

L 7 SB 46/14

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

1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 12 SB 350/10

Datum
02.05.2014

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 46/14

Datum
15.06.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Merkzeichen "G" (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) und "B" (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson).

Die am ... 1944 geborene Klägerin stellte am 10. Juli 2000 einen Antrag auf Feststellungen von Behinderungen und begründete dies mit den Folgen eines gutartigen Hirntumors. Der Beklagte holte Befundberichte der die Klägerin behandelnden Ärzte ein. In einem Arztbrief des Klinikum H. N. berichtete Prof. Dr. S. (Neurochirurgische Klinik) über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 9. bis 25. Oktober 2000 unter den Diagnosen intraossäres Keilbeinflügelmeningeom und Sinus cavernosus-Meningeom links. Der Tumor im Bereich des Sinus cavernosus habe wegen seiner deutlichen Infiltration nicht entfernt werden können. Am 8. Dezember 2000 erfolgte in der Klinik für Neurochirurgie G. K. Zentrum ein weiterer operativer Eingriff.

Der Versorgungsarzt Dr. W. wertete die Befunde unter dem 22. November 2000 aus und hielt einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 wegen der Operation infolge Meningeom mit Sehstörungen für angemessen, jedoch die Voraussetzungen des Merkzeichens "G" für nicht gegeben. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 22. November 2000 einen GdB von 50 fest. Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Der Beklagte holte weitere Befunde ein und ließ Dr. T. ein nervenärztliches Sachverständigengutachten vom 10. Mai 2002 erstatten, der neben den bekannten Diagnosen eine Anpassungsstörung diagnostizierte, die mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sei. Der Leitende Prüfartz des Beklagten MR Dr. H. nahm unter dem 18. Juni 2002 eine Gesamtbewertung vor und hielt – wie der Sachverständige – einen Einzel-GdB von 30 für die Anpassungsstörung für gerechtfertigt. Nach einem eingeholten Klinikbericht hätten sich die Lidheberfunktion und auch die Doppelbildererscheinungen gebessert. Durch die Hirnoperation hätten sich wesentliche Sensibilitätsstörungen über die linke Gesichtshälfte, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, eine einfache Gesichtsentstellung sowie eine Einschränkung des Geschmackssinns entwickelt. Zusammenfassend sei für den Hirnschaden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung ein Einzel-GdB von 60 sowie für die Anpassungsstörung ein Einzel-GdB von 30 zu bilden. Dies rechtfertige einen Gesamt-GdB von 70. Die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" seien jedoch nicht erfüllt. Dem folgend stellte der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8. August 2002 einen GdB von 70 fest.

Ein Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 14. Juni 2005 blieb erfolglos (Bescheid vom 11. Oktober 2005 und Widerspruchsbescheid vom 11. November 2005). Nach Klageerhebung einigten sich die Beteiligten vergleichsweise auf einen GdB von 80 ab dem 11. Oktober 2005. In Ausführung des Vergleiches stellte der Beklagte mit Bescheid vom 11. Februar 2008 bei der Klägerin einen GdB von 80 ab dem 11. Oktober 2005 fest.

Am 29. Dezember 2008 stellte die Klägerin einen Neufeststellungsantrag und begehrte einen höheren GdB sowie die Merkzeichen "G" und "B". Der Beklagte holte Befundscheine der die Klägerin behandelnden Ärzte ein. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. O. gab an: Seit Sommer 2008 sei es verstärkt zu Gesichtsfeldausfällen am linken Auge und chronischen Schmerzzuständen in der linken Gesichts- und Kopfseite gekommen. Ein weiterer operativer Eingriff wegen eines Verschlusses der Hirngefäße stünde unmittelbar bevor. In einem Arztbrief

gab Prof. Dr. V. (Neurochirurgische Hochschulambulanz C. B.) unter dem 22. Januar 2009 an: Nach Durchführung einer vaskulären Diagnostik habe sich gezeigt, dass die linke Arteria carotis interna im Bereich des Sinus cavernosus verschlossen sei. Eine CBF-Messung habe eine hämodynamische Insuffizienz der linken Hemisphäre bestätigt. In einem weiteren Arztbrief gab er unter dem 25. Februar 2009 an: Am 18. Februar 2009 sei eine Revaskularisierung der linken Hemisphäre über einen extra-intracraniellen Bypass erfolgt. Beim Aufnahmebefund habe ein regelrechter Hirnnervenstatus mit Ausnahme einer partiellen Oculomotoriusparese links mit inkompletter Ptosis links bestanden. Daneben hätten eine Taubheit im Trigeminierversorgungsgebiet links, ein Visus links von 0,5 und ein Gesichtsfelddefekt vorgelegen. Der Stand, Gang und die Koordination seien regelrecht. Ein sensomotorisches Defizit habe nicht vorgelegen.

Der Versorgungsarzt des Beklagten Dr. H. wertete den Befund aus und hielt an der bisherigen Bewertung fest und verwies zur Begründung auf fehlende motorische Einschränkungen. Mit Bescheid vom 23. November 2009 lehnte der Beklagte eine Neufeststellung ab. Hiergegen wandte sich die Klägerin mit Widerspruch vom 15. Dezember 2009 und führte zur Begründung aus: Seit Sommer 2008 leide sie verstärkt an Gesichtsfeldausfällen, an einer Trigeminusneuralgie und an Verschlüssen der inkranialen Hirngefäße. Neben der Visuseinschränkung bestehe auch eine chronische Schwellung des linken Auges. Überdies bestünden eine intermittierende Ptose und zunehmende Kribbelästhesien. Das Hirn sei mangelnd durchblutet und die Sehfähigkeit eingeschränkt. Seit der Hirn-Bypass-OP im Februar 2009 hätten sich die Kopfschmerzen und die Krämpfe verstärkt. Durch die OP seien Narben am Hinterkopf entstanden, die noch nicht vollständig verheilt seien. Auch hätten sich Schlafstörungen eingestellt. Das linke Augenlid sei ständig geschwollen und ein Sehen auf diesem Auge ausgeschlossen. Sie habe nun das dritte Mal eine OP am Schädel vornehmen lassen müssen. Die Prüfung der Motorik habe bisher noch nicht stattgefunden. In einem beigegeführten Arztbrief vom 18. Dezember 2009 gab Dr. O. an: Die Narbenbildung am Hinterkopf habe zu einer Schmerzverstärkung geführt, die das Tragen einer Brille fast unmöglich mache. Die Verordnung einer Ptoxisstützenbrille sei geplant. In einem Befundschein vom 9. April 2010 berichtete Dr. O. über eine verstärkte Sturzgefahr wegen der bestehenden Doppelbilder. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. B. berichtete am 6. September 2009: Seit den letzten drei bis vier Jahren sei es vermehrt zu Schwellungen am linken Auge gekommen. Die Dysästhesien im Gesichtsbereich links seien unverändert, störend und träten besonders beim Sprechen, Essen und Zähneputzen auf. Die Operationen hätten die Missempfindungen im Gesicht nicht beseitigt. Die Schwellungszustände der linken Gesichtshälfte hätten sich jedoch deutlich gebessert.

