

L 6 SB 5968/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 16 SB 3496/06

Datum

27.11.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 SB 5968/08

Datum

11.03.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27.11.2008 abgeändert, soweit der Beklagte verurteilt worden ist, den GdB des Klägers höher als mit 40 festzustellen. Insoweit wird die Klage abgewiesen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat dem Kläger ein Drittel seiner außergerichtlichen Kosten aus beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht, ob der am 10.05.1948 geborene, derzeit vollschichtig als Diplom-Ingenieur berufstätige Kläger einen Anspruch auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 hat.

Der Kläger beantragte am 04.11.2005 beim Landratsamt E. wegen der Folgen einer Subarachnoidalblutung die Feststellung seines GdB. Er legte den ärztlichen Entlassungsbericht der Fachkliniken H. in Bad U. vom 12.10.2005 (Subarachnoidalblutung bei Aneurysma, Abgang communicans posterior mit hirnorganischem Psychosyndrom, Orientierungsstörungen, Dyskalkulie, Sehstörungen, Kraniotomie und Clipping-Operation bei Aneurysma, arterielle Hypertonie) mit psychologischem Bericht vom 05.10.2005 (leichte Defizite bei der sprachlichen Kompetenz und der Merkfähigkeit für Begriffe, minimale Fusionsstörung beim Sehen) vor. Das Landratsamt zog die Arztbriefe der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie des Marienhospitals S. vom 10.02.2003 (indirekte Leistenhernie rechts) und der Neurochirurgischen Klinik des Katharinenhospitals S. vom 03.08.2005 (Subarachnoidalblutung Hunt und Hess-Grad I mit angiographischem Nachweis eines C1-Aneurysmas links am Abgang am A. communicans posterior, hirnorganisches Psychosyndrom, Zustand nach basaler Lappenpneumonie, Zustand nach Harnwegsinfekt mit E. coli und Enterokokken, arterielle Hypertonie, Hypokaliämie, Adipositas, benigne Prostatahypertrophie) bei. Dr. Pf. berücksichtigte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 30.01.2006 als Funktionsbeeinträchtigungen ein operiertes Aneurysma und eine kognitive Teilleistungsschwäche (Teil-GdB 30) sowie einen operierten Leistenbruch beidseitig (Teil-GdB 10) und schätzte den Gesamt-GdB mit 30 ein. Das Landratsamt stellte mit Bescheid vom 02.02.2006 den GdB des Klägers mit 30 seit 04.11.2005 fest.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Zur Begründung führte er aus, er leide an einer starken allgemeinen Schwäche, Kopfschmerzen, Kribbeln, einer Blasenschwäche, Schmerzen im linken Bauchbereich, Erektionsstörungen, Sehstörungen, Depressionen, geistigen Verwirrheitszuständen, einer Unlust, einem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, Gedächtnisdefizit sowie Sprachstörungen. Dr. S. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.03.2006 aus, medizinisch lägen keine neuen Gesichtspunkte vor. Das Regierungspräsidium wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2006 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 12.05.2006 Klage zum Sozialgericht Stuttgart. Am gravierendsten seien die Seh- und Gedächtnisstörungen. Er könne kaum fünf Seiten lesen, ohne dass sich Kopfschmerzen einstellen. Das seitliche Gesichtsfeld werde als zu unscharf empfunden. Zudem störe ein Punkt im Sehfeld. Ferner liege ein Verlust der Fachsprache vor, was bei der Arbeit sehr hinderlich sei. Das logische Denken, besonders im mathematischen Bereich, habe sich deutlich verschlechtert und reiche nicht mehr für die höhere Mathematik. Der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und das Gedächtnisdefizit äußerten sich beispielsweise darin, dass die Namen eben vorgestellter Personen oder alter Bekannter nicht mehr erinnerlich seien, Rechenoperationen über mehrere Schritte nicht mehr im Kopf durchgeführt und in freier Rede begonnene Gedanken oft nicht zu Ende gebracht werden könnten. Bei Letzterem behinderten auch noch Wortfindungsstörungen ganz erheblich. Hinzu komme der deutlich verlangsamte Denkprozess. Längere fremde Gedankengänge würden nur sehr schwer erfasst, so dass deren Quintessenz vom Gegenüber oft wiederholt werden müsse. Bei der Entwicklung eigener Gedanken verliere er aber ebenso leicht den

roten Faden. Dies alles falle gelegentlich zusammen, wobei er sich dann vollkommen überfordert und wie geistig verwirrt vorkomme. Der Kläger legte das Schreiben seiner Ehegattin vom 22.10.2007 vor, in welchem diese die Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers beschrieb.

