Angaben der Klägerin seit dem Behandlungsbeginn aber nur noch selten aufgetreten. Zum Untersuchungszeitpunkt sei sie schon lange nicht mehr beim Neurologen gewesen und einen Anfallskalender habe sie nicht mitgebracht. Fehlende neurologische Befunde über epileptische Anfälle stützten die Angabe von nur vereinzelt Anfällen in großen Abständen. Dafür spreche auch das bei der Untersuchung durchgeführte EEG, welches einen Herdbefund als Korrelat des Substanzdefekts gezeigt habe, jedoch keine epilepsietypischen Potenziale.

Weiterhin hat der Sachverständige ausgeführt, das Vorliegen und ggf. das Ausmaß eines möglichen hirnganzen Psychosyndroms nach der erlittenen Hirnblutung könne aufgrund der fehlenden Mitarbeit der Klägerin sowie des dringenden Verdachts auf Simulation von Beschwerden praktisch nicht beurteilt werden. So seien aufgrund der erlittenen Hirnschädigung kognitive Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit sowie der exekutiven Funktion zu erwarten, jedoch nicht zwingend notwendig. Das Leistungsprofil im Zusatzgutachten habe in Ausmaß und Schwere bei Weitem das zu Erwartende übertroffen, so dass eine Differenzierung gegenüber einer Aggravation/Simulation bzw. deren Gewichtung zueinander nicht möglich sei. Nach den Ausführungen von Dipl.-Psych. B. im Zusatzgutachten seien die Auffälligkeiten im Verhalten und Testleistung nicht durch eine neurologische, psychiatrische oder Entwicklungsstörung zu erklären, sondern das Ergebnis einer bewussten und willentlichen Bemühung mit dem Ziel, den Krankheitsgewinn (Behinderungsgrad von über 70 sowie diverse Merkmale) zu erreichen. Die Klägerin habe wiederholt zur Verwirklichung eigener Vorstellungen und Wünsche ein lautstark-aggressiv und forderndes Verhalten gezeigt. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit simuliere sie Beschwerden. Dafür spreche, dass die gezeigten kognitiven Defizite nach gegenwärtigen Modellen und der Funktion des zentralen Nervensystems nicht mit der erlittenen Hirnschädigung vereinbar seien. Nach rechtsseitigen Hirnschädigungen sollten die Leistungen in Verbaltests nicht beeinträchtigt sein. Auch eine Beeinträchtigung des episodischen oder semantischen Gedächtnisses sei nicht zu erwarten. Das gezeigte intellektuelle Leistungsniveau (IQ von 43) sei mit dem prä-morbiden intellektuellen Niveau der Klägerin nicht annähernd vereinbar. Mehrfach habe sie Aufgaben mit höherer Schwierigkeit schneller gelöst als Aufgaben mit geringerer Schwierigkeit. Sie habe selbst Aufgaben nicht bewältigt, die Patienten mit sehr schwerer Hirnschädigung lösen könnten. In einer visuellen Merkaufgabe sei zuerst ein normaler Leistungsanstieg zu beobachten gewesen, plötzlich sei jedoch ein Abfall und konstantes Verbleiben auf sehr niedrigem Level erfolgt. Stark überlernte und automatisierte Wissensinhalte seien fehlerhaft und extrem langsam abgerufen worden. Auffallend sei auch gewesen, dass die Klägerin bei einer Aufgabe mit Anforderungen an höhere Exekutivfunktionen wie planerisches und strategisches Denken das einzige normgerechte Ergebnis der gesamten Untersuchung erzielt habe. Bei Befragungen habe sie mit sehr großer Latenz und im Telegramm-Stil geantwortet, Jahreszahlen und Geburtsdaten habe sie buchstabiert. In Pausen oder bei emotionaler Erregung habe sie aber eine flüssige und unauffällige Sprache gezeigt. Auch ihre Blutdruckwerte habe sie in normaler Form nennen können. Dieses Sprachmuster sei mit einer aphasischen Störung nicht vereinbar. Sie habe darüber hinaus eine annähernd vollständige Amnesie und annähernd vollständige zeitliche Orientierungsstörungen beklagt, habe jedoch über ihre Medikation inklusive Dosierung, Tageszeit der Einnahme und Indikation des jeweiligen Präparates exakt Auskunft geben können. Keine Schwierigkeiten habe ihr auch das Erinnern an bestimmte Inhalte der neurologischen Begutachtung bereitet, die bereits einige Wochen zurückgelegen hatte. Auch zwischen ihren Angaben und den Angaben ihrer Mutter hätten deutliche Diskrepanzen bestanden. So habe sie sich deutlich hilfebedürftiger dargestellt, als es ihre Mutter getan habe, nach deren Angaben sie sich regelmäßig mit Bekannten treffe und Bowling spielen gehe.