Der Versorgungsarzt Dr. W. empfahl eine kinetische Untersuchung, die die Augenärztin Dr. R. am 12. August 2010 durchführte. Dabei stellte Dr. R. einen Visus mit Korrektur von 0,5 bis 0,6/0,6 (rechts/links) fest. Das Gesichtsfeld weise einen Fleck Goldmann III/4 rechts: oben 21°; unten 40°; nasal 39°; temporal 30° bzw. links: oben 06°; unten 05°; nasal 08°; temporal 10° auf. Die Versorgungsärztin des Beklagten Dr. S. führte zu dem augenärztlichen Befund unter dem 9. September 2010 aus: Aus den Visus- und Gesichtsfeldeinschränkungen seien die Merkmale "G" und "B" nicht begründbar. Zwar werde eine erhebliche Einschränkung des linken Gesichtsfeldes beschrieben. Selbst bei einer allseitigen Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10° auf einem Auge wäre nur ein Einzel-GdB von 10 gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung der Visuseinschränkung und der zeitweisen Lidheberschwäche könne ein Einzel-GdB von 20 festgestellt werden. Doppelbilder seien nicht dokumentiert worden. Selbst wenn zu Gunsten der Klägerin unter Einbeziehung einer Gesichtsfeldeinschränkung auf dem rechten Auge und einer konzentrischen Einschränkung des Gesichtsfeldes auf ca. 34° ein Einzel-GdB von 30 für die Augen gebildet werden würde, seien die Voraussetzungen für die Bewilligung der begehrten Merkzeichen immer noch nicht gegeben. Unter Einbeziehung der weiteren Beeinträchtigungen sei kein höherer GdB als 70 oder die Vergabe von Merkzeichen zu vertreten. Dem folgend wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. Oktober 2010 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 15. November 2010 Klage beim Sozialgericht Halle (SG) erhoben und beantragt, "das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Nachteilsausgleiche G und B festzustellen". Zur Begründung hat sie geltend gemacht: Durch starke Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, die durch hirntumorbedingte Schwindelanfälle bedingt seien, könne sie ortsübliche Wegstrecken und unbekannte Wegstrecken ohne Begleitung nicht mehr bewältigen.

In einem von der Klägerin vorgelegten radiologischen Befund vom 7. Juni 2011 hat Dr. P. über eine Kernspintomographie vom selben Tage berichtet und einen Tumorrest am Sinus cavernosus festgestellt, der im Vergleich zur Voruntersuchung vom 16. August 2010 etwas zugenommen habe. Überdies hat die Klägerin einen aktuellen augenärztlichen Befund von Dr. R. vom 23. Juni 2011 vorgelegt.

Das SG hat den Facharzt für Neurochirurgie Dr. R. ein neurochirurgisches Gutachten vom 8. August 2012 (Untersuchung vom 22. Mai 2012) erstatten lassen. Hiernach sei die Klägerin ausgebildete Sonderschullehrerin und seit dem Jahr 2009 in Altersrente. Zu den psychosozialen Belastungen habe sie mitgeteilt, dass ihr Ehemann an einem Prostatakrebs verstorben sei. Einer Tochter sei eine Lunge transplantiert worden, während die andere Tochter an Brustkrebs erkrankt sei, der eine Chemotherapie erforderlich gemacht habe. Das Gangbild der Klägerin sei normal. Beim sog. Strichgang habe sich jedoch eine erhebliche Unsicherheit gezeigt. Von 2009 bis 2012 habe sich keine Tumorprogression entwickelt. Die Klägerin werde jährlich kernspintomographisch kontrolliert. Die bestehenden Ausfälle (Einschränkung der Sehfähigkeit des linken Auges mit Visuseinschränkung, Gesichtsfeldeinschränkung, Oculomotoriusparese, Ptosis, Abducensparese) seien hinreichend geklärt. Das beschriebene Schmerzbild sei aufgrund der Mitbeteiligung des Nervus trigeminus ebenfalls geklärt. Die funktionelle Einäugigkeit beeinträchtige das räumliche Sehen, was auch die beschriebenen Sturzunfälle erkläre. Der bisherige GdB-Wert von 80 sei zutreffend und beizubehalten. Die Voraussetzungen des Merkzeichens "G" und "B" seien dagegen nicht gegeben.

Die Klägerin ist dem Gutachten entgegengetreten, hält die Fragestellung des Gutachtens zum Merkzeichen "G" für unvollständig und die Ausführungen des Sachverständigen zum Merkzeichen "B" für realitätsfern, da bei ihr ein vermehrtes Sturzrisiko bestehe und das Aus- und Einsteigen in öffentliche Verkehrsmittel typischerweise mit Zeitdruck verbunden sei. Zusammenstöße mit Passanten und Radfahrern seien wiederholt vorgekommen. Zudem komme es durch bloße Witterungseinflüsse zu einer Zunahme ihrer Beeinträchtigungen.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 18. Oktober 2012 hat Dr. R. ausgeführt: Aufgrund der Störung des räumlichen Sehens könne die Klägerin kein Kfz mehr führen. Hektik beim Ein- und Aussteigen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei für sie zweifellos mit Risiken verbunden. Dass das Gebot der Rücksichtnahme beim Einsteigen in öffentliche Verkehrsmittel nicht immer beachtet werde, sei sicherlich einzuräumen. Die von der Klägerin geschilderten witterungsbedingten Beschwerden seien ebenfalls plausibel.