Das Sozialgericht hörte zunächst den Facharzt für Allgemeinmedizin J., den Facharzt für Neurologie Dr. D., den Augenarzt Dr. E. und den Facharzt für Innere Medizin Dr. L. schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin J. führte unter Vorlage der Arztbriefe des Augenarztes Dr. K. vom 17.10.2005, der Neurochirurgischen Klinik des Katharinenhospitals S. vom 28.10.2005 und 17.11.2005, des Chirurgen Dr. C. vom 25.11.2005, der Pathologischen Gemeinschaftspraxis Dr. B./Dr. H. vom 20.02.2006, des Facharztes für Innere Medizin Dr. Sch. vom 23.02.2006, des Chirurgen Dr. F. vom 23.02.2006 sowie der Medizinischen Klinik II des Klinikums K.-N. vom 28.03.2006 aus, neben der Folgen der Subarachnoidalblutung hätten eine klein-polypöse Schleimhautveränderung, eine Cholelithiasis, ein Hämorrhoidenleiden Grad II und ein Weichteiltumor am linken Oberarm bestanden. Zur Zeit immer noch vorhanden seien eine psychische Labilität sowie Gedächtnislücken. Dr. D. legte mit Schreiben vom 19.09.2006 seinen Arztbrief vom 05.04.2006 vor, in welchem dieser im Hinblick auf die Subarachnoidalblutung einen stabilen Verlauf angab. Dr. E. führt unter dem 25.09.2006 aus, es bestünden keine Beschädigungen im Bereich beider Augen und kein nachweisbarer Ausfall von Nervenfasern in der Sehbahn. Dr. L. legte mit Schreiben vom 30.11.2006 unter anderem die Arztbriefe der Medizinischen Klinik II des Klinikums K.-N. vom 01.08.2006 sowie der Pathologischen Gemeinschaftspraxis Dr. B./Dr. H. vom 29.03.2006 vor und führte aus, der inzwischen abgeheilte Ulcus der Rektumschleimhaut bedinge keine dauerhafte Beeinträchtigung des Klägers.

Dr. Köhler führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.03.2007 aus, die kognitiven Teilleistungsstörungen nach der erlittenen Subarachnoidalblutung bei Hirnaneurysma seien als leichtgradig beeinträchtigend einzuschätzen. Dafür spreche, dass der Kläger acht Stunden täglich in seinem Beruf als Diplom-Ingenieur arbeite. Die zum Anfang der Rehabilitationsbehandlung deutlichen neuropsychologischen Defizite hätten sich unter intensiver Trainingsbehandlung deutlich verbessert. Relevante die allgemeine Situation zusätzlich verschlimmernde psychische Störungen seien dem ärztlichen Reha-Entlassungsbericht nicht zu entnehmen. Eine relevante Sehstörung sei auszuschließen. Ein messbarer GdB infolge des Geschwürs der Rektumschleimhaut sei nicht festzustellen.

Sodann hörte das Sozialgericht den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. N. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dieser beschrieb unter Vorlage seines Arztbriefs vom 07.05.2007 unter 04.06.2007 eine depressiv-zwanghafte Reaktion nach Nahtoderlebnis und führte aus, es bestehe eine leichte Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sowie eine leichte soziale Anpassungsstörung, da sich die Nahtoderinnerungen ab und zu dranghaft äußerten, andererseits beim Kläger das Gefühl einer sozialen Isolierung aufkomme, da er über diese Erlebnisse mit kaum jemandem reden könne und Unverständnis oder Spott fürchte.

Dr. W. führte in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 26.09.2007 aus, eine Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sowie eine soziale Anpassungsstörung könne nicht als hinreichend nachgewiesen angesehen werden.

Sodann holte das Sozialgericht auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das nervenfachärztliche Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. F. vom 03.04.2008 ein. Der Sachverständige diagnostizierte ein organisches Psychosyndrom, das sich vor allem in einer kognitiven Störung und in einer als seelisch anzusprechenden Symptomatik äußere. Das organische Psychosyndrom beinhalte sowohl hirnorganische Allgemeinsymptome wie eine Hirnleistungsschwäche sowie Symptome einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung sowie eine hirnorganische Wesensänderung. Es müsse von einer mittelschweren Leistungseinschränkung beziehungsweise mittelgradigen, sich im Alltag deutlich auswirkenden Störung ausgegangen werden. Der GdB sei mit 50 einzuschätzen.