Zusammenfassend hat der Sachverständige für die homonyme Hemianopsie einen Einzelbehinderungsgrad von 40 und für die posttraumatische Epilepsie von 50 sowie einen Gesamtbehinderungsgrad von 70 vorgeschlagen. So schränkten beide Gesundheitsstörungen z. B. das Führen eines PKW ein bzw. machten dies unmöglich. Die Einschätzung treffe auf den gesamten Zeitraum seit dem 14. August 2001 zu. Die Verbesserung durch die nicht mehr nachzuweisenden Restlähmungen und die Fazialisparese links werde durch die neu aufgetretene symptomatische Epilepsie kompensiert. Keine der Funktionsstörungen würden sich auf die Gehfähigkeit der Klägerin auswirken. Das Gangbild der Klägerin sei mit und ohne Hilfsmittel bei fokussierter Prüfung und unter Beobachtung breitbeinig ataktisch unsicher mit Nachziehen des rechten Beines/Fußes. Hier liege eine Simulation von Beschwerden vor. In Phasen der Ablenkung bzw. Fokussierung auf andere Untersuchungsinhalte sei das Gangbild ohne Hilfsmittel unauffällig. Die Klägerin könne Wegstrecken bis 2000 m im Ortsverkehr zurückzulegen. Sie sei bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln nicht ständig auf fremde Hilfe angewiesen und

in der Lage, in nennenswertem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Die hier möglicherweise limitierend wirkenden epileptischen Anfälle träten unter antikonvulsiver Prophylaxe sehr selten auf. Für wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, psychische Erholung, geistige Anregung, Kommunikation) bedürfe die Klägerin keiner Hilfe. Insgesamt aggraviere und simuliere die Klägerin Beschwerden im hohen Ausmaß.

Der Beklagte verweist auf die prüfärztliche Stellungnahme ihrer ärztlichen Gutachterin Dr. W. vom 21. März 2011. Danach sei aufgrund des ausgeprägten Simulations- und Aggravationsverhaltens keine sozialmedizinische Bewertung mehr vertretbar.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstands wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakten nebst Beiakten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats waren.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Maßgeblich ist bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000, [B 9 SB 3/99 R](#), [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#) S. 22). Danach liegt bei der Klägerin seit der Antragstellung am 14. August 2001 bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung kein höherer Grad der Behinderung als 70 vor. Auch die Voraussetzungen für die Feststellung der begehrten Merkmale sind nicht gegeben.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Der hier anzuwendende [§ 69 SGB IX](#) ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) und vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Feststellung eines Grads der Behinderung von 90 ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Nach [§ 69 Abs. 4 SGB IX](#) hat der Beklagte auch über das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleich, also der begehrten Merkmale H, G, B und RF zu entscheiden. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzählung zitiert. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Diese Vorschrift knüpft materiellrechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den Grad der Behinderung die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) aufgestellt worden.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 3/02 R](#), [SozR 4-3800 § 1 Nr. 3](#) Rdnr. 12, m.w.N.). Die in den Anhaltspunkten enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des Grades der Behinderung bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind inhaltlich weitgehend unverändert in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in den Fassungen von 1996, 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden.

Der Bemessung des Grades der Behinderung ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach Teil A, Seite 19 werden Grad der Schädigung und der Grad der Behinderung nach gleichen Grundsätzen bemessen und unterscheiden sich begrifflich nur dadurch, dass der Grad der Schädigung nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der Grad der Behinderung auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, Seite 20) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

Nach diesen Maßstäben kann bei der Klägerin kein höherer Grad der Behinderung als 70 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf das Gutachten des Prof. Dr. H. einschließlich des Zusatzgutachtens der Dipl.-Psych. B., die prüfärztlichen Stellungnahmen des Beklagten und

die eingeholten medizinischen Unterlagen.

a)

Das Hauptleiden der Klägerin wird durch die erlittene Hirnblutung geprägt, die zu einem bildtechnisch gesicherten Hirnsubstanzverlust geführt hat. Damit ist das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche betroffen. Für dieses Funktionssystem ist ein Einzelbehinderungsgrad von 40 festzustellen.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (B 3.1, S. 35 ff) ist für die Beurteilung des Behinderungsgrads bei Hirnschäden das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen bestimmend. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommt ein Bewertungsrahmen von 20 bis 100 in Betracht. Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung werden mit einem Behinderungsgrad von 30 bis 40, Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung mit 50 bis 60 und Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung mit 70 bis 100 bewertet (Versorgungsmedizinischen Grundsätze, B 3.1.1, S. 36). Sofern der Hirnschaden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Symptomen (Hirnschäden mit psychischer Störung, zentrale vegetative Störungen, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, kognitive Leistungsstörungen, zerebral bedingte Teillähmungen, Parkinson-Syndrom, Epileptische Anfälle) verbunden ist, kommen jeweils spezielle Bewertungsmaßstäbe zur Anwendung (Versorgungsmedizinischen Grundsätze, B 3.1.1, S. 36 ff.).