Die Klägerin hat auf eine Verschlimmerung des Tumorbefundes hingewiesen und weitere Befunde zur Akte gereicht. Prof. Dr. V. (C. B.) hat unter dem 27. Dezember 2012 einen aktuellen kernspintomographischen Befund ausgewertet und ausgeführt: Der Tumor weise keine Größenzunahme aus. Einschränkend sei jedoch darauf hinzuweisen, dass sich durch die wiederholten Operationen eine große

kontrastmittelaufnehmende Narbe im Bereich des Sinus cavernosus gebildet habe, die eine sichere Unterscheidbarkeit zum Tumorgewebe verhindere. Sämtliche therapeutischen Maßnahmen seien ausgeschöpft. Die Fachärztin für Augenheilkunde Dr. H. hat am 12. November 2012 ausgeführt: Der Visus betrage rechts 0,7 und links 0,3. Wegen der deutlichen Ptosis auf der linken Seite, die zu einer deutlichen Gesichtsfeldeinschränkung führe, sei eine Ptosis-OP zu diskutieren.

Der Beklagte hat an seiner bisherigen Bewertung festgehalten und eine Prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 31. Januar 2013 vorgelegt. Nach dem neurochirurgischen Gutachten habe sich keine Gangstörung oder Koordinationsproblematik gezeigt. Eine Gesichtsfeldeinschränkung infolge eines herabhängenden Augenlides sei keiner Hemianopsie (Halbseitenblindheit) gleichzustellen.

Das SG hat ein augenärztliches Gutachten von Dr. W. (Universitätsaugenklinik M.) vom 22. November 2013 erstatten lassen. Der Sachverständige hat ausgeführt: Die Klägerin habe insbesondere die negativen Auswirkungen des Gesichtsfeldverlustes nach seitlich und unten hervorgehoben, was sich beim Treppensteigen bemerkbar mache. Auch das Abschätzen von Abständen bereite ihr große Probleme. Am linken Auge bestehe ein inkonstant herabhängendes Augenlid. Dies sei teilweise etwas geöffnet und schwelle teilweise zu. Auch leide sie an einem Verschwommensehen. Beispielsweise könne sie keine Straßenschilder mehr lesen. Auch das Lesen der Zeitung bereite ihr Schwierigkeiten. Zudem leide sie an Doppelbildern und Dauerkopfschmerzen. Das Laufen sei wegen einer Schwindelproblematik unsicher, weshalb sie eine Begleitperson benötige. Einkaufen sei ihr noch selbständig möglich. Die Visusleistung für die Ferne betrage mit Korrektur 0,4 und für die Nähe mit Korrektur 0,5. Bei der Klägerin sei von einer Minderung der beidseitigen Sehschärfe sowie einer Gesichtsfeldminderung an beiden Augen auszugehen. Wegen des herabhängenden Lides links bestehe eine Unterdrückung des Bildeindrucks nur in der Ferne durch Verlegung der optischen Achse, so dass es zu Doppelbildern in der Nähe komme. Die Doppelbilder müssten dabei nicht immer auftreten, da eine sog. zentrale Suppression (Unterdrückung des Bildeindrucks im Gehirn) eintrete. Die von der Klägerin geschilderte Gangunsicherheit ließe sich nicht auf den augenärztlichen Befund zurückführen. Dann müsste die Doppelbildsymptomatik bei vollständigem Verschließen des linken Auges verschwinden, was von der Klägerin aber nicht wahrgenommen werde. Neben einer Weitsichtigkeit, einer Stabsichtigkeit, einer Altersichtigkeit, einem geringen grauen Star und einer trockenen altersbedingten Makuladegeneration bestünden auch Schlupflider. Ohne Anheben des linken Augenlides könne in der Ferne bei aufrechter Kopfhaltung keine Sehprüfung vorgenommen werden. Durch einen Pflasterzug könne die herabhängende Lidhaut sowie das teilweise gelähmte Lid auf der anderen Seite angehoben werden und das Gesichtsfeld in der oberen Hemisphäre von 5° auf 20°, nasenseitig von 15° auf 40°, schläfenseitig oben von 30° auf 50° erweitert werden. Das Gebrauchsgesichtsfeld nach unten bleibe davon jedoch unbeeinflusst und erheblich einschränkt (10° statt 60°). Die Orientierung in bekannten Räumen sei auch ohne Anheben der Lider gut möglich. Das linke Auge sei ohne Anhebung des Lides fast funktionslos. Eine Ptosisbrille oder ein zeitweiser Pflasterzug würden bisher nicht getragen, könnten aber zur Besserung der Sehfunktion versucht werden. Die Voraussetzungen des Merkzeichens "G" würden nicht erfüllt. Selbst bei vollständiger Funktionslosigkeit des linken Auges (Einzel-GdB 50) bestünden keine weiteren erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion. Auch die Voraussetzungen für das Merkzeichen "B" seien nicht gegeben.

Die Klägerin ist dem Gutachten entgegengetreten und hat geltend gemacht: Eine Pflasterung der Augenlider würde Schmerzen verursachen und nach Angabe ihrer Augenärztin auch zur Austrocknung des Auges führen. Die Nutzung einer Ptosisbrille sei aufgrund der Gesichtsschmerzen nicht möglich. Der Visuswert habe sich weiter verschlechtert. Sie sei am 21. Januar 2014 schwer gestürzt und habe sich durch den Sturz das rechte Handgelenk und das Nasenbein gebrochen. Am ... 2014 hat die Klägerin mitgeteilt, dass sie wegen einer Hirnblutung stationär aufgenommen worden sei. Die Blutung habe zu einer Desorientierung und motorischen Ausfällen geführt.