Hierzu führte Dr. W. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12.06.2008 aus, ein wenigstens mittelschweres hirnorganisches Psychosyndrom sei nicht nachgewiesen. Eine solche mittelschwere Leistungsbeeinträchtigung gehe mit den aktenkundigen Befunden nicht konform. Im Übrigen werde anamnestisch im jetzigen Gutachten ausgeführt, dass der Kläger seine Freizeit zum Teil mit der Lösung von Zahlenrätseln verbringe. Diese Zahlenrätsel erforderten ein recht hohes Maß an Konzentration und seien nur schwerlich mit der Annahme einer mittelgradigen Hirnleistungseinschränkung zu vereinbaren.

Dr. F. erwiderte hierauf in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 02.07.2008, die eigentlichen Defizite des Klägers bewegten sich im kognitiven und mnestischem Bereich. Sie beträfen in einem ungewöhnlichen Umfang das Neugedächtnis und kämen in Gestalt einer gewissen Umständlichkeit, mangelnder Treffsicherheit in Gestalt einer Begriffsunschärfe und Verlegenheitskonfabulationen zum Ausdruck. Subjektiv sei dem Kläger besonders seine Vergesslichkeit, insbesondere bei der Meisterung neuer Situationen, deutlich geworden, während er Konzentrationsschwierigkeiten verneint habe. Schon im Rahmen seiner Exploration sei seine Neigung zum Haften unübersehbar. Nach diesen Beobachtungen sei es sinnvoll erschienen, den Befund testpsychologisch abzurunden. Bei diesem mit arbeitsabhängigen Test sei weder eine Aggravationstendenz noch eine überzeichnete Darstellung von Beschwerden aufgefallen. Stattdessen seien zum Teil typische, beispielsweise vermehrt Perseverationen beinhaltende Fehler gemacht worden, die sich angesichts der hohen Sensibilität dieses Tests im Hinblick auf eine hirnorganische Störung interpretieren ließen. Es bleibe daher dabei, dass beim Kläger eine mittelschwere Leistungseinschränkung vorliege.

Dr. W. vertrat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.07.2008 die Auffassung, eine mittelschwere Leistungseinschränkung liege nicht vor. Aus den Ausführungen des Sachverständigen gehe nicht wirklich nachvollziehbar hervor, inwiefern bei der testpsychologischen Untersuchung eine mangelnde Kooperation des Klägers eindeutig ausgeschlossen werden könne. Ferner sei zu berücksichtigen, dass der Kläger in der Lage sei, ohne Begleitung ein Kraftfahrzeug zu lenken und einen achtsündigen Arbeitstag zu bewältigen. Auch lasse der vom Sachverständigen beschriebene Tagesablauf keine mittelgradigen und sich im Alltag deutlich auswirkende Funktionseinschränkung erkennen.

Mit Urteil vom 27.11.2008 verurteilte das Sozialgericht den Beklagten, unter Abänderung des Bescheides vom 02.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2006, beim Kläger ab 04.11.2005 einen GdB mit 50 festzustellen. Dr. F. habe in seinem Gutachten und in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme überzeugend und nachvollziehbar begründet, dass von einem Hirnschaden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung auszugehen sei. Anstatt im Widerspruchsverfahren entsprechend dem Amtsermittlungsgrundsatz auf die konkret vorgetragenen Einwendungen des Klägers aktuelle medizinische Unterlagen über diesen einzuholen oder eine Untersuchung zu veranlassen, begnüge sich der Beklagte nunmehr mit bloßen Spekulationen. Er habe keinerlei konkrete Tatsachen vorgetragen, mit

welcher Konzentration und Ausdauer und mit welchem Ergebnis der Kläger Zahlenrätsel durchführe und seiner Erwerbstätigkeit nachgehe. Vielmehr hätten Dr. F. sowie die Ehegattin des Klägers, deren Angaben Dr. F. für zutreffend erachte, mit hinreichender Deutlichkeit die Defizite des Klägers beschrieben.