Der Klägerin ist nach den Befunden des Dipl.-Med. N. (einschließlich des enzephalographischen Befundes aus dem Jahre 1998) sowie nach den gutachtlichen Ausführungen des Prof. Dr. H. eine im November 1998 manifestierte Grand-Mal-Epilepsie bzw. eine symptomatische Epilepsie nach zerebraler Blutung diagnostisch gesichert. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (B 3.2, S. 38) ist bei sehr selten auftretenden Anfällen (generalisierte [große] und komplexfokale Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr sowie kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten) ein Behinderungsgrad von 40 festzustellen. Bei epileptischen Anfällen mittlerer Häufigkeit (generalisierte [große] und komplex-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Tagen) ist ein Bewertungsrahmen von 50 bis 60 vorgesehen. Sofern nach drei Jahren Anfallsfreiheit besteht, jedoch eine weitere antikonvulsive Behandlung notwendig ist, beträgt der Behinderungsgrad 30.

Danach rechtfertigt die Epilepsie der Klägerin einen Behinderungsgrad von allenfalls 40. Zwar hat Prof. Dr. H. hierfür einen Behinderungsgrad von 50 vorgeschlagen, doch geht auch er nicht von einer mittleren Häufigkeit, sondern von selten auftretenden epileptischen Anfällen aus. Nach Beginn der medikamentösen Therapie sind nach den Angaben der Klägerin gegenüber Prof. Dr. H. große Anfälle nur selten vorgekommen. Dokumentiert sind diese allerdings nicht und zum Zeitpunkt der Untersuchung war die Klägerin schon lange nicht mehr beim Neurologen. Auch konnte sie keinen Anfallskalender zur Untersuchung vorgelegen. Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen stützen die fehlenden neurologischen Befundberichte und Befunde über mögliche epileptische Anfälle die Angabe von nur vereinzelt Anfällen in großen Abständen. Dafür spricht auch das bei der Untersuchung durchgeführte EEG, welches einen Herdbefund als Korrelat des Substanzdefekts gezeigt hat, jedoch keine epilepsietypischen Potenziale. Somit kann nach den Ausführungen von Prof. Dr. H. und unter Berücksichtigung der weiteren Unterlagen allenfalls von seltenen Anfällen ausgegangen werden, die einen Behinderungsgrad von 40 rechtfertigen.

Die von der Klägerin behaupteten und von ihr bei der Untersuchung durch den Sachverständigen demonstrierten zerebral bedingten Teillähmungen sowie Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen sind offenbar nicht medizinisch bedingt, sondern simuliert und führen damit zu keinem Behinderungsgrad. Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass die im Anschluss an die Blutung diagnostizierte linksseitige Fazialisparese und leichte Lähmung von Arm und Bein in seiner aktuellen neurologischen Untersuchung wie auch in den Untersuchungen der letzten Jahre objektiv nicht mehr festgestellt werden konnten. Deshalb ist er zu Recht von einer Simulation der Beschwerden ausgegangen, da in emotionalen und unbeachteten Situationen die Motorik unauffällig und die funktionelle Beweglichkeit normal gewesen seien. Der vom Sachverständigen geäußerte Simulationsverdacht war auch für den Senat schlüssig, da für neurologische Ausfallerscheinungen ein zerebrales Schnittbildkorrelat gefehlt hat und die elektrophysiologischen Befunde unauffällig waren. Zudem ist eine normale Motorik in unbeachteten Situationen mehrfach aktenkundig festgehalten worden.

Auch die von Dr. S. am 17. Oktober 2007 diagnostizierte Sprachstörung (Aphasie) liegt nach den nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen von Prof. Dr. H. und Dipl.-Psych. B. derzeit objektiv nicht vor. Bei Befragungen hat die Klägerin zwar mit sehr großer Latenz und im Telegramm-Stil geantwortet, Jahreszahlen und Geburtsdaten hat sie buchstabiert. In Pausen oder bei emotionaler Erregung hat sie aber eine flüssige und unauffällige Sprache gezeigt und über ihre Medikation inklusive Dosierung, Tageszeit der Einnahme und Indikation des jeweiligen Präparates exakt Auskunft geben können. Sie hat auch ihre Blutdruckwerte in normaler Form nennen können, sodass das Sprachmuster einer aphasischen Störung ausgeschlossen werden konnte. Vielmehr lag auch in Bezug auf die Sprachstörung eine Simulation der Beschwerden vor.

