

L 11 SB 222/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

11
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 5 SB 217/06

Datum
16.10.2007

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

L 11 SB 222/08
Datum

31.03.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 16. Oktober 2007 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Herabsetzung des zu ihren Gunsten festgestellten Grades der Behinderung (GdB) von 50 auf 40.

Die Klägerin ist im Jahre 1955 geboren. Nachdem bei ihr im April 2000 ein Mamma-Carcinom links festgestellt worden war, erfolgte am 7. April 2000 eine Segmentresektion und am 10. April 2000 eine Ablatio mammae mit einer Axilladisektion Level I-II und einer Expanderimplantation. Anschließend wurde eine antineoplastische Chemotherapie durchgeführt.

Auf den von der Klägerin im April 2000 gestellten Antrag kam der Beklagte nach Auswertung der von ihm beigezogenen ärztlichen Unterlagen zu dem Ergebnis, dass die Klägerin wegen der operierten Geschwulsterkrankung der linken Brust im Stadium der Heilungsbewährung behindert sei, und stellte mit seinem Bescheid vom 13. Juni 2000 wegen der genannten Behinderung einen GdB von 50 fest.

Im Zuge des von dem Beklagten im April 2005 eingeleiteten Nachprüfungsverfahrens erklärte die Klägerin am 25. April 2005, eine Verbesserung der Bewegungsfähigkeit des linken Armes sei im Laufe der Zeit nicht eingetreten; ihre Leistungsfähigkeit sei herabgesetzt. Aufgrund der Hormonbehandlung leide sie an ständigem Ausfluss im Scheidenbereich. Wegen der Verletzung der Silikoneinlage nach Durchführung einer Mammographie müsse sie eine Epithese tragen. Sie sei auch psychisch beeinträchtigt, insoweit aber ohne Behandlung. Zudem sei sie wetterfällig. Der Beklagte holte eine ärztliche Auskunft des die Klägerin behandelnden Arztes für Gynäkologie Dr. V vom 27. Juni 2005 ein, in der dieser ausführte: Bei der Klägerin bestehe ein Zustand nach Mamma-Ablatio und Axilladisektion links und ein Zustand nach Postmenopausenblutung unter Tamoxifen (histologisch: hyperplastische Korpusschleimhaut). Die Klägerin sei letztmalig im Dezember 2004 vorstellig gewesen, an diesem Tag habe sie hinsichtlich der Mamma-Ablatio keine Beschwerden geäußert. Am 24. Juni 2003 habe sie über Schmerzen im linken Arm berichtet, Anzeichen für Lymphödeme seien nicht festzustellen gewesen. Die Krebsvorsorgeuntersuchungen vom 16. November 2003 und vom 10. Dezember 2004 seien ohne Befund geblieben.

Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme der Ärtzin für Allgemeinmedizin Dr. K vom 30. Juli 2005 teilte der Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 8. August 2005 mit, es sei beabsichtigt, den GdB für die Zukunft von 50 auf 30 herabzusetzen, weil hinsichtlich der festgestellten Behinderung eine Heilungsbewährung eingetreten sei. Mit Bescheid vom 20. Oktober 2005 (Abvermerk vom 21. Oktober 2005) setzte der Beklagte den festgestellten GdB ab dem 20. Oktober 2005 auf 30 herab und stellte fest, dass die Funktionsbeeinträchtigung nicht zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt habe.

Mit Schreiben vom 15. November 2005 erhob die Klägerin Widerspruch und führte zur Begründung führte aus: Die Herabsetzung des GdB von 50 auf 30 berücksichtige nicht ihre tatsächlichen körperlichen Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der Beweglichkeit der oberen Gliedmaßen. Schon das Heben von Lasten geringen Ausmaßes bereiteten ihr Schwierigkeiten. Die verminderte körperliche Belastbarkeit wirke sich auch negativ auf die Ausübung ihres Berufes aus. Die Gesamtsituation habe dazu geführt, dass sie sich wegen der psychischen Beeinträchtigungen in ärztliche Behandlung begeben habe. Deshalb sei es umso wichtiger für sie, trotz der aufgeführten Defizite weiterhin beruflich tätig sein zu können. Mit Hilfe einer Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit sei sie in einer Firma tätig, die überwiegend Menschen mit Behinderungen beschäftige.

Der Beklagte holte eine weitere ärztliche Auskunft des Arztes Dr. V vom 22. Dezember 2005 ein, in der dieser ausführte, das (linke) Schultergelenk der Klägerin sei in seiner Beweglichkeit nur mäßig eingeschränkt, der linke Arm sei relativ gut beweglich, aber im Vergleich zur rechten Seite etwas geringer belastungsfähig. Ferner holte der Beklagte eine ärztliche Auskunft des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 18. Januar 2006 ein, in der dieser ausführte: Die Klägerin, die sich am 29. November 2005 erstmals vorgestellt habe, leide erstmalig an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptomatik. Unter antidepressiver Therapie mit Cipralax habe sich eine deutliche Besserungstendenz ergeben. Die Klägerin habe ihre Erwerbstätigkeit ohne Unterbrechung ausgeübt. Während am 29. November 2005 noch eine deutlich ausgeprägte depressive Verstimmung festzustellen gewesen sei, habe sich ihre Stimmung in der Folgezeit aufgehellt und ihr Schlaf normalisiert. Die Klägerin leide weiterhin unter verstärktem Grübeln; zudem klage sie über eine eingeschränkte Leistungsbreite und rasche Erschöpfbarkeit sowie über eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Im Antrieb sei die Klägerin durchschnittlich; ihre mnestischen Funktionen seien im Wesentlichen intakt. Im Verhalten sei die Klägerin gut kontakt- und kooperationsbereit.

Nach Einholung einer weiteren gutachtlichen Stellungnahme des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. S vom 9. Februar 2006 und einer weiteren Anhörung der Klägerin mit Schreiben vom 20. Februar 2006 wies der Beklagte ihren Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 2006 (Abvermerk vom 14. Juni 2006) als unbegründet zurück.

Mit ihrer daraufhin erhobenen Klage hat die Klägerin ergänzend vorgetragen: Sie leide weiterhin an auf die Brustkrebserkrankung zurückzuführenden psychischen Beeinträchtigungen, sodass nicht von einer ganzheitlichen Heilungsbewährung auszugehen sei. Durch die Krebserkrankung habe sie ihren früheren Arbeitsplatz verloren; auch das Haus ihrer Eltern habe sie nicht übernehmen können. Ihr Lebensgefährte sei durch ihre Krebserkrankung so belastet gewesen, dass er einer Rehabilitationsmaßnahme nicht habe nachgehen können. Auch gegenwärtig sei das partnerschaftliche Verhältnis in sexueller Hinsicht erheblich gestört. Darüber hinaus leide sie an ständig wechselndem Blutdruck und (weiterhin) unter Beschwerden des linken Armes, der oft wie abgestorben sei. Schließlich befürchte sie, auch ihren jetzigen Arbeitsplatz bei einer Integrationsfirma zu verlieren, weil ein geringerer Grad der Behinderung Auswirkungen auf ihre Förderung habe. Sie sei in mehr oder weniger großen Abständen nicht mehr in der Lage, ihre Arbeit zu erledigen. Für diese Zeiten nehme sie Urlaub, um ihren Arbeitsplatz nicht durch wiederholte Arbeitsunfähigkeitszeiten zu gefährden.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht der behandelnden Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. W vom 8. Dezember 2006, dem insbesondere ein Ausdruck der Patientenakte der Klägerin für den Zeitraum ab Behandlungsbeginn am 9. August 1999 bis zum 8. Dezember 2006 beigelegt gewesen ist, sowie weitere Befundberichte des Arztes Dr. W vom 15. Dezember 2006 und des Arztes Dr. V vom 3. Januar 2007 eingeholt. Nach Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. G vom 15. März 2007, wonach zusätzlich eine psychische Störung der Klägerin mit einem Einzel-GdB von 30 zu berücksichtigen sei, hat der Beklagte mit Schriftsatz vom 27. März 2007 ein Teilanerkenntnis dahingehend abgegeben, dass der GdB der Klägerin für den Zeitraum ab dem 20. Oktober 2005 mit 40 festzustellen sei. Die Klägerin hat das Teilanerkenntnis in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht angenommen. Das Teilanerkenntnis hat der Beklagte mit Ausführungsbescheid vom 18. Dezember 2007 umgesetzt.

Mit seinem Urteil vom 16. Oktober 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der angefochtene Bescheid sei in der Fassung des Teilanerkenntnisses vom 27. März 2007 rechtmäßig. Die bei der Klägerin bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen rechtfertigten es nicht, ihr einen höheren GdB als 40 zuzuerkennen. Eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X) sei eingetreten. Denn nach Ablauf von 5 Jahren seit der Erstdiagnose des Brustkrebses im April 2000 sei eine Heilungsbewährung eingetreten. Nach Nr. 26.14 der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX), Ausgabe 2004 – AHP 2004 – (S. 94), sei für den Verlust der linken Brust nach Mamma-Carcinom ohne Rezidiv ein Einzel-GdB von 30 in Ansatz zu bringen. Die psychische Störung der Klägerin sei in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Arztes Dr. in seinem Befundbericht vom 15. Dezember 2006 nach Nr. 26. 3 der AHP 2004 (S. 48) mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten. Hiervon ausgehend sei kein höherer Gesamt-GdB als 40 festzustellen, da sich die Auswirkungen der beiden wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen zum Teil überschneiden.

Gegen dieses ihr am 30. Oktober 2007 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 27. November 2007, mit der sie ergänzend vorträgt: Sie gehe davon aus, dass sie den Bescheid vom 20. Oktober 2005 innerhalb der Bekanntgabefrist des [§ 37 Abs. 2 SGB X](#) erhalten habe. Der Sachverhalt sei nicht ausreichend ermittelt. Die Beurteilung ihres psychischen Zustandes durch den Arzt Dr. W beruhe nicht auf einer längerfristigen Beobachtung. Ihre psychische Erkrankung sei nur unwesentlich durch die Krebsdiagnose mit anschließender Behandlung beeinflusst worden und auch nicht bloß vorübergehender Natur, wie die Verwendung des Begriffs "Episode" zum Ausdruck bringe. Maßgeblich für die Auslösung der Depression sei insbesondere eine schwerwiegende psychische Erkrankung ihres Lebensgefährten gewesen, die einen mehrmonatigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erforderlich gemacht habe und weiterhin bestehe.

Der Senat hat weitere Befundberichte der Ärztin Dr. W vom 27. Mai 2008 und des Arztes Dr. W vom 9. Juni 2008 eingeholt.

In der mündlichen Verhandlung des Senats hat der Beklagte den Bescheid vom 20. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juni 2006 in der Fassung des Teilanerkenntnisses vom 27. März 2007 aufgehoben, soweit damit der GdB bereits für Zeiten vor dem 24. Oktober 2005 von 50 auf 40 herabgesetzt worden ist. Die Klägerin hat das in der vorstehenden Erklärung zum Ausdruck gebrachte weitere Teil-Anerkenntnis des Beklagten angenommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 16. Oktober 2007 zu ändern und den Bescheid des Beklagten vom 20. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juni 2006 in der Fassung des Teilanerkenntnisses vom 27. März 2007 und des weiteren Teilanerkenntnisses vom heutigen Tage aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angegriffene Urteil im Ergebnis für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung, mit der sich die Klägerin nach der Annahme des vom Beklagten in der mündlichen Verhandlung des Senats abgegebenen Teilerkenntnisses nur noch gegen die Herabsetzung des GdB von 50 auf 40 für die Zeit ab dem 24. Oktober 2005 wendet, ist zulässig, aber unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist im angegriffenen Umfang zutreffend.

Die der Berufung zugrunde liegende Klage ist zulässig. Richtige Klageart ist – wovon das Sozialgericht in seinem Urteil zutreffend ausgegangen ist – die isolierte Anfechtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Alt. des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Denn der angegriffene Bescheid des Beklagten vom 20. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides 13. Juni 2006 in der Fassung des Teilerkenntnisses vom 27. März 2007, der durch die vom Beklagten in der mündlichen Verhandlung des Senats abgegebene Erklärung neu gefasst worden ist, erschöpft sich in der (teilweisen) Aufhebung eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung (hier des Bescheides vom 13. Juni 2000) – nunmehr – für die Zeit ab dem 24. Oktober 2005. Würde der angefochtene Bescheid aufgehoben, lebte der ursprüngliche Feststellungsbescheid vom 13. Juni 2000, mit dem der Beklagte zugunsten der Klägerin einen GdB von 50 festgestellt hatte, wieder auf. Die Anfechtungsklage, die auch im Übrigen zulässig ist, ist jedoch unbegründet. Denn der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Maßgeblicher Prüfungszeitpunkt ist insoweit der Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens, hier also der Zeitpunkt, zu dem der Beklagte den Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 2006 erlassen hat. Dass der Beklagte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs, der Klage und der Berufung sowie die Regelung des [§ 116 Abs. 1](#) 2. Halbsatz des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) beachtet hat, wonach die besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen noch bis zum Ende des 3. Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Herabsetzung des GdB feststellenden Bescheides anzuwenden sind, ändert hieran nichts (vgl. hierzu z. B. Bundessozialgericht – BSG –, Urteil vom 11. November 1996 – [9 RVs 5/95](#) –, zitiert nach juris).

Rechtsgrundlage für den angefochtenen Bescheid, gegen den formelle Bedenken nicht bestehen, ist [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Danach ist ein – wie hier von Anfang an rechtmäßiger – Verwaltungsakt mit Dauerwirkung im Wege einer gebundenen Entscheidung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Letzteres ist hier der Fall. Denn entgegen der Auffassung der Klägerin hat sich ihr Gesundheitszustand bezogen auf den hier maßgeblichen Prüfungszeitpunkt dergestalt verbessert, dass nunmehr nur noch ein GdB von 40 festzustellen war.

Maßgebliche Bestimmung für die Feststellung des GdB ist [§ 69 SGB IX](#). Nach Abs. 1 Satz 1 der genannten Bestimmung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen AHP in ihrer jeweils geltenden Fassung zu beachten, wobei es hier entgegen der Auffassung des Sozialgerichts auf die zum maßgeblichen Prüfungszeitpunkt geltende Ausgabe 2005 (AHP 2005) ankommt. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medizinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätzlich von diesen auszugehen (vgl. z. B. [BSGE 91, 205](#)), weshalb sich auch der Senat im vorliegenden Fall auf die genannten AHP stützt.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Grundsätzen als Grad der Behinderung in Zehnergraden entsprechend den Maßstäben des [§ 30 Abs. 1](#) BVG zu bestimmen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Teil A Nr. 19 der hier einschlägigen AHP 2005 die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von einer 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 Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4 AHP 2005, Seite 24 ff.).

Gemessen an diesen Grundsätzen hat der GdB im Fall der Klägerin zum hier maßgeblichen Prüfungszeitpunkt im Juni 2006 nur noch 40 betragen, was sich für den Senat aus einer Gesamtschau der vorhandenