

L 7 SB 52/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 46 SB 90140/09 WA
Datum
18.08.2010
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 52/10
Datum
21.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 18. August 2010 sowie der Bescheid des Beklagten vom 28. Oktober 2005 in der Gestalt des Abhilfebescheides vom 17. Februar 2006 und des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2006 werden abgeändert und der Beklagte verpflichtet, bei der Klägerin ab dem 11. September 2007 einen Grad der Behinderung von 40 festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten für beide Rechtszüge zu einem Drittel zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) i. S. des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) umstritten.

Die am ... 1965 geborene Klägerin beantragte bei dem Beklagten am 16. September 2005 die Feststellung von Behinderungen nach dem SGB IX. Hierzu gab sie an, sie leide unter Multipler Sklerose. Der Beklagte zog einen Rehabilitationsentlassungsbericht der S. in B. vom 10. Oktober 2005 bei, in denen sich die Klägerin vom 6. September 2005 bis zum 4. Oktober 2005 einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unterzogen hatte. Die dort behandelnden Ärzte diagnostizierten eine erstmals im Jahr 1995 festgestellte Encephalomyelitis disseminata, die seitdem einen schubförmig remittierenden Verlauf genommen habe. Die Klägerin habe berichtet, unter einer Fatigue-Symptomatik zu leiden. Sie sei frei von fokal (von einem Herd ausgehend) neurologischen Defiziten gewesen; die höheren Hirnfunktionen stellten sich unbeeinträchtigt dar. Unter anderem seien beidseitiger Stand und Gang sowie erschwerte Koordinationsprüfungen sicher und ohne Fallneigung möglich gewesen. Neuropsychologisch eruierte Defizite hätten ärztlicherseits nicht nachvollzogen werden können.

Mit Bescheid vom 28. Oktober 2005 stellte der Beklagte bei der Klägerin einen GdB von 20 ab dem 16. September 2005 fest und stützte dies auf das organische Nervenleiden. Die Klägerin legte hiergegen am 11. November 2005 Widerspruch ein und verwies auf vorübergehende Sehstörungen, Sensibilitätsstörungen mit Missempfindungen wie Einschlafen und Kribbeln, Empfindungsstörung wechselnder Lokalisation, Schwindel, heftige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit bereits am Morgen, Konzentrationsschwäche, Störungen der Merkfähigkeit und fehlende Ausdauer. Sie fügte verschiedene Befundberichte aus dem Zeitraum 1995 bis 2005 bei. Der Beklagte holte daraufhin einen Befundbericht der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. S. vom 31. Januar 2006 ein. Nach Beteiligung seines ärztlichen Dienstes stellte er mit Abhilfebescheid vom 17. Februar 2006 einen GdB von 30 fest und lehnte die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sowie die Feststellung von Merkzeichen ab. Auch hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein und führte u. a. aus, ein GdB von 30 sei nach über einem Jahrzehnt Multipler Sklerose mit einer enorm belastenden Fatigue-Symptomatik nicht angemessen. Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2006 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin im Übrigen zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 22. Juni 2006 Klage beim früheren Sozialgericht Stendal (SG) erhoben und insbesondere vorgetragen, die Multiple Sklerose würde ihr täglich klarmachen, wie deutlich ihre Einschränkungen vor allem durch die Fatigue-Symptomatik seien. Die seit November 1996 laufende Betaferon-Therapie belaste sie. Allerdings stehe sie diese durch, um der Krankheit etwas entgegenzusetzen. Sie hat zudem ihre Ausführungen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und die dort übersandten Befundberichte beigelegt. Das SG hat Befundberichte des Hausarztes Dipl. Med. S. vom 28. November 2006, der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. S. vom 11. Dezember 2006, der Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie M. vom 28. Dezember 2006 sowie der Diplom-Psychologin B. vom 27. Februar 2007 eingeholt. Auf

Veranlassung des SG hat der Direktor der Klinik für Neurologie II des Universitätsklinikums M. Prof. Dr. H. nach Untersuchung der Klägerin am 11. September 2007 und neuropsychologischer Zusatzbegutachtung durch Frau Dipl.-Psych. B. am 11. September 2007 das fachärztliche Gutachten vom 7. März 2008 erstattet. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben. Die Klägerin sei vollständig zeitlich, örtlich und zur Person orientiert gewesen. Es hätten sich weiterhin keine Hinweise auf eine signifikante depressive Störung ergeben. Es bestünden hingegen eine Störung in neuropsychologischen Funktionen, eine abnorme vorzeitige Ermüdbarkeit, eine Einschränkung des Sehvermögens des rechten Auges sowie Gefühlsstörungen der Extremitäten. Für die Visusstörung und die depressive Störung sei jeweils ein GdB von 10, für den Hirnschaden ein GdB von 40 - 50 und zusammenfassend ein GdB von 50 anzunehmen. Die Auswirkungen der kognitiven Leistungsstörung, vorzeitigen Ermüdbarkeit sowie depressiven Störung überschneiden sich, während die rechtsseitige Visusminderung nicht verstärkend ins Gewicht falle. Nach dem Zusatzgutachten der Dipl.-Psych. B. vom 3. Juni 2008 hätten Tests zu den kognitiven Beeinträchtigungen mehrheitlich durchschnittliche bzw. knapp durchschnittliche, aber auch grenzwertig unterdurchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Ergebnisse erbracht. Die Klägerin sei wegen dieser Auffälligkeiten nicht in der Lage, ihre Tätigkeit als Büroleiterin in einer Versicherungsgesellschaft in bisherigem Umfang auszuüben. Besonders bei komplexen Anforderungen, die eine längere Konzentration bzw. ein schnelles und flexibles Reagieren erforderten, seien Leistungseinbußen in Form von Fehlern und längerer Bearbeitungszeit wahrscheinlich. Sie müsse daher häufig Pausen machen.

Nach zwischenzeitlichem Umzug der Klägerin nach Schleswig-Holstein hat das SG mit Beschluss vom 29. April 2009 sich für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das SG Lübeck verwiesen. Das von diesem Gericht schließlich angerufene Bundessozialgericht (BSG) hat mit Beschluss vom 17. November 2009 das SG Stendal zum zuständigen Gericht bestimmt.

Das SG hat einen Rehabilitationsentlassungsbericht der Reha-Klinik D. vom 8. September 2008 beigezogen, in der sich die Klägerin auf Veranlassung der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 31. Juli 2008 bis zum 4. September 2008 einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unterzogen hat. Dort sind eine schubförmig verlaufende Encephalomyelitis disseminata mit Erstdiagnose 1995 sowie eine Endometriose diagnostiziert worden. Die Klägerin sei trotz dieser Leiden noch in der Lage, vollschichtig ihre letzte Tätigkeit als Büroleiterin auszuüben. Sie könne leichte körperliche Arbeiten sowohl im Stehen, Gehen als auch im Sitzen in Tagesschicht verrichten, wobei keine höheren Anforderungen an das Arbeitstempo, die nervliche und konzentrierte Ausdauerbelastung sowie kein schweres Heben und Tragen, kein Klettern oder Steigen und keine Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefahr möglich seien. Sie sei hinsichtlich Selbständigkeit, Mobilität und Belastungsfähigkeit in gebessertem und deutlich stabilisiertem Zustand entlassen worden. Seit 1995 sei unter umfangreichen und ausgewogenen neurologisch-rehabilitativen Behandlungen eine erfreuliche Reduktion der Symptomatik festzustellen gewesen. Dieser Einschätzung ist die Klägerin entgegengetreten und hat mit Schreiben an die Klinikleitung vom 18. November 2008 unter anderem bemängelt, sie habe durch die fünfwöchige Rehabilitationsbehandlung keinerlei Stabilisierung erfahren und sich nicht ernst genommen gefühlt. Die versteckteren Symptome der Multiplen Sklerose seien weder zur Kenntnis genommen noch ausreichend therapiert worden. Sie habe eindringlich auf einer Mitbehandlung durch einen Psychologen bestanden, da sie u. a. wegen der Trennung von ihrem langjährigen Ehemann unter Depressionen und massiven Ein- und Durchschlafstörungen gelitten habe. Leider sei ihr eine nur zweimalige psychologische Behandlung erst in der letzten Woche ihres Aufenthaltes gewährt worden. Außerdem habe sie unter starken Rückenschmerzen gelitten und um Bindegewebsmassagen gebeten, da sie wisse, wie sehr sie von Massagen profitiere. Die Stationsärztin P. hat hierauf mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2008 ausgeführt, die Klägerin habe eine Vielzahl von Behandlungen wahrgenommen, darunter dynamische Trainingstherapie, ergotherapeutische Einzelbehandlung, Gruppenkrankengymnastik im Bewegungsbad, Koordinations-Muskelaufbau, Gleichgewichtstraining in Form von Aqua-Jogging, Nordic Walking, Ergometer, Schwimmen, Qi Gong, Wärmepackungen, Vierzellenbäder und Wechselteillbäder. Bei der nur gelegentlich gedrückten Stimmungslage sei die psychologische Betreuung nicht als vordringlich empfunden worden. Die im Entlassungsbericht dokumentierten Angaben zum Behandlungsergebnis beruhten ausschließlich auf den in der Krankenakte niedergelegten Aussagen der Klägerin. Bei der objektiven neurologischen Untersuchung seien eine Verbesserung des Gleichgewichts, die Kräftigung der Beine, die deutliche Verbesserung der Stimmungslage und Affektstabilität festgestellt worden. Daher sei es verwunderlich, wie es nunmehr zu völlig gegensätzlichen Aussagen und Bewertungen der Klägerin komme. Eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung sei nicht erforderlich gewesen, allerdings habe man den Aufmerksamkeitsdefiziten bei der Darstellung der qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens Rechnung getragen.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 18. August 2010 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 30. Die Hirnleistungsminderung bei Multipler Sklerose bedinge einen GdB von 30. Funktionsminderungen der Extremitäten oder Gleichgewichtsstörungen lägen nicht vor. Ebenso wenig bestünden Hinweise auf eine signifikante depressive Störung. In der sechsstündigen psychologischen Testphase sei nur die Reaktionsgeschwindigkeit deutlich unterdurchschnittlich gewesen. Alle anderen Parameter hätten im durchschnittlichen bzw. grenzwertig unterdurchschnittlichen Bereich gelegen. Hiernach könne ein mittelgradiger Hirnschaden nicht festgestellt werden, zumal die Klägerin bis Ende Mai 2008 als Büroleiterin tätig gewesen sei. Die beiden weiteren Behinderungen (Visusstörung und Depression) würden jeweils nur einen GdB von 10 begründen und den Gesamt-GdB nicht erhöhen.

Die Klägerin hat gegen den ihr am 2. September 2010 zugestellten Gerichtsbescheid am 24. September 2010 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und geltend gemacht: Der Beklagte habe die Auswirkung der Störung der höheren Hirnfunktionen nicht ausreichend gewürdigt. Prof. Dr. H. habe in seinem Gutachten den GdB zutreffend mit 50 eingeschätzt. Sie habe bei der bis Ende Mai 2008 ausgeübten Tätigkeit als Büroleiterin die bestehenden Leistungsdefizite nur durch freiwillige Überstunden ausgleichen können. Sie versuche zudem, ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit durch Krankengymnastik zu erhalten und nehme auch logopädische Behandlung in Anspruch. Seit Juni 2009 arbeite sie als Büroassistentin im öffentlichen Dienst. Dies sei mit einer hohen Mehrbelastung verbunden sei und Trennung von der Familie verbunden. Ergänzend hat sie einen vorläufigen Entlassungsbericht des Krankenhauses R. vom 9. November 2009 vorgelegt. Hiernach hat die Klägerin sich dort wegen seit zehn Jahren bestehenden Schmerzen in der rechten Flankenregion und Thoraxregion vorgestellt. Im Röntgenbild habe sich eine Steilstellung der oberen Lendenwirbelsäule (LWS) gezeigt. Es sei keine Höhenminderung im Bereich von Brustwirbelsäule (BWS) und LWS festzustellen gewesen. Thoraxübersichtsaufnahmen zeigten eine normale Herzgröße, symmetrische Transparenz der Lungen, uncharakteristische Gefäßzeichnung, schmales Mediastinum sowie keinen Anhalt für einen aktuellen kardialen oder pulmonalen Prozess. Lytische oder blastische Destruktionen sowie Höhenminderungen der Zwischenwirbelsäule seien nicht nachweisbar. Bei der Darstellung der rechten Niere habe sich eine regelrechte Größe, Form und Lage ergeben. Es sei ein normal breiter Parenchymsaum zu erkennen gewesen. Ein Anhalt für Harnstauung bestehe nicht. Nach einem ebenfalls von der Klägerin vorgelegten Operationsbericht der Tagesklinik A. ist bei ihr am 11. Januar 2011 eine operative Laparoskopie mit Adhaesiolyse (Lösung von Verwachsungen im Bauchraum, um Beschwerden zu beseitigen) durchgeführt worden. Es hätten Darmadhäsionen und Adnexadhäsionen links bei einem Zustand nach Sterilisation vorgelegen. Eine Endometriose sei ausgeschlossen worden.

Die Klägerin beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 18. August 2010 aufzuheben sowie den Bescheid des Beklagten vom 28. Oktober 2005 in der Gestalt seines Abhilfebescheides vom 17. Februar 2006 und seines Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2006 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei der Klägerin ab dem 16. September 2005 einen Grad der Behinderung von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und meint, ein mittelgradiger Hirnschaden sei nicht festzustellen. Die laparoskopisch gelösten Verwachsungen im Unterbauch sowie die Beschwerden im Oberbauch bedingten keinen GdB. Auch die Ergebnisse der Testdiagnostik führten zu keiner Änderung der Bewertung. Die geklagte vorzeitige Ermüdbarkeit und die Konzentrationsstörungen seien nicht als behandlungsbedürftige Störung anzusehen. Die hohe berufliche Mehrbelastung der Klägerin erkläre möglicherweise die erhöhte Erschöpfbarkeit, deute aber nicht auf eine Verschlechterung der Hirnleistung oder andere relevante körperliche Einschränkungen hin.

Der Senat hat Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. hat mit Befundbericht vom 27. Februar 2011 mitgeteilt, dass eine schubförmig remittierende Encephalomyelitis disseminata sowie eine Dysthymie festzustellen seien. Neue Leiden seien seit Aufnahme der Behandlung im Jahr 2008 nicht hinzugekommen. Die neuropsychologischen Defizite hätten jedoch zugenommen. Bei ihrer Tätigkeit in einer Versicherungsagentur könne die Klägerin nicht die erforderlichen neuropsychologischen Leistungen erbringen. Die Störungen der Merkfähigkeit und der Konzentration würden sich mittelgradig, also deutlich in ihrem Alltag auswirken. Vegetative Störungen als Ausdruck einer hirnorganischen Schädigung bestünden nicht, insbesondere keine Störungen der Miktion, keine synkopalen Ausfälle oder Störungen der Schlaf-tätigkeit. Als hirnorganische Folge der Encephalomyelitis disseminata fänden sich eine leichte, normotone Lähmung des linken Beines als Restlähmung sowie als reaktive psychische Folge depressive Verstimmungszustände. Eine Behandlung mit Psychopharmaka habe durch ihn nicht kontinuierlich stattgefunden. Zurzeit bestehe keine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Er halte mindestens ein GdB von 50 für gerechtfertigt. Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie G. hat mit Befundbericht vom 1. März 2011 mitgeteilt, es habe ein Partnerschaftskonflikt im Jahr 2009 bestanden (Trennung von Ehemann und Tochter und Verlassenwerden durch den neuen Partner) mit depressiver Symptomatik sowie eine schubförmige Encephalomyelitis disseminata. Psychische Störungen mit Auswirkungen im Alltag seien nicht bekannt. Wegen der Lebenskrise 2009 habe insoweit eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung mit depressiver Symptomatik bestanden. Eine Behandlung durch Psychopharmaka sei ihr nicht bekannt.

In einem Erörterungstermin des Senats am 18. Mai 2011 hat die Klägerin mitgeteilt, ihr Hauptproblem liege im kognitiven Bereich. Sie leide an Erschöpfungszuständen. Deshalb habe sie die Stelle bei der A. gekündigt. Im Anschluss daran habe sie ein Jahr lang in einem Hotel gearbeitet. Ihr sei schließlich eine Stelle als Vorzimmerkraft der Vorsteherin eines Finanzamtes angeboten worden. Diese Stelle übe sie derzeit in Vollzeit aus. Sie arbeite auch häufig länger als die vorgesehenen acht Stunden, um Rückstände aufzuarbeiten. Hinzu kämen Fahrtzeiten von und zur Arbeit von jeweils einer Stunde. In ihrer Freizeit erhole sie sich, gehe zweimal wöchentlich zur Physiotherapie, einmal wöchentlich zur Logopädie, kaufe ein und fahre am Wochenende von G. (bei H.) nach Hause (G.).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Gerichts- und Verwaltungsakten haben vorgelegen und sind Gegenstand der Beratung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf deren Inhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte den Rechtsstreit mit Zustimmung der Beteiligten gemäß den [§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143 SGG](#) auch statthafte Berufung ist überwiegend unbegründet. Die Klage gegen die Verwaltungsentscheidung des Beklagten ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Sie ist im Wesentlichen unbegründet, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) - [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#) S. 22). Danach liegen bei der Klägerin ein GdB von 30 ab dem 16. September 2005 und ein GdB von 40 ab dem 11. September 2007 vor.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene 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 GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satz-zählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satz-zählung 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 GdB 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 GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit 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 GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben 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 GdB 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, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist.

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 (letzte Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des Grades der Behinderung bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind – inhaltlich nahezu 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 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind nicht geändert worden. Im Folgenden werden die Vorschriften der Versorgungsmedizinische Grundsätze zitiert. GdS und GdB werden dabei nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass sich der GdS kausal auf Schädigungsfolgen und der GdB final auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von deren Ursachen auswirkt (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, Teil A: Allgemeine Grundsätze 2 a (S. 19)).

Durch die Neuregelung ist den Einwänden gegen die bisherigen "Anhaltspunkte" jedenfalls für den vorliegenden Fall der Boden entzogen worden. Zum einen ist durch die Neuregelung die auch von der Rechtsprechung geforderte Rechtsgrundlage für die bisherigen "Anhaltspunkte" geschaffen worden (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung v. 28. September 2007, [BT-Drucks. 16/6541, S. 1](#), 31). Zum anderen ist durch die Verweisung des neu gefassten [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) auf die Neufassung des § 30 Abs. 1 BVG klargestellt worden, dass auch für die Feststellung des GdB "die allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen" maßgeblich sind. Zudem hatte sich auch schon zu der früheren Fassung des [§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) eine ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebildet, nach der trotz der Ersetzung des Schwerbehindertengesetzes durch das SGB IX inhaltlich das Beurteilungsgefüge der Anhaltspunkte maßgeblich geblieben war (vgl. BSG, Urte. v. 24. April 2008 – [B 9/9a SB 6/06 R](#) – in juris Rn. 15 m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 33) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. 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, S. 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 diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen der Klägerin ein GdB von 30 ab dem 16. September 2005 und ein GdB von 40 ab dem 11. September 2007 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat insbesondere auf den Rehabilitationsentlassungsbericht der Segeberger-Kliniken vom 10. Oktober 2005, das Gutachten des Prof. Dr. H. vom 7. März 2008 nach Untersuchung der Klägerin am 11. September 2007, den Rehabilitationsentlassungsbericht der Reha-Klinik D. vom 8. September 2008 sowie auf die im Berufungsverfahren eingeholten Befundberichte der behandelnden Ärzte. Der Senat bezieht sich auch auf die Ergebnisse des Erörterungstermins am 18. Mai 2011.

Das Hauptleiden der Klägerin wird durch die Auswirkungen der Multiplen Sklerose geprägt und betrifft das Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche, wobei besonders kognitive Leistungsstörungen im Mittelpunkt stehen. Hierfür hält der Senat einen Einzel-GdB von 30 ab dem 16. September 2005 und einen GdB von 40 ab dem 11. September 2007, also ab dem Zeitpunkt der Untersuchung bei Prof. Dr. H. und der Durchführung verschiedener Testverfahren bei Dipl.-Psych. B. für angemessen.

Der GdS richtet sich insoweit gem. Ziffer 3.10 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallerscheinungen. Zusätzlich ist die sich aus dem klinischen Verlauf ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen.

Bei Hirnschäden ist nach Ziffer 3.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (S. 35 ff) entscheidend für die Bewertung das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen. Dabei sind die neurologischen Befunde, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommen für die GdB/MdE-Beurteilung Sätze zwischen 20 und 100 in Betracht. Im Einzelnen gelten folgende Maßstäbe:

3.1.1 Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung ... 30 – 40

Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung ... 50 – 60

Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung ... 70 – 100

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 (Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 3.1.1, S. 36 ff.).

3.1.2 Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen

(bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht auch zur Feststellung der Schwerstbeschädigtenzulage)

Hirnschäden mit psychischen Störungen

leicht (im Alltag sich gering auswirkend) ... 30 - 40

mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend) ... 50 - 60

schwer ... 70 - 100

Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (z.B.

Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, der Vasomotorenregulation oder der Schweißregulation)

leicht ... 30

mittelgradig, auch mit vereinzelt synkopalen Anfällen ... 40

mit häufigeren Anfällen oder erheblichen Auswirkungen

auf den Allgemeinzustand ... 50

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (spino-) zerebellarer

Ursache je nach dem Ausmaß der Störung der Ziel- und Feinmotorik

einschließlich der Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen

(siehe hierzu auch bei Hör- und Gleichgewichtsorgan) ... 30 - 100

Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen (z. B. Aphasie,

Apraxie, Agnosie)