Ob und in welchem Ausmaß die Hirnblutung der Klägerin zu einer psychischen Störung oder kognitiven Leistungsstörungen geführt hat, kann wegen der Aggravation und Simulation der Klägerin nicht festgestellt werden. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. H. sind aufgrund der erlittenen Hirnschädigung kognitive Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit sowie der exekutiven Funktion zu erwarten, jedoch nicht zwingend notwendig. Zwar wurden mehrfach Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Reha-Entlassungsbericht vom 20. März 2003, Epikrise Klinikum F. vom 11. November 2003), Merkfähigkeitsstörungen (Prof. Dr. V. am 24. April 2004) sowie eine psychomotorische Verlangsamung, zeitweilig Wortfindungsstörungen, eine auffällige Reizbarkeit sowie Beeinträchtigungen der kognitiven und mnestischen Funktionen (Befundbericht des Dipl.-Med. N. vom 21. September 2004 sowie dessen Arztbriefe vom 2. März und 20. Juni 2005) diagnostiziert. Die Begutachtungen durch Prof. Dr. H. und Dipl.-Psych. B. waren jedoch durch Simulation und Aggravation der Beschwerden geprägt, sodass der Senat nicht feststellen kann, in welchem Umfang derzeit psychische Störungen oder kognitive Leistungsstörungen vorliegen. Nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast kann daher keine weitere Erhöhung des Behinderungsgrades im Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche vorgenommen werden.

Für eine Simulation und Aggravation der Beschwerden spricht zunächst, dass nach den Ausführungen von Prof. Dr. H. und Dipl.-Psych. B. das Leistungsprofil im Zusatzgutachten das Ausmaß und die Schwere bei Weitem als zu erwartend übertroffen haben. Unter Berücksichtigung der umfangreichen, in sich stimmigen und überzeugenden Ausführungen von Dipl.-Psych. B. im Zusatzgutachten geht der

Senat davon aus, dass die Auffälligkeiten im Verhalten und Testleistung nicht durch eine neurologische, psychiatrische oder Entwicklungsstörung zu erklären sind, sondern das Ergebnis einer bewussten und willentlichen Bemühung mit dem Ziel, den Krankheitsgewinn (Behinderungsgrad von über 70 sowie diverse Merkmale) zu erreichen. Dafür spricht, dass die von der Klägerin demonstrierten kognitiven Defizite nach gegenwärtigen Modellen und der Funktion des zentralen Nervensystems nicht mit der 2001 erlittenen Hirnschädigung erklärt werden können. Auch war das gezeigte intellektuelle Leistungsniveau nicht annähernd mit dem prämorbidem intellektuellen Niveau der Klägerin (Abschluss 10. Klasse) vereinbar. Zudem konnte sie mehrfach Aufgaben mit höherer Schwierigkeit schneller lösen als Aufgaben mit geringerer Schwierigkeit. Andererseits hat sie selbst Aufgaben nicht gelöst, die Patienten mit sehr schwerer Hirnschädigung lösen können. Stark überlernte und automatisierte Wissensinhalte hat sie fehlerhaft und extrem langsam abgerufen. Für eine Simulation spricht auch, dass die Klägerin bei einer Aufgabe mit Anforderungen an höhere Exekutivfunktionen wie planerisches und strategisches Denken das einzige normgerechte Ergebnis der gesamten Untersuchung erzielt hat. Keine Schwierigkeiten hat ihr auch das Erinnern an bestimmte Inhalte der neurologischen Begutachtung bereitet, die bereits einige Wochen zurückgelegen hatte. Ferner hat Dipl.-Psych. B. auf deutliche Diskrepanzen zwischen den Angaben der Klägerin und denen ihrer Mutter zum Hilfebedarf hingewiesen.