Gegen das Urteil des Sozialgerichts hat der Beklagte am 19.12.2008 Berufung eingelegt. Den Schlussfolgerungen des gehörten Gutachters Dr. F. könne nicht gefolgt werden, da die von ihm behauptete deutliche Beeinträchtigung im Alltag durch die festgestellten Funktionsstörungen nicht nachzuvollziehen sei. Er stützt sich auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 16.12.2008, in welcher dieser ausführt, bei Hirnschäden mit psychischen Störungen könne ein GdB ab 50 angenommen werden, wenn sich diese im Alltag deutlich auswirkten. Eine deutliche Auswirkung im Alltag sei aber nicht festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.11.2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die ebenso wie der Kläger bei der Firma K. Lufttechnik GmbH & Co. KG beschäftigten C. Sch., M. L. und G. Sp. schriftlich als Zeugen gehört. C. Sch. hat unter dem 19.03.2009 ausgeführt, im Wesentlichen sei ihm nach der Erkrankung des Klägers dessen Vergesslichkeit aufgefallen. Weiterhin sei nun auch eine Umständlichkeit in der täglichen Arbeit festzustellen. Auch falle immer wieder auf, wie der Kläger im Gespräch Worte und Fachbegriffe suche, die er kenne, aber zu diesem Zeitpunkt nicht parat habe. Weiterhin werde durch die Unsicherheit immer wieder Rücksprache gehalten und damit die Effizienz in der Bearbeitung von Aufgaben vermindert. Die genannten Punkte verstärkten sich bei Stress. M. L. hat unter dem 20.03.2009 ausgeführt, der Kläger habe sich seit seiner Krankheit sehr verändert. Auffällig sei, dass er in den letzten Monaten weniger selbstständig und zunehmend vergesslich geworden sei. Sachverhalte die am Vortag besprochen worden seien, seien ihm immer öfter am nächsten Tag fremd und er könne sich erheblich darüber aufregen, dass ihm niemand etwas gesagt habe. G. Sp. teilte unter dem 21.03.2009 mit, das Arbeiten unter Zeitdruck mache dem Kläger Mühe. Müdigkeit, Fehleranfälligkeit und häufiges Nachfragen bei der Bearbeitung seien die Folge. Die Bearbeitung unterschiedlicher Themenbereiche sei stark eingeschränkt. Ein selbstständiges Umsetzen verfahrenstechnisch anspruchsvoller Konzepte seien nicht mehr möglich. Die Bearbeitung finde verlangsamt statt. Das Einarbeiten in neue Themengebiete sei nicht mehr möglich. Die Fähigkeit, neues Wissen aufzunehmen, sei stark eingeschränkt. Oft seien erneute Hinweise erforderlich, was auf eine gewisse Vergesslichkeit schließen lasse.

Hierzu hat Dr. G. in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 16.06.2009 ausgeführt, der GdB sei grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen. Ein Hirnschaden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung in allen Lebensbereichen beziehungsweise ein Hirnschaden mit deutlicher Auswirkung im Alltag sei nach bisheriger Aktenlage nicht nachvollziehbar.

Der Kläger hat die Ergebnisse der von der Fachärztin für Augenheilkunde F.-K. durchgeführten Gesichtsfeld-Untersuchung vom 16.04.2009, den augenärztlichen Untersuchungsbefund des Prof. Dr. W., Oberarzt der Neuro-Ophtalmologie des Departments für Augenheilkunde in T., vom 09.11.2009, wonach ein verborgenes Außenschielen, ein intermittierender Strabismus divergens und eine erhöhte Blendempfindlichkeit vorlägen, sowie das Ergebnis der Gesichtsfelduntersuchung vom 05.11.2009 vorgelegt.

Dr. B. hat in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 07.01.2010 ausgeführt, die Gesichtsfeldbestimmung habe für das rechte Auge einen relativen Ausfall im oberen Halbfeld gezeigt, was mit einem Teil-GdB von 10 zu berücksichtigen sei. Ferner sei bei der Untersuchung eine hohe Tagesmüdigkeit festgestellt und eine Untersuchung im Schlaflabor empfohlen worden. Soweit sich hieraus etwa eine Behinderung im Sinne eines Schlafapnoe-Syndroms mit Maskenbeatmung ergeben sollte, könnte dies auch im Rahmen eines Neufeststellungsantrages geltend gemacht werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung des Beklagten, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist teilweise begründet.