Mit Zustimmung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Urteil vom 26. März 2013 (gemeint 2014) abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Soweit die Klägerin im Klageverfahren die Feststellung eines höheren GdB begehrt habe, liege eine unzulässige Klageänderung vor. Mit Widerspruch und Klage habe die Klägerin zunächst lediglich die Ablehnung der beiden Merkzeichen begehrt. Die vom Beklagten getroffene Regelung zur Höhe des GdB sei daher bestandskräftig geworden. Nach Ablauf der Klagefrist sei es nicht mehr möglich, die Feststellung eines höheren GdB zu verlangen. Hinsichtlich des Merkzeichens "G" lägen die Voraussetzungen nicht vor. Für das Merkzeichen "G" sei eine Sehbehinderung mit wesentlicher Störung der Ausgleichsfunktion erforderlich. Gleiches gelte für das Merkzeichen "B".

Die Klägerin hat gegen das am 5. Mai 2014 zugestellte Urteil am 2. Juni 2014 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt erhoben und geltend gemacht: Aufgrund der Hirnblutungen im Februar und März 2014 habe sie einen Neufeststellungsantrag gestellt. In einem beigelegten Arztbrief des Neurozentrums der Klinik B. berichtete Privatdozent Dr. W. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 28. Februar bis 21. März 2014. Die Klägerin sei ca. fünf Wochen nach einem Sturz wegen eines akuten Schwindels mit Gesichtsfeldausfällen eingeliefert worden. Ein CCT habe eine Parenchymblutung, einen langstreckigen Verschluss der linken ACI und einen Defekt der links frontalen Schädelbasis nach Meningeomresektion gezeigt. Es bestehe der Verdacht auf eine Demenz. Im Behandlungsverlauf habe sei die Klägerin desorientiert und hilfebedürftig gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 26. März 2014 sowie den Bescheid des Beklagten vom 23. November 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Oktober 2010 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab dem 29. Dezember 2009 die Merkzeichen "G" und "B" festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Am 14. Mai 2014 hat die Klägerin einen Neufeststellungsantrag beim Beklagten gestellt und neben einem höheren GdB und den in diesem Verfahren beantragten Merkzeichen auch die Merkzeichen "H" (Hilflosigkeit) und "RF" (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bzw. ab dem 1. Januar 2013 die Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht) beantragt. Dieses Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Der Senat hat Befundberichte der die Klägerin behandelnden Ärzte eingeholt. Die Fachärztin für Augenheilkunde Dr. H. hat unter dem 9. Oktober 2014 mitgeteilt, dass der Visus mit Korrektur rechts 0,7 und links 0,3 betrage. Es bestehe eine deutliche Gesichtsfeldeinschränkung links und eine Einschränkung des Stereosehens. Hierdurch hätten sich eine Kopfwangshaltung und eine deutliche

Bewegungseinschränkung des linken Auges bei Hebung und Senkung entwickelt. Das rechte Gesichtsfeld sei oben ca. 30° eingeschränkt, nasal 40°, temporal 50°, nach unten frei. Das linke Gesichtsfeld sei cirulär eingeschränkt auf 20°. Der Gesichtsfeldbefund habe sich von Mai 2012 bis Oktober 2014 verschlechtert.

Dr. O. hat ausgeführt: Die Klägerin könne unter Sorge und Angstgefühlen eine Gehstrecke von 2 km bewältigen. Sie benötige hierfür nach ihren Angaben ca. eine Stunde. Sie sei nicht ständig auf fremde Hilfe bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen.

Die Klägerin hat sich kritisch mit den Befunden auseinandergesetzt und hält einen GdB von 90 bis 100 sowie die beantragten Merkzeichen für gegeben. In einem beigefügten Arztbrief der Augenärzte D. F. vom 12. März 2014 wurde eine rechtsseitige homonyme Hemianopsie diagnostiziert.

Der Beklagte hält für die Augenerkrankung einen Einzel-GdB von 30 für gerechtfertigt. Nach Auffassung seiner Ärztlichen Gutachterin Dr. W. in einer beigefügten Stellungnahme sei eine Erblindung eines Auges nicht gegeben. Es handele sich daher um eine Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung auf beiden Augen, die einen Einzel-GdB von 30 rechtfertige.

Der Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde K. hat in einem Befundbrief vom 22. Januar 2015 berichtet, dass die Sehstörungen beim Gehen eine besondere Vorsicht erforderten. Die Gehfähigkeit sei jedoch nicht eingeschränkt. Eine Gehstrecke von 2 km könne in normaler Geschwindigkeit bewältigt werden, wobei das Überqueren einer Straße besondere Vorsicht bedürfe. Eine Hilfestellung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei nicht geboten. Die Fachärztin für Innere Medizin Dr. K. aus B. hat am 2. Februar 2015 mitgeteilt: Die motorische Gehfähigkeit sei gering eingeschränkt. Die Einschränkung beim Gehen resultiere aus Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, der Seh-, Orientierungs- und Gleichgewichtsstörung. Auf unbekannten Wegen sei die Klägerin auf eine Begleitperson angewiesen, da sonst Risiken bestünden. In Begleitung könne sie übliche Gehstrecken zurücklegen. Einfache Verkehrsverbindungen könne die Klägerin noch bewältigen. Bei Umsteigstrecken oder unbekannten Routen sei jedoch fremde Hilfe notwendig.

In einem beigefügten Entlassungsbericht des S. Reha-Klinikum II (B. K.) hat Chefarzt Dr. C. über einen stationären Aufenthalt vom 21. März bis 17. April 2014 berichtet: Zur Entlassungsuntersuchung habe sich die Klägerin ohne Hilfsmittel mobil im gesamten Haus und dem Außenbereich bewegen können. Das Treppensteigen von zwei Etagen mit Geländer sei möglich. Die Klägerin sei voll orientiert. Die Gesichtsfeldeinschränkung habe sich rechts leicht zurückgebildet. Im Straßenverkehr könne die Klägerin als Fußgängerin Gefahrensituationen erst spät erkennen. In den täglichen Aktivitäten sei sie selbständig.

Die Klägerin hat ihre Ausführungen vertieft und hält ihr Begehren für begründet. Der Senat hat die Beteiligten mit Schreiben vom 16. Juli 2015 darüber informiert, Prof. Dr. B. aus L. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens zu beauftragen. Nach Zustellung der Beweisanordnung vom 4. September 2015 hat die Klägerin am 13. Oktober 2015 unter Vorlage von diversen Bewertungen von Prof. Dr. B. im Internet eine Begutachtung durch diesen Sachverständigen abgelehnt und eine ortsnahe Begutachtung angeregt. Mit Schreiben vom 14. Oktober 2015 hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass die vorgelegten Stellungnahmen zu Sachverständigen aus dem Internet nicht genügen, um eine Befangenheit des beauftragten Sachverständigen zu rechtfertigen. Für einen Befangenheitsantrag seien objektive Gründe nötig, die sich aus dem konkreten Verfahren selbst ergeben. Es werde um Klarstellung gebeten, ob ein Befangenheitsantrag gegen Prof. Dr. B. gestellt werden solle. Hierfür seien die Gründe zu nennen, die eine mangelnde Neutralität des Sachverständigen rechtfertigen.

Am 21. Oktober 2015 hat sich Prof. Dr. B. bereit erklärt, das Gutachten durchführen. Die Prozessvertreterin der Klägerin hat mit E-Mail vom 26. Oktober 2015 eine Begleitperson für die Untersuchung für notwendig erachtet und gebeten, die entstehenden Kosten für die Begutachtung zu übernehmen. Die Klägerin hat einen aktuellen Augenarztbefund von Dr. H. vom 20. November 2015 vorgelegt. Hiernach betrage das Gesichtsfeld rechts oben ca. 20°, nasal 30°, temporal 30° und unten 40°. Das linke Gesichtsfeld sei cirulär eingeschränkt auf 10°. Im Verlauf sei eine deutliche Verschlechterung eingetreten.

Prof. Dr. B. hat ein Nervenfachärztliches Gutachten vom 9. Dezember 2015 (Untersuchung vom 12. November 2015) vorgelegt: Zur Beschwerdesituation habe die Klägerin über Schmerzen im Gesicht, einen Lymphstau im Gesicht und über witterungsbedingte Schmerzen berichtet. Bei "Akutschmerzen" müsse sie Schmerztabletten (Ibuprofen-Tropfen) einnehmen. Der Lymphstau trete im Winter fast jede Woche und im Sommer durchschnittlich zwei Mal im Monat auf. Sie müsse dann ihr Gesicht kühlen. Ihre Orientierungs- sowie Wortfindungsstörungen hätten zugenommen. Durch die Gesichtsfeldeinschränkung habe sie ein gestörtes räumliches Sehen. Seit der Hirnblutung habe sie einen "Linksdrall", auch die Schreibfähigkeit habe sich verändert. Bei Schwindelanfällen müsse sie sich festhalten. Diese Anfälle kämen plötzlich und dauerten fünf bis zehn Sekunden. Die Beweglichkeit der rechten Hand und des Unterarmes seien nach der Fraktur beeinträchtigt. Sie habe Krämpfe in der Muskulatur beider Waden. Morgens müsse sie häufig imperativ die Toilette aufsuchen.

Die Klägerin sei mit ihrer Tochter, die der Untersuchung beigewohnt habe, mit öffentlichen Verkehrsmitteln gekommen. Die Klägerin sei regelrecht orientiert. Die Gedächtnisleistung sei nicht beeinträchtigt. Meist führe sie das Gespräch selbst. Die Konzentration habe nicht nachgelassen. Korrespondierend mit diesem klinischen Eindruck habe sie im Montreal Cognitive Assessment-Test mit 25 Punkten ein knapp normales Ergebnis erzielt. Bei manchen Testen habe sie aufgegeben, weil ihr dies zu anstrengend geworden sei. Der Gedankengang sei geordnet. Es bestünden weder inhaltliche noch formale Denkstörungen. Die Klägerin sei darauf fixiert, eine Hilfsbedürftigkeit und Schutzbegleitung durch ihre Tochter zu fordern. Sie habe angegeben, sie stürze häufig und habe sich das linke Schienbein angeschlagen. Sie habe Angst hinzufallen, wenn keine Begleitung da sei. Während der gesamten Exploration habe sie ruhig auf dem Stuhl gesessen. Anzeichen für Schmerzen seien in Mimik und Gestik nicht aufgefallen.

Es bestehe eine Geruchsstörung von aromatischen Stoffen. Im Gesicht bestehe links eine Ptose, die kosmetisch nicht entstellend wirke. Die Klägerin beschreibe eine konzentrische, links stärkere, Gesichtsfeldeinengung. Das Zusammensetzen eines Tetraeders sei ihr mit wenig Hilfestellung richtig gelungen. Die Einzelteile habe sie sicher und ohne zu tasten ergriffen. Stilisierte Abbildungen auf dem Untersuchungsblatt des Moca-Testes habe sie erkannt und korrekt bezeichnet. Beim Barany-Zeigerversuch könne sie dem Zeigefinger des Untersuchers folgen, wobei sie ihren Zeigefinger etwas weit weg gehalten habe. Bei der Gangprüfung hätten sich keine Orientierungsstörungen gezeigt. Beim Begrüßen und Verabschieden habe sie zielsicher die Hand des Untersuchers gegriffen. Auch habe sie sich selbstständig auf den Stuhl gesetzt. Nach Abschluss der Untersuchung habe die Aufgabe für die Klägerin bestanden, den Weg zur Straßenbahn selbstständig, jedoch unter Beobachtung des Sachverständigen und ihrer Tochter zurückzulegen. Die Klägerin habe das

Geländer der Treppe korrekt gegriffen und sich vorsichtig auf dem Gehweg orientiert. Bei jeder Änderung der Bodenbeschaffenheit und Farbe habe die Klägerin innegehalten und sich vorsichtig mit dem Fuß tastend bewegt. Sie sei sicher zur Fußgängerampel gegangen und habe die Lichtzeichen erkannt. Nachdem die Straßenbahn eingefahren sei, habe man sich verabschiedet. Die Klägerin habe sich korrekt an die Position der Straßenbahntür gestellt, nach dem Öffnen der Tür einen Schritt in die Bahn gemacht und die Hand der Tochter ergriffen. Eine Sturzgefahr habe zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Zum Tagesablauf habe die Klägerin angegeben: Sie bewohne allein eine Vierraumwohnung (2. Etage). Das Haus habe einen Aufzug, wobei sie häufig die Treppe benutze. Sie stehe früh auf und könne sich selbstständig duschen. Gelegentlich nutze sie Unterarmstützen. Für die Nahrungszubereitung verwende sie wenig Zeit. Einkäufe könne sie selbst erledigen. Bei größeren Gegenständen greife sie auf die Hilfe von Freunden und Nachbarn zurück. Zu den Ärzten fahre sie mit dem Taxi, ggf. in Begleitung der Tochter. In der Freizeit lese sie gern mit einer Spezialbrille. Zuletzt habe sie Urlaub mit den Töchtern in Wien gemacht. Aktuell sei sie mit beiden in Garmisch-Partenkirchen zum Wandern gewesen. Bergab habe sie dabei Knieschmerzen bekommen.

Die Beeinträchtigungen durch die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung habe die Klägerin aggravierend vorgetragen. Bei der Untersuchung habe sie sich im Raum zurecht gefunden, den Stuhl ergriffen, sich an der Untersuchungsliege festgehalten, Teile des Tetraeders ergriffen und auch den Weg zur Straßenbahn bewältigt. Durch die Stürze habe sich bei ihr eine Angst entwickelt, die sie jedoch in der selbständigen Lebensführung nicht behindere.

Der Gesamt-GdB betrage 80. Die Gehfähigkeit sei nur gering beeinträchtigt. Normale ortsübliche Gehstrecken könne sie bewältigen. Das Gangbild sei ängstlich, zögerlich aber nicht durch Lähmungserscheinungen oder Koordinationsstörungen beeinträchtigt. Eine ständige Fremdhilfe bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sei nicht gegeben.

Der Beklagte sieht sich durch das Gutachten bestätigt. Die Klägerin ist dem Gutachten entgegengetreten und hat geltend gemacht: Es sei widersprüchlich, wenn der Sachverständige eine nicht nachlassende Konzentration behaupte und gleichzeitig angebe, dass sie manchen Test schnell aufgegeben habe. Die Angabe des Sachverständigen, die Schmerzbeeinträchtigung sei nicht sichtbar gewesen, sei subjektiv und unverwertbar. Die abgelehnte Entstellung treffe nicht zu. Zu Unrecht habe der Sachverständige die vom Operateur bestätigte Trigemikusneuralgie in Zweifel gezogen. Bei der Zusammensetzung des Tetraeders habe der Sachverständige die erforderlichen Arbeiten zu 80 % selbst vorgenommen. Die Gangprüfung im Untersuchungsraum sei mit den Alltagsanforderungen nicht zu vergleichen. Sie habe nicht selbstständig die Straßenbahntür ergriffen, sondern sei von der Begleitperson untergehakt worden. Die angezweifelte Gesichtsfeldeinengung sei nicht nachvollziehbar, da sie augenärztlich bestätigt sei. Die rechtsseitige homonyme Hemianopsie sei fachärztlich ebenfalls bestätigt (Dr. K.). Ein Zurechtfinden im Untersuchungsraum sei nicht erforderlich gewesen, da sie sich zu 95 % der Zeit auf einem Stuhl befunden habe. Die behaupteten Bergwanderungen mit den Töchtern seien unzutreffend. Grund für die Stürze sei nicht die Angst, sondern die Schwindelanfälle. Ein 3 cm großes Defektareal sei nicht nur mit ein geringer Herdnachweis. Sie besitze keine Spezial-, sondern nur eine normale Brille bzw. Lesebrille. Der Sachverständige habe bei der GdB-Bewertung zahlreiche Erkrankungen vergessen (z.B. Trigemikusneuralgie, Inkontinenz). Sie gehe in der Nähe der Wohnung im Supermarkt einkaufen und kenne den Weg sehr gut, da sie dort seit ca. 30 Jahren wohne. Der Sachverständige habe alle fachärztlich gesicherten Diagnosen und damit verbundenen Einschränkungen infrage gestellt oder gänzlich ignoriert. Wörtlich hat die Klägerin ausgeführt: "Da das Gericht Prof. B. mein Schreiben vom 12. Oktober 2015, in dem wir ihn als Gutachter ablehnten, sowie die Ausdrucke (Bewertungsprotokolle) zugesandt hat, muss ich davon ausgehen, dass die Begutachtung nicht unvorgenommen erfolgte." Nach den bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen der Fachärzte, die die Klägerin seit Jahren behandelten, seien die Voraussetzungen für einen höheren GdB sowie die beiden Merkzeichen hinreichend belegt.

Der Sachverständige hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 4. März 2016 ausgeführt: Fehlende Konzentration sei an springenden Gedankeninhalten, Abschweifen vom Thema, Haften an Nebensächlichkeiten und phasenweise inkohärentem Denken festzustellen. Die Klägerin habe die Tests einfach aufgegeben oder gar nicht erst versucht. Dies entspreche keiner Konzentrationsstörung. Der Einwand sei daher laienhaft. Die Klägerin verlasse sich hauptsächlich auf ihre Tochter und nutze ihre Möglichkeiten nicht aus. Eine entstellende Gesichtsasymmetrie liege nicht vor. Die Ptose sei nicht vergleichbar mit Menschen, die z.B. an einer Verbrennung oder Narbenbildung litten. Bei einer Trigemikusneuralgie reiche die Störung oder Schmerzangabe nicht über den Nerv hinaus und es bestehe zwischen den Schmerzattacken keine neurologische Störung. Die Angabe einer Gefühlsminderung sei daher ein Ausschlusskriterium für eine Trigemikusneuralgie. Die Klägerin habe die vor ihr liegenden Einzelteile sicher ergreifen können. Er habe ihr beim Zusammensetzen Hilfestellung geleistet, nicht aber beim Ergreifen der einzelnen Teile. Die Beobachtungen beim Einsteigen in die Straßenbahn seien im Gutachten richtig wiedergegeben. Eine homonyme Hemianopsie liege bei der Klägerin nicht vor, sondern nur eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung. Die Klägerin habe sich im Raum zurechtfinden müssen. Sei es bei der Nutzung des Stuhls, der Gangprüfung, der Untersuchungsliege und beim Gehstest außerhalb des Gebäudes. Ein Herdnachweis erfolge nicht durch den Bildbefund, sondern aus der klinischen Untersuchung. Die Sehfähigkeit der Klägerin sei noch gut erhalten. Sie könne noch lesen und habe einen Würfel nachzeichnen können. Auch bei der Prüfung der Wendebewegung der Unterarme und der Fingerbewegung seien keine wesentlichen Störungen erkennbar gewesen. Die Klägerin sei weder desorientiert noch dement. Wenn sie Hilfeleistungen in alltäglichen Dingen einfordere, schöpfe sie ihr Leistungspotential nicht aus. Den Vorwurf der Voreingenommenheit weise er zurück.