Für eine Aggravation und Simulation der psychischen Beschwerden und der kognitiven Defizite spricht auch das an das LSG selbst verfasste handschriftliche Schreiben der Klägerin. Klar formuliert und im Gedankengang geordnet hat sie ihre Gesundheitssituation geschildert und ihrem Begehren sprachlich gezielt Nachdruck verliehen. Auch Dr. ... hat in seinem Gutachten vom 21. Januar 2004 bereits auf das gezielt eingesetzte Auftreten der Klägerin hingewiesen. Zwar hatte dieser eingeräumt, die missläunig gereizte Stimmung könne auch Ausdruck einer hirnorganischen Veränderung sein. Doch hat er daraus keine Einschränkungen im Alltag ableiten können. Die Klägerin hatte auch bei seiner Untersuchung einen guten Überblick, Situationskenntnis und Abstraktionsvermögen im Hinblick auf sozialmedizinische Belange gezeigt. Schließlich hat Dr. S. Anhaltspunkte für eine anderweitige psychische Störung ausschließen können. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ausführungen von Prof. Dr. V. zu verweisen, der schon am 24. April 2002 die weitere Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit in Aussicht gestellt hat. Damit übereinstimmend hat Dipl.-Med. N. am 8. Februar 2007 über die verhältnismäßig gute Erholung der Klägerin berichtet und mitgeteilt, der bildgebende Befund zeige im Vergleich zu den Vorbefunden keine so starke Ausbreitung über der rechten Hemisphäre mehr. Letztlich wurde auch im MDK-Gutachten vom 2. Februar 2009 ausgeführt, die Klägerin könne Bedürfnisse äußern und Aufforderungen nachkommen. Damit werden die Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen zur Simulation und Aggravation durch die weiteren Unterlagen vollumfänglich gestützt. Somit verbleibt es für das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche bei einem Behinderungsgrad von 40.

b)

Aufgrund der bestehenden Gesichtsfeldeinschränkung der Klägerin ist das Funktionssystem Augen betroffen. Dafür kann ebenfalls maximal ein Einzelbehinderungsgrad von 40 angenommen werden.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (B 3.10, S. 44) umfasst die Sehbehinderung alle Störungen des Sehvermögens. Für die Beurteilung sind die korrigierte Sehschärfe und Ausfälle des Gesichtsfeldes maßgeblich. Eine vollständige homonyme Hemianopsie ist mit einem Behinderungsgrad von 40 zu bewerten (Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 3.10, S. 48). Bei unvollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen ist der Behinderungsgrad niedriger anzusetzen. Danach liegt hier ein höherer Einzelbehinderungsgrad als 40 - so wie vom Beklagten den angefochtenen Bescheiden zugrunde gelegt - keinesfalls vor und erscheint unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde als sehr wohlwollend. Zwar ist bei der Klägerin aufgrund der Hirnblutung eine Gesichtsfeldeinschränkung eingetreten. Diese geht aus dem Reha-Entlassungsbericht vom September 2001 hervor. Eine weiterhin bestehende Hemianopsie hat Prof. Dr. V. im April 2002 diagnostiziert. Auch Prof. Dr. D. hat eine homonyme Hemianopsie im November 2003 für nachvollziehbar gehalten. Doch hat er bezüglich des Ausmaßes auf eine Aggravation der Klägerin bei der Gesichtsfeldbestimmung hingewiesen. So war bei seiner Untersuchung die zu erwartende Vergrößerung des Gesichtsfeldes in einem Abstand von zwei Metern von einer Testtafel nicht eingetreten, sondern es war sogar zu einer Verringerung gekommen. Auch im Sitzen hatte die Klägerin keine Orientierungsverluste gezeigt. Der Augenarzt W. konnte im Dezember 2003 die Hemianopsie nicht bestätigen. Auch Dr. S. hat in seinem Gutachten vom Januar 2004 auf die Diskrepanz zwischen der behaupteten Sehinderung und der sicheren Orientierung im Raum und der Fähigkeit hingewiesen, ihre Kleidung und den Beutel gezielt aufzunehmen, zuzufassen und Unterlagen zu suchen. Eine Aggravation in Bezug auf die behauptete Einschränkung des Gesichtsfeldes hat auch Prof. Dr. B. in seinem Gutachten vom Dezember 2004 festgestellt, denn die Klägerin habe sich sicher im Gebäude und den Räumen der Universitätsklinik bewegen und gezielt Objekte ergreifen können. Zudem hätten beide Augen objektiv einen normalen augenärztlichen Befund gezeigt. Auch Dr. B. konnte in ihrer augenärztlichen Einschätzung vom Dezember 2006 die Sehbehinderung nicht objektivieren. Eine Aggravation der Sehbehinderung hat auch Frau S. aufgrund der gutachtlichen Untersuchung vom Juli 2008 festgestellt. So habe ein Widerspruch zwischen dem subjektiv stark eingeschränkten dynamischen Gesichtsfeld gegenüber der sicheren Orientierung im Raum bestanden. Schließlich war auch bei der gutachtlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. auffällig, dass für den von der Klägerin angegebenen Tunnelblick in der Untersuchungssituation keine entsprechenden Verhaltensweisen zu beobachten waren. So habe sie sich in den Untersuchungsräumen unauffällig orientieren können. Prof. Dr. H. ist daher nicht nur von einer Aggravation, sondern von einem dringenden Verdacht einer Simulation von Beschwerden ausgegangen, sodass keinesfalls über eine vollständige homonyme Hemianopsie hinaus noch eine stärkere Gesichtsfeldeinschränkung festgestellt werden kann. Insbesondere lassen sich die von Dr. G. im Mai 2004 und Dr. P. im Mai 2005 ohne medizinische Erklärung diagnostizierten beidseitigen Gesichtsfeldausfälle nicht nachvollziehen. Zudem hat auch Dr. P. auf ein fehlendes objektives Messverfahren hingewiesen und nicht ausgeschlossen, dass auch bei seiner Untersuchung Aggravation vorgelegen habe und ein Lerneffekt aus den vorangegangenen Untersuchungen eingetreten sein könne.

Über die Gesichtsfeldeinschränkung hinaus liegt keine Visusminderung vor, die einen höheren Behinderungsgrad rechtfertigen könnte. Dr. G. hat zwar noch im November 2001 über beidseitige Fundusschwankungen berichtet und auch Dr. H. hat im April 2002 eine Visus von 0,4 und 1,0 festgestellt. In der Folgezeit hat sich der Visus aber wieder auf jeweils 1,0 (Befund Dr. G. von Mai 2003) bzw. 1,0 und 0,9 (Befund Dr. G. von Mai 2004) gebessert, sodass keine dauerhafte Sehinderung angenommen werden kann. Auch während des Reha-Aufenthalts im März 2003 konnte kein herabgesetzter Visus festgestellt werden. Daher ist nicht nachvollziehbar, dass bei der Untersuchung durch Prof. Dr. D. im November 2003 - also genau zwischen den Untersuchungen von Dr. G. - der Visus nur 0,2 und 0,32 betragen habe sollte. Dagegen erscheint die von Prof. Dr. D. festgestellte Simulation im Hinblick auf die Sehschärfe einleuchtend, denn dieser konnte die herabgesetzte Sehschärfe nicht mit objektiven Befunden erklären. Eine Aggravation bzw. Simulation im Hinblick auf die Sehschärfe haben darüber hinaus auch Prof. Dr. B. und Frau S. angenommen. Schließlich hat die Klägerin in ihrer Klagebegründung vor dem SG Dessau selbst auf die

Rückbildung ihrer anfänglichen Sehminderung hingewiesen.

c)

Weitere Gesundheitsstörungen, die einem anderen Funktionssystem zuzuordnen sind und zumindest einen Einzelbehinderungsgrad von 10 bedingen, sind nicht festzustellen. Eine Erkrankung des entzündlich-rheumatischen Formenkreises konnte nach dem Befundbericht des Dr. A. vom 1. März 2010 und der Epikrise des J.-Krankenhauses F. über den stationären Aufenthalt vom Januar 2011 ausgeschlossen werden. Dort war auch der orthopädische Befund weitgehend unauffällig. Nach den erfolgten Operationen am Knie und Ellenbogen sind demnach keine wesentlichen Funktionseinschränkungen verblieben. Auch der Radiologiebefund der Wirbelsäule vom 16. Oktober 2009 hat nur eine geringgradige retrospondylophyte Ausziehung ohne relevante Einengung des Spinalkanals nachgewiesen. Der Blutdruck ist nach den Ausführungen von Dr. Z. vom 22. März 2010 gut eingestellt und eine kardiale Leistungseinschränkung ist nicht erkennbar. Bei einer Ergometriebelastung bis 100 Watt war ein adäquates Blutdruckverhalten ohne kardiopulmonale Einschränkungen festgestellt worden. Die Entfernung der Gebärmutter im Oktober 2008 bedingt bei Klägerin keinen Behinderungsgrad. Sie ist nicht mehr im jüngeren Lebensalter mit noch bestehendem Kinderwunsch (dazu Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 14.3, S. 87). Auch die lediglich einmal erwähnte Harninkontinenz (Prof. Dr. V., Arztbrief vom 24. April 2002) rechtfertigt keinen Behinderungsgrad, da allenfalls von einer relativen Harninkontinenz ausgegangen werden kann, die mit 0 bis 10 zu bewerten ist (Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 12.2.4, S. 83).

d)

Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren Grad der Behinderung vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 22) anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt, und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Danach ist von dem Behinderungsgrad von 40 für das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche auszugehen. Dieser ist aufgrund der ebenfalls mit 40 bewerteten Einschränkung des Funktionssystems Auge zu erhöhen. Der Beklagte hat bei der Klägerin bereits einen Gesamtbehinderungsgrad von 70 festgestellt. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Einzelbehinderungsgrade von 40 als sehr wohlwollend, denn zwei Einzelbehinderungsgrade von 40 führen nicht automatisch zu einem Gesamtbehinderungsgrad von 70. Oftmals ist in dieser Konstellation auch nur ein Gesamtbehinderungsgrad von 60 gerechtfertigt. Als wohlwollend erscheint der bereits festgestellte Gesamtbehinderungsgrad von 70 auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Bewertung im Funktionssystem Auge mit 40 ebenfalls großzügig war. Keinesfalls kann demnach noch ein höherer Behinderungsgrad als 70 festgestellt werden.