Der Kläger hat einen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 40.

Maßgebliche Rechtsgrundlagen für die Beurteilung des GdB sind die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest ([§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)). Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und den GdB aus ([§ 69 Abs. 5 SGB IX](#)).

Menschen sind 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 ([§ 2 Abs. 1 SGB IX](#)). Aus dieser Definition folgt, dass für die Feststellung einer Behinderung sowie Einschätzung ihres Schweregrades nicht das Vorliegen eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes entscheidend ist, sondern es vielmehr auf die Funktionsstörungen ankommt, die durch einen regelwidrigen Zustand verursacht werden.

Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt ([§ 69 Abs. 1](#) Sätze 3 und [6 SGB IX](#)). Die

Feststellung des GdB ist eine rechtliche Wertung von Tatsachen, die mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen festzustellen sind. Dabei ist die seit 01.01.2009 an die Stelle der bis zum 31.12.2008 im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung als antizipierte Sachverständigengutachten angewandten (BSG, Urteil vom 23.06.1993 - [9/9a RVs 1/91](#) - [BSGE 72, 285](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#); BSG, Urteil vom 18.09.2003 - [B 9 SB 3/02 R](#) - [BSGE 190, 205](#); BSG, Urteil vom 29.08.1990 - [9a/9 RVs 7/89](#) - [BSG 190, 205](#)) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 2008" (AHP) getretene Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VG) zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 10.12.2008 - [BGBl. I. S. 2412](#) (Versorgungsmedizin-Verordnung; VersMedV) anzuwenden. Damit hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von der Ermächtigung nach § 30 Abs. 17 BVG zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht und die maßgebenden Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG aufgestellt. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten diese Maßstäbe auch für die Feststellung des GdB und weiterer gesundheitlicher Merkmale, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen sind. Eine inhaltliche Änderung der bisher angewandten Grundsätze und Kriterien ist hiermit - von wenigen hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen - nicht verbunden. Vielmehr wurde an die seit Jahren bewährten Bewertungsgrundsätze und Verfahrensabläufe angeknüpft. In den VG ist ebenso wie in den AHP (BSG, Urteil vom 01.09.1999 - [B 9 V 25/98 R](#) - [SozR 3-3100 § 30 Nr. 22](#)) der medizinische Kenntnisstand für die Beurteilung von Behinderungen wiedergegeben. Dadurch wird eine für den behinderten Menschen nachvollziehbare, dem medizinischen Kenntnisstand entsprechende Festsetzung des GdB ermöglicht.

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#)). Dabei dürfen die einzelnen Werte bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdB ungeeignet (AHP, Nr. 19 Abs. 1, S. 24; VG Teil A Nr. 3 a). Vielmehr ist darauf abzustellen, ob und wie sich die Auswirkungen von einzelnen Beeinträchtigungen einander verstärken, überschneiden oder aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können (BSG, Urteil vom 15.03.1979 - [9 RVs 6/77](#) - [BSGE 48, 82](#); BSG, Urteil vom 09.04.1997 - [9 RVs 4/95](#) - [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten GdB-Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden (AHP, Nr. 19 Abs. 3, S. 25; VG Teil A Nr. 3 c). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass, von Ausnahmefällen abgesehen, leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzel-GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte. Dies auch nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (AHP, Nr. 19 Abs. 4, S. 26; VG Teil A Nr. 3 d ee).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze beträgt nach Überzeugung des Senats der GdB des Klägers 40.

Nach den VG, Teil B, Nr. 3.1 b, S. 20 gilt bei Hirnschäden, dass für die Beurteilung des GdB das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen bestimmend ist, wobei der neurologische Befund, die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbid Persönlichkeit und gegebenenfalls das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten sind. Nach den VG, Teil B, Nr. 3.1.1, S. 21 gilt bei der Gesamtbewertung von Hirnschäden, dass bei Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung der GdB 30 bis 40, mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung der GdB 50 bis 60 und mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung der GdB 70 bis 100 beträgt. Nach den VG, Teil B, Nr. 3.1.2, S. 21 gilt im Rahmen der Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden beziehungsweise führenden Syndromen bei Hirnschäden mit psychischen Störungen in leichter Form (im Alltag sich gering auswirkend) der GdB 30 bis 40, in mittelgradiger Form (im Alltag sich deutlich auswirkend) der GdB 50 bis 60 und in schwerer Form der GdB 70 bis 100 beträgt. Ferner ist zu beachten, dass nach den VG, Teil B, Nr. 3.7, S. 27 bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Folgen psychischer Traumata bei leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen der GdB 0 bis 20, stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (beispielsweise ausgeprägte depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) der GdB 30 bis 40, schweren Störungen (beispielsweise schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 50 bis 70 sowie mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten der GdB 80 bis 100 beträgt.

Der Kläger leidet ausweislich des Gutachtens des Prof. Dr. F. auf nervenheilkundlichem Fachgebiet im Wesentlichen an einem organischen Psychosyndrom infolge einer Subarachnoidalblutung. Nach der Überzeugung des Senats handelt es sich dabei um einen Hirnschaden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung im Sinne der VG, Teil B, Nr. 3.1.1, S. 21, mit psychischen Störungen in leichter Form (im Alltag sich gering auswirkend) im Sinne der VG, Teil B, Nr. 3.1.2, S. 21 beziehungsweise um stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Sinne der VG, Teil B, Nr. 3.7, S. 27. Dass es sich bei dem Leiden des Klägers noch nicht um einen Hirnschaden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung, mit psychischen Störungen in mittelgradiger Form (im Alltag sich deutlich auswirkend) beziehungsweise schwere Störungen mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten handelt, ergibt sich für den Senat vor allem daraus, dass der Kläger noch in der Lage ist, seiner beruflichen Tätigkeit als Diplom-Ingenieur im Verkauf vollschichtig nachzugehen, und auch keine sonstigen wesentlichen sich im Rahmen seines sozialen Umfeldes auswirkenden erkrankungsbedingten Einschränkungen vorliegen.

Nach Ansicht des Senats ist von leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wenn beispielsweise eine Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigungen möglich ist und keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, also keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme, vorliegen. Dagegen ist von mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wenn beispielsweise eine in den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderung vorliegt, die zwar eine weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt und/oder eine erhebliche familiäre Problematik durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung, aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang vorliegt, der beispielsweise eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte, und ist von schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten auszugehen, wenn eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist und/oder eine schwerwiegende Problematik in der Familie oder im Freundes- beziehungsweise Bekanntenkreis, bis

zur Trennung von der Familie, vom Partner oder Bekanntenkreis, vorliegt (Schillings/Wendler, Schwerbehindertenrecht, 3. Auflage, S. 144 bis 146). Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte und Würdigung der Angaben des Klägers sowie von dessen Ehegattin und Kollegen geht der Senat davon aus, dass der Kläger seine Berufstätigkeit ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann und noch keine verminderte Einsatzfähigkeit vorliegt. Zwar haben die vom Senat befragten Kollegen des Klägers weitgehend übereinstimmend angegeben, im Rahmen der täglichen Arbeit sei aufgefallen, dass der Kläger vergesslich, umständlich, unsicher bei der Findung von Worten und Fachbegriffen, unselbstständig, fehleranfällig und langsamer geworden sei. Deshalb geht auch der Senat von einer gewissen Beeinträchtigung des Klägers im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit aus. Um eine erhebliche Beeinträchtigung, die eine verminderte Einsatzfähigkeit zur Folge hat oder gar die berufliche Tätigkeit gefährdet, handelt es sich indes nicht. Auch im familiären Bereich liegen keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Beeinträchtigung, insbesondere in Form von Eheproblemen, vor. Nach seiner täglichen Arbeit geht der Kläger mit seiner Ehegattin einkaufen, legt sich circa eine Stunde zum Schlafen hin, isst mit seiner Ehegattin zu Abend und spielt mit ihr danach Karten und löst Zahlenrätsel. Mitunter geht der Kläger spazieren und sieht sich im Fernsehen die Nachrichten an. Unter Berücksichtigung dieser Tagesstruktur handelt es sich beim Kläger nicht um eine wesentliche Einschränkung bei der Bewältigung seines Alltags. Vor diesem Hintergrund und wegen des Grundsatzes, dass für die Beurteilung des GdB nicht die einzelnen Diagnosen, sondern die sich aus dem seelischen Leiden ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen entscheidend sind, ist der Senat der Ansicht, dass Dr. F. in seinem Gutachten Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben hat, die zwar ein Ausschöpfen des durch die VG, Teil B, Nr. 3.1.1, S. 21, Nr. 3.1.2, S. 21 beziehungsweise Nr. 3.7, S. 27 eröffneten GdB-Rahmens zwischen 30 und 40, nicht aber die Annahme einer GdB ab 50 rechtfertigenden mittelgradigen bis schweren seelischen Störung rechtfertigen. Mithin beträgt der GdB des Klägers für das organische Psychosyndrom 40.

Die Gesichtsfeldeinschränkung bedingt keinen GdB von mehr als 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 4.5, S. 31 und 32 beträgt bei Gesichtsfeldausfällen bei vollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen bei einer homonymen Hemianopsie der GdB 40, einer bitemporalen Hemianopsie der GdB 30, einer binasalen Hemianopsie bei beidäugigem Sehen der GdB 10 und bei Verlust des beidäugigen Sehens der GdB 30, einem homonymen Quadranten oben der GdB 20, einem homonymen Quadranten unten der GdB 30 und einem vollständigen Ausfall beider unterer Gesichtsfeldhälften der GdB 60 sowie bei einem Ausfall einer Gesichtsfeldhälfte bei Verlust oder Blindheit des anderen Auges nasal der GdB 60 und temporal der GdB 70, wobei bei unvollständigen Halbseiten- und Quadrantenausfällen der GdB entsprechend niedriger anzusetzen ist; beträgt bei Gesichtsfeldeinengungen bei allseitiger Einengung bei normalem Gesichtsfeld des anderen Auges auf 10° Abstand vom Zentrum der GdB 10, auf 5° Abstand vom Zentrum der GdB 25, allseitiger Einengung binokular auf 50° Abstand vom Zentrum der GdB 10, auf 30° Abstand vom Zentrum der GdB 30, auf 10° Abstand vom Zentrum der GdB 70, auf 5° Abstand vom Zentrum der GdB 100, bei allseitiger Einengung bei Fehlen des anderen Auges auf 50° Abstand vom Zentrum der GdB 40, auf 30° Abstand vom Zentrum der GdB 60, auf 10° Abstand vom Zentrum der GdB 90 und auf 5° Abstand vom Zentrum der GdB 100 sowie bei unregelmäßigen Gesichtsfeldausfällen, Skotome im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians, binokular bei mindestens 1/3 ausgefallener Fläche der GdB 20 und mindestens 2/3 ausgefallener Fläche der GdB 50, wobei bei Fehlen eines Auges die Skotome entsprechend höher zu bewerten sind. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze und der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. ist der sich aus dem Untersuchungsbefund des Prof. Dr. W. für die Gesichtsfeldeinschränkung ergebende GdB des Klägers mit 10 angemessen bewertet.

Der beidseitige Leistenbruch des Klägers bedingt ebenfalls keinen GdB von mehr als 10. Nach den VG, Teil B, Nr. 11.1, S. 62 beträgt bei einem Leisten- oder Schenkelbruch je nach Größe und Reponierbarkeit ein- oder beidseitig der GdB 0 bis 10 und bei erheblicher Einschränkung der Belastungsfähigkeit der GdB 20. Vorliegend hat der Senat keine Anhaltspunkte, von einer solchen Belastungseinschränkung auszugehen.

Unter Berücksichtigung dieser Einzel-GdB-Werte (Teil-GdB 40 für das organische Psychosyndrom, Teil-GdB 10 für den beidseitigen Leistenbruch und Teil-GdB 10 für die Gesichtsfeldeinschränkung) beträgt nach Überzeugung des Senats der Gesamt-GdB des Klägers 40. Ein Gesamt-GdB von 50 kommt aber nicht in Betracht.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass ein Gesamt-GdB von 50 beispielsweise nur angenommen werden kann, wenn die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen so erheblich ist wie etwa beim Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, bei einer vollständigen Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, bei Herz-Kreislaufschäden oder Einschränkungen der Lungenfunktion mit nachgewiesener Leistungsbeeinträchtigung bereits bei leichter Belastung, bei Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung. Ein vergleichbares Ausmaß erreichen die vom Senat festgestellten Funktionsbehinderungen des Klägers nicht.

Nach alledem war auf die Berufung des Beklagten das Urteil des Sozialgerichts insoweit aufzuheben, als der Beklagte verurteilt worden ist, den GdB des Klägers höher als mit 40 festzustellen. Insoweit war die Klage abzuweisen und im Übrigen die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-02