Die Klägerin hat an ihrer Kritik festgehalten und angeregt, weitere Befunde von der Augenärztin H. und dem Radiologen Dr. W. einzuholen.

Auf konkrete Nachfrage des Vorsitzenden hat die Bevollmächtigte der Klägerin, ihre Tochter, in der mündlichen Verhandlung vom 15. Juni 2016 wörtlich ausgeführt:

"Meiner Meinung nach enthält das Gutachten kaum verwertbare Aussagen, es ist geradezu ein Witz. Niemals bin ich mit meiner Schwester in den Bergen gewesen. Sie hat alle Merkzeichen und kann sich dort gar nicht aufhalten. Mit meiner Mutter bin ich dort gewesen, wir sind aber mit Hilfe der Bergbahn zur Aussichtsplattform gefahren. Außerdem sprach der Gutachter die meiste Zeit von sich selbst, er hat auch die Stäbchen für den Test der Geruchsnerven verwechselt und den Tetraeder selbst zusammengebaut. Eine gründliche Untersuchung meiner Mutter hat auch nicht stattgefunden.

Unzutreffend ist auch die Feststellung, dass meine Mutter alleine in die Straßenbahn gestiegen sei. Das geschieht niemals, dies lasse ich gar nicht zu, weil sie sonst wegen ihres Linksdralls in das Gleisbett fallen würde."

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgesetzbuches (SGB) statthafte und auch in der von [§ 151 Abs. 1 SGB](#) vorgeschriebenen Form und Frist eingelegte Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sowie das Urteil des SG Halle vom 26. März 2014 sind rechtmäßig.

1. Die Klägerin hat nach ihrer Prozessklärung vom 15. Juni 2016 klargestellt, dass streitgegenständlich in diesem Verfahren nicht mehr der höhere GdB ist, sondern lediglich die beiden beantragten Merkzeichen. Das Urteil des SG vom 26. März 2014 ist zur Frage der Höhe des GdB damit rechtskräftig geworden.

2. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Merkzeichen "G" und "B" liegen nicht vor.

Die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 23. November 2009 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 15. Oktober 2010 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGB](#) statthaft. Die Klage ist aber unbegründet, weil der Klägerin die begehrten Merkzeichen nicht zustehen.

Anspruchsgrundlage für die begehrte Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Merkzeichen "G" und "B" ist [§ 69 Abs. 4](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX). Hiernach stellen die zuständigen Behörden neben einer Behinderung auch gesundheitliche Merkmale fest, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen sind.

a) Die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "G" liegen bei der Klägerin nicht vor. Nach [§ 145 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) haben schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, Anspruch auf unentgeltliche Beförderung. Nach [§ 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahr für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

In Teil D, Nr. 1 d der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind Regelfälle normiert, bei denen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" als erfüllt anzusehen sind. Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind danach ua. als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen (Teil D Nr. 1 d Satz 1). Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen (Teil D Nr. 1 d Satz 3), die ebenfalls mit einem GdB von mindestens 50 zu bewerten sind. Besonderheiten gelten für hirnorganische Anfälle (Teil D Nr. 1 e) und Orientierungsstörungen infolge von Sehstörungen, Hörstörungen oder geistiger Behinderung (Teil D Nr. 1 f), die grundsätzlich nur ab einem Behinderungsgrad von wenigsten 70 Merkzeichenrelevanz entfalten (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 2015, [B 9 SB 1/14 R](#), juris).

Diese Regelbeispiele sind bei der Klägerin nicht erfüllt. So bestehen bei ihr keine auf die Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Auch sind keine Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB von unter 50 vorhanden, die sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken. Auch Beeinträchtigungen durch innere Leiden (Herzschäden, Lungenfunktionseinschränkungen) oder hirnorganische Anfälle liegen nicht vor.

Zwar kann auch eine sich auf die Gehfähigkeit auswirkende Orientierungsfähigkeit bei Sehstörungen die Vergabe des Merkzeichens "G" rechtfertigen. Doch ist dies nach Teil D, Nr. 1 f der Versorgungsmedizinischen Grundsätze nur bei Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, bzw. nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z.B. hochgradige Schwerhörigkeit beidseits, geistige Behinderung) anzunehmen.

Auf orthopädisch-neurologischem Gebiet liegen keine Befunde vor, die eine erhebliche Einschränkung der Gehfähigkeit der Klägerin bestätigen. So hat Prof. Dr. V. unter dem 25. Februar 2009 ein normales Gangbild beschrieben. Dies bestätigten auch Dr. R. in seinem Gutachten vom 8. August 2012 sowie der Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde K. in seinem Befundbrief vom 22. Januar 2015. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die von der Klägerin geschilderten Orientierungs- und Geherschwernisse in erster Linie durch die Sehstörungen bedingt werden, während die Gehfähigkeit als solches nicht oder allenfalls gering eingeschränkt ist. Diese Bewertung wird auch durch die Einschätzungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. und der Fachärztin für Innere Medizin Dr. K. bestätigt. Das schwere Sturzereignis mit diversen Frakturen im Januar 2014 und die stationär behandelte Hirnblutung im Februar bis März 2014 haben nur für einen begrenzten Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin geführt und rechtfertigen damit keine andere Bewertung. So wurde die Klägerin im Neurozentrum B. H. zunächst als verwirrt und desorientiert sowie hilflos beschrieben. Dieser Zustand dauerte jedoch nicht länger als sechs Monate an. Wertet man insbesondere den Entlassungsbericht des S. Reha-Klinikum II B. K. aus, bleibt festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin während des Aufenthaltes vom 21. März bis 17. April 2014 wieder deutlich verbessert hatte. Nach Abschluss der Rehabilitation konnte die Klägerin als selbstständig in den Aktivitäten des täglichen Lebens entlassen werden. Auch ihre Mobilitätsfähigkeiten zum Zeitpunkt der Entlassung zeigten eine Mobilität ohne Hilfsmittel und eine zeitliche, örtliche und situative Orientiertheit. Diese Beobachtungen zu einer noch vorhandenen Orientiertheit der Klägerin decken sich im Übrigen auch mit den Beobachtungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B. in seiner Untersuchung. Die scharfen Angriffe der Klägerin gegen die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. bedurften keiner gesonderten Entscheidung des Senats, über eine Voreingenommenheit des Sachverständigen zu entscheiden. So hat die Klägerin auch auf Nachfrage des Vorsitzenden in der mündlichen