leicht (z.B. Restaphasie) ... 30 - 40

mittelgradig (z.B. Aphasie mit deutlicher bis sehr

ausgeprägter Kommunikationsstörung) ... 50 - 80

schwer (z.B. globale Aphasie) ... 90 - 100

Zerebral bedingte Teillähmungen und Lähmungen

leichte Restlähmungen und Tonusstörungen der

Gliedmaßen ... 30

bei ausgeprägteren Teillähmungen und vollständigen Lähmungen

ist der GdS aus Vergleichen mit dem GdS bei Gliedmaßenverlusten,

peripheren Lähmungen und anderen Funktionseinbußen

der Gliedmaßen abzuleiten

vollständige Lähmung von Arm und Bein (Hemiplegie) ... 100

Nach den vorliegenden medizinischen Ermittlungen und den Äußerungen der Klägerin im Erörterungstermin des Senats kann nur von einem Hirnschaden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung ausgegangen werden. Psychische Störungen gehen mit der Erkrankung nicht einher. Der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. hat in seinem Befundbericht vom 27. Februar 2011 ausgeführt, dass eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung nicht besteht (Antwort zur Frage 10). Dies wird durch den Befundbericht vom 1. März 2011 der behandelnden Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie G. bestätigt, wonach kein Hirnschaden mit psychischen Störungen und Auswirkungen im Alltag bekannt sei. Es bestehen desweiteren keine vegetativen Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens. Auch dies folgt aus dem Bericht des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. E., der unter Ziffer 11 seines Befundberichtes angegeben hat, es bestünden keine vegetativen Störungen als Ausdruck einer hirnorganischen Schädigung, insbesondere keine Störung der Miktion, keine synkopalen Ausfälle oder Störungen der Schlafattività. Desweiteren ergeben sich nach diesem Befundbericht auch keine kognitiven Leistungsstörungen im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (z.B. Aphasie, Apraxie, Agnosie). Dr. E. führt diesbezüglich unter Ziffer 13 aus, dass die neuropsychologischen kognitiven Beeinträchtigungen keine Hirnwerkzeugstörungen, wie Aphasie oder Apraxie betreffen, sondern eher vorzeitige Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen. Dies wird bestätigt durch den klinisch-neurologischen und den psychiatrischen Untersuchungsbefund des Prof. Dr. H. in dessen Gutachten vom 7. März 2008. Die Hirnnerven waren hiernach unauffällig. Es fand sich an der oberen und unteren Extremität, eine unauffällige Kraftentfaltung ohne Paresen. Die Muskeleigenreflexe waren beidseits mittelbehaftet und symmetrisch auslösbar. Es fand sich allseits eine unauffällige Berührungsempfindung, Propriozeption sowie Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit. Koordination sowie Stand- und Gangproben konnten sicher ausgeführt werden. Hinweise auf eine signifikante depressive Störung bestanden nicht.

Auch aus dem Zusatzgutachten der Dipl.-Psych. B. vom 3. Juni 2008 folgen keine mittelschweren Funktionsstörungen. Die absolvierten testpsychologischen Untersuchungen ergaben mehrheitlich durchschnittliche und knapp durchschnittliche Ergebnisse, die nicht auf einen mittelschweren Hirnschaden hindeuten. Insbesondere bei dem Diagnosticum für Cerebralschädigung traten durchschnittliche Werte keine gehäuften Fehler auf. Dies wird bestätigt durch die Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse durch die Dipl.-Psych. B. ... Hiernach war die Klägerin vollständig orientiert. Schulische und berufliche Ausbildung sowie das allgemeine Leistungsniveau liegen im Normbereich. Die im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktion bestehenden unterdurchschnittlichen Reaktionsgeschwindigkeiten sprechen nicht für mit einem mittelschweren Hirnschaden verbundene mittelschwere Leistungsbeeinträchtigungen, zumal sie von der Klägerin im beruflichen Alltag jedenfalls noch ausgeglichen werden können. Diese Wertung stimmt überein mit derjenigen der behandelnden Ärzte der Rehaklinik D. vom 8. September 2008, wonach die Klägerin als Büroleiterin vollschichtig arbeiten kann, wobei keine höheren Anforderungen an das Arbeitstempo und keine höheren Anforderungen an die konzentrierte Ausdauerbelastung gestellt werden können. Dass derzeit von keiner mittelschweren Leistungsbeeinträchtigung ausgegangen werden kann, ist auch daraus zu folgern, dass die Klägerin auch derzeit noch einer beruflichen Tätigkeit als Vorzimmerkraft der Vorsteherin eines Finanzamtes nachgehen kann. In dieser Funktion ist sie verantwortlich für die Termingestaltung, die Durchführung von Schreibarbeiten sowie die Vorbereitung von großen und kleinen Besprechungen. Sie arbeitet mindestens acht Stunden täglich und benötigt zusätzlich eine Stunde zur Arbeit hin und eine Stunde zurück. Sie nimmt zweimal wöchentlich ein Termin zur Physiotherapie sowie einmal wöchentlich zur Logopädie wahr. Sie kauft für sich ein und führt zwei Haushalte, nämlich in G. und in G. ... Ein solches Leistungsvermögen widerspricht der Annahme bereits mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigungen erheblich.

Der Senat geht daher von dem Bewertungsrahmen für Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung aus, der einen GdB von 30 bis 40 vorsieht. In diesem Bewertungsrahmen hält der Senat im Hinblick auf die von der Klägerin beschriebenen Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich, insbesondere durch das Fatigue-Syndrom, ab dem Zeitpunkt der Untersuchung und der testpsychologischen Verfahren bei Prof. Dr. H. und bei der Dipl.-Psych. B. einen GdB von 40 für zutreffend. Grund für das Ausschöpfen des Bewertungsrahmens ist, dass die Klägerin, was anlässlich der Untersuchungen und Testverfahren festgestellt worden ist, deutliche Defizite im Bereich von Aufmerksamkeit und Konzentration hat. Unter Zeitdruck zeigte sie eine deutliche verlangsamte Arbeitsweise mit vielen Fehlern; das verbale Gedächtnis war eingeschränkt. Daneben zeigten sich die exekutiven Funktionen derart eingeschränkt, dass Planungen nicht sicher vollzogen werden konnten. Aus dem Vergleich zu den Vorbefunden zeigte sich eine weitere Reduktion des verbalen Gedächtnisses sowie der exekutiven Funktionen. Der Senat folgt insoweit der Auffassung des Prof. Dr. H., soweit dieser wegen der kognitiven Leistungsstörungen einen GdB von 40 annimmt. Dies lässt sich auch vereinbaren mit den Einschätzungen des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. E., der in seinem Befundbericht vom 27. Februar 2011 mitgeteilt hat, dass seit der Aufnahme der Betreuung durch ihn die neuropsychologischen Defizite, die Konzentrationsstörungen, die Merkschwäche und die vorzeitige Erschöpfbarkeit mit Fatiquesymptomatik zugenommen hätten.

Aus den weiteren Erkrankungen (vorübergehende depressive Verstimmung, Visusstörung und Bauchbeschwerden) folgen keine Funktionsbeeinträchtigungen, die einen GdB von mehr als 10 bedingen, sodass eine Erhöhung des Gesamt-GdB nicht in Betracht kommt. Aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen ergibt sich, dass zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen (Teil A, Gemeinsame Grundsätze, Vorbemerkung 3 lit. d, ee, S. 23 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze). Soweit die Neurologin und Psychiaterin G. in ihrem Befundbericht vom 1. März 2011 auf eine Depression bei Lebenskrise im Jahr 2009 hinweist, war dies eine vorübergehende Störung, die mit der Trennung von Ehemann und Tochter, dem Umzug sowie dem erneuten Verlassenwerden durch den neuen Partner in Zusammenhang stand. Die behandelnden Ärzte haben keine Behandlung durch Psychopharmaka angegeben. Der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie hat ausgeführt, dass keine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung bestünde. Die Visusstörung ist zutreffend mit einem Einzel-GdB von 10 bewertet wurde, was mit der Einschätzung des Prof. Dr. H. übereinstimmt. Die im Berufungsverfahren geltend gemachten Verwachsungen im Unterbauch sowie die Beschwerden im Oberbauch, die laparoskopisch gelöst worden sind (Operation am 11. Januar 2011), führen ebenfalls nicht zu einem höheren Gesamt-GdB.

Soweit Prof. Dr. H. und der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. E. meinen, es sei ein Gesamt-GdB von 50 anzunehmen, lässt sich dies aus den anzuwendenden Versorgungsmedizinischen Grundsätzen nicht herleiten. Wie ausführlich dargelegt, leidet die Klägerin nicht unter mittelgradigen Auswirkungen einer Hirnschädigung. Im Ergebnis ist bei der Klägerin der GdB vielmehr ab dem 16. September 2005 mit 30 und ab dem 11. September 2007 mit 40 ausreichend bemessen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-09-24