2.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die begehrten Merkzeichen.

a)

Die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens H liegen nicht vor. Gemäß [§ 33 b Abs. 6 S. 3](#) des Einkommensteuergesetzes (EStG) ist eine Person hilflos, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages dauernd fremder Hilfe bedarf. Zu den zu berücksichtigenden Verrichtungen zählen zunächst die auch von der Pflegeversicherung erfassten Bereiche der Grundpflege, also der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung), der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung) und der Mobilität (Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung). Hinzu kommen Verrichtungen in den Bereichen der psychischen Erholung, geistigen Anregung und der Kommunikation (hier insbesondere Sehen, Hören, Sprechen und Fähigkeit zu Interaktionen), während Verrichtungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung nicht eingeschlossen sind (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. nur Urteil vom 24. November 2005, [B 9a SB 1/05 R](#), RdNr. 15 m.w.N., zitiert nach juris m.w.N.). Die in [§ 33 b Abs. 6 S. 3 EStG](#) vorausgesetzte Reihe von Verrichtungen kann erst dann angenommen werden, wenn es sich um mindestens drei Verrichtungen handelt, die einen Hilfebedarf in erheblichem Umfang erfordern (BSG, Urteil vom 24. November 2005, [a.a.O.](#), m.w.N., RdNr. 16 f.). Die Erheblichkeit des Hilfebedarfs ist in erster Linie nach dem täglichen Zeitaufwand für die erforderlichen Betreuungsleistungen zu beurteilen (ständige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 24. November 2005, [a.a.O.](#), RdNr. 16 f.; Urteil vom 12. Februar 2003, [B 9 SB 1/02 R](#) RdNr. 15 f., zitiert nach juris). Danach ist nicht hilflos, wer nur in relativ geringem Umfang (täglich etwa eine Stunde) auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Nach diesem Maßstab liegen die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens H bei der Klägerin nicht vor. Der Senat folgt der Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. H., wonach sie für wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, psychische Erholung, geistige Anregung, Kommunikation) keiner Hilfe bedarf. Ein solcher Hilfebedarf ist auch in den Reha-Entlassungsberichten nicht beschrieben worden, sodass die Beurteilung des Dr. Z. vom 21. August 2003, wonach die Klägerin Hilfe beim An- und Auskleiden (eine Stunde) und der Körperpflege (eine halbe Stunde) benötige, nicht nachzuvollziehen ist. Selbst das auf den Angaben der Klägerin und ihrer Mutter beruhende Pflegegutachten vom 2. Februar 2009 weist nur einen Zeitaufwand in der Grundpflege von täglich 23 Minuten (Körperpflege 11 Minuten, Ernährung 3 Minuten, Mobilität 9 Minuten) aus. Damit bedarf die Klägerin allenfalls nur in einem sehr geringen Umfang fremder Hilfe, der nicht die Vergabe des Merkzeichens H rechtfertigt.

b)

Auch die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens RF sind nicht gegeben. In [§ 6 Abs. 1 Nr. 8](#) des Rundfunkstaatsvertrages vom 31. August 1991 in der Fassung des Art. 5 Nr. 6 des Achten Staatsvertrages zur Änderung rundfunkrechtlicher Staatsverträge vom 8. bis 15. Oktober 2004 in Verbindung mit dem Gesetz zu dem Achten Rundfunkänderungsstaatsvertrag Sachsen-Anhalt vom 9. März 2005 (GVBl. LSA 2005, 122) sind die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht ab 1. April 2005 geregelt. Für die Auslegung der gesundheitlichen Voraussetzungen des Merkzeichens RF sind die in Nr. 33, S. 141 f.

aufgeführten Kriterien der Anhaltspunkte 2004 weiterhin heranzuziehen, auch wenn die Nr. 33 in den Anhaltspunkten 2008 nicht mehr aufgeführt ist und auch keine Aufnahme in die Versorgungsmedizin-Verordnung gefunden hat. Allein deren weitere Anwendung gewährleistet die im Interesse der Gleichbehandlung der behinderten Menschen gebotene gleichmäßige Anwendung dieser Maßstäbe. Danach sind die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens RF immer bei Blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung erfüllt. Ferner ist das Merkzeichen RF bei Hörgeschädigten festzustellen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. Schließlich liegen die Voraussetzungen für das Merkzeichen RF bei Behinderten mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 vor, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht ständig teilnehmen können. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind als öffentliche Veranstaltungen Zusammenkünfte politischer, künstlerischer, wissenschaftlicher, kirchlicher, sportlicher, unterhaltender und wirtschaftlicher Art zu verstehen, die länger als 30 Minuten dauern (vgl. BSG, Urteil vom 12. Februar 1997, [9 RVs 2/96](#), [SozR 3-3870 § 4 Nr. 17](#); Urteil vom 10. August 1993, [9/9a RVs 7/91](#), [SozR 3-3870 § 48 Nr. 2](#); Urteil vom 17. März 1982, [9a/9 RVs 6/81](#), [SozR 3870 § 3 Nr. 15](#) = [BSGE 53, 175](#)). Die Unmöglichkeit der Teilnahme an solchen Veranstaltungen ist nur dann gegeben, wenn der schwerbehinderte Mensch wegen seines Leidens ständig, d.h. allgemein und umfassend, vom Besuch ausgeschlossen ist. Der schwerbehinderte Mensch muss demnach praktisch an das Haus gebunden sein.

Diese Voraussetzungen liegen bei der Klägerin nicht vor. Wegen ihrer Sehbehinderung aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung kann allenfalls ein Behinderungsgrad von 40 festgestellt werden. Eine Hörminderung liegt bei ihr nicht vor. Auch ist insgesamt bei wohlwollender Bewertung ein Gesamtbehinderungsgrad von 70, nicht aber der für das Merkzeichen RF erforderliche von 80 festzustellen. Zudem kann die der Klägerin nach den überzeugenden Einschätzungen des Sachverständigen Prof. Dr. H. in nennenswertem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen. Diese Beurteilung wird auch durch die weiteren im Verfahren beigezogenen Unterlagen bestätigt. So ergeben sich aus den Reha-Entlassungsberichten keine Hinweise für die Unmöglichkeit der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen. Gegenüber Dr. S. hat die Klägerin selbst mitgeteilt, sie gehe einkaufen und besuche Freunde. Im MDK-Gutachten vom 2. Februar 2009 wird ausgeführt und durch die eingeholten Befundunterlagen bestätigt, dass die Klägerin regelmäßig ihre behandelnden Ärzte aufsucht. Zweimal wöchentlich nimmt sie den Angaben im Pflegegutachten zufolge an einem Reha-Kurs im Fitnessstudio teil. Schließlich hat auch die Mutter der Klägerin gegenüber der Dipl.-Psych. B. angegeben, diese treffe sich regelmäßig mit Bekannten und gehe beispielsweise zur Bowlingbahn, sodass nach alledem die Voraussetzungen für das Merkzeichen RF nicht vorliegen.

c)

Schließlich erfüllt die Klägerin auch nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Feststellung der Merkzeichen G und B. Das Merkzeichen G setzt eine erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr voraus. Die in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (D 1, S. 140 f.) aufgeführten Regelbeispiele liegen nicht vor. Aufgrund der selten auftretenden epileptischen Anfälle kann das Merkzeichen G nicht festgestellt werden. Denn auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit ist erst ab einer mittleren Anfallshäufigkeit zu schließen, wenn die Anfälle überwiegend am Tag auftreten (D 1 e, S. 140). Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem Behinderungsgrad von wenigstens 70 anzunehmen, bei Sehbehinderungen, die einen Behinderungsgrad von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion. Bei der Klägerin ist nur ein Behinderungsgrad von 40 für die Sehbehinderung gegeben, sodass auch dieses Regelbeispiel nicht eingreift. Schließlich liegt auch kein neurologisch bzw. orthopädisch geprägtes Krankheitsbild vor, das die Vergabe des Merkzeichens G rechtfertigen kann (Versorgungsmedizinischen Grundsätze, D 1, S. 139 f.). Nach der medizinischen Sachaufklärung bestehen keine Paresen oder Behinderungen der Lendenwirbelsäule und/oder der unteren Gliedmaßen, die die Bewegungsfähigkeit wesentlich einschränken könnten. Das Gangbild der Klägerin war schon unmittelbar nach der Hirnblutung während des stationären Reha-Aufenthalts im Jahre 2001 sicher und zügig. Auch während des Reha-Aufenthalts im Jahre 2003 und bei der Begutachtung im Januar 2004 durch Dr. S. wurde das Gangbild als ungestört und flüssig beschrieben. Da nach alledem bei der Klägerin die Voraussetzungen für das Merkzeichen G nicht vorliegen, ist auch das Merkzeichen B nicht festzustellen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, D 2 b, S. 141). Auch die weiteren Regelbeispiele (D 2 c, S. 141), die mit denen für das Merkzeichen G in Bezug auf Sehbehinderte und bei epileptischen Anfällen identisch sind, erfüllt die Klägerin damit nicht.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-03-13