Verhandlung lediglich die fachlichen Mängel des Gutachtens gerügt, jedoch keinen Befangenheitsantrag gegen den Sachverständigen gestellt. Gründe von einer der Voreingenommenheit des Sachverständigen Prof. Dr. B. auszugehen, sind zudem weder vorgetragen noch für den Senat erkennbar.

Die zweifellos für die Klägerin sehr belastenden Sehschwierigkeiten, die Orientierungsprobleme beim Laufen verursachen, werden in erster Linie durch den schwachen Visus beider Augen sowie den Gesichtsfeldverlusten geprägt. Nach dem überzeugenden augenärztlichen Gutachten von Dr. W. (Universitätsaugenklinik M.) vom 22. November 2013 genügt der augenärztliche Befund jedoch nicht, um einen Anspruch auf das Merkzeichen "G" zu rechtfertigen. So verwies die Sachverständige Dr. W. zutreffend darauf, dass selbst bei einer vollständigen Funktionslosigkeit des linken Auges (Einzel-GdB 30) mangels weiterer erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion die Voraussetzungen für das Merkzeichen "G" nicht gegeben wären. Eine Einäugigkeit der Klägerin ist trotz der zahlreichen augenärztlichen Befunde nicht dokumentiert. Vor diesem Hintergrund überzeugen den Senat auch die versorgungsärztlichen Bewertungen des Beklagten, die Einschränkungen der Klägerin im Funktionssystem Augen unterhalb eines Einzel-GdB von 50 anzusetzen. Nach dem von der Klägerin vorgelegten aktuellen Augenarztbefund von Dr. H. vom 20. November 2015 wird zwar eine Verschlechterung des Gesichtsfeldes berichtet. Ein augenärztlicher Befund, der neben der vollständigen Funktionslosigkeit eines Auges noch weitere augenärztliche Einschränkungen dokumentiert, die zu einem Einzel-GdB von 70 führen könnten, liegt nicht vor. Der Senat ist daher nicht davon überzeugt, dass bei der Klägerin Störungen der Sehfähigkeit vorliegen, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen und einen Einzel-GdB von wenigstens 70 rechtfertigen können. Dies wäre z.B. erst bei Verlust eines Auges sowie Blindheit und einem zusätzlichen temporalen Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte des anderen Auges oder einer allseitigen Einengung binokular auf 10° Abstand vom Zentrum der Fall (vgl. Teil B Nr. 4.5). Eine solch schwerwiegende Behinderung im Funktionssystem Augen, die mit einem Einzel-GdB von 70 bewertet werden müsste, liegt bei der Klägerin nach den vorliegenden Befunden nicht vor. Gerade die vom Sachverständigen Prof. Dr. B. festgestellten, der Klägerin noch möglichen Bewegungsabläufe (z.B. beim Greifen von Gegenständen sowie Händen) wären bei einer schwerwiegenden Seheinschränkung mit einem Einzel-GdB 70 kaum zu erwarten. Dies wurde auch durch die Beobachtungen der Klägerin durch den Senat in der Verhandlung nochmals bestätigt. So konnte die Klägerin Gegenstände auf dem Tisch sicher greifen und wirkte im Blickkontakt bei in ihrer Befragung überzeugend sicher.

Weitere Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) sind von der Klägerin weder behauptet noch von den behandelnden Ärzten bzw. Sachverständigen dokumentiert worden.

Neben den Sehstörungen liegen auch keine beachtlichen sonstigen Orientierungsstörungen von erheblichem Gewicht vor. So hat der Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde K. in einem Befundbrief vom 22. Januar 2015 die besondere Problematik der Klägerin beim Gehen insbesondere durch die vorhandenen Sehstörungen betont, jedoch generell eine Einschränkung der Gehfähigkeit verneint. Die davon wohl abweichende Auffassung der Fachärztin für Innere Medizin Dr. K. vom ... 2015 ist vereinzelt geblieben und zudem nicht begründet worden. Nach dem von Prof. Dr. B. überzeugend geschilderten Gehtest der Klägerin zur Straßenbahn ergaben sich wiederum keine wesentlichen Orientierungsstörungen, auch wenn die Beteiligten gerade beim Einsteigen der Klägerin in die Straßenbahn im Detail abweichende Beobachtungen gemacht haben wollen. So konnte sich die Klägerin zumindest langsam und vorsichtig auf dem ihr unbekannten Klinikgelände bewegen und sich in unbekanntem Raum zurechtfinden. Für ein Fortbestehen der Orientierungsfähigkeit spricht auch die unbestrittene Selbständigkeit der Klägerin, sich in ihrem eigenen Umfeld (z.B. Haushalt sowie nähere Umgebung) zurechtzufinden. Auch traut sich die Klägerin offenbar noch zu, mit ihren Töchtern zu verreisen und sich in unbekanntem Terrain zu bewegen. Konkrete Gefährdungsmomente vermochte der Sachverständige Prof. Dr. B. beim anspruchsvollen Gehtest nicht festzustellen. Gegenteiliges hat auch die Klägerin nicht behauptet.

b) Die Voraussetzungen für das Merkzeichen "B" liegen auch nicht vor. Nach [§ 146 Abs. 2 SGB IX](#) sind schwerbehinderte Menschen zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich und andere regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Nach Teil D, Nr. 2 c der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist die Notwendigkeit ständiger Begleitung anzunehmen, wenn auch die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt ist. Diese Voraussetzung liegt, wie zum Merkzeichen "G" ausgeführt, bei der Klägerin nicht vor.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2016-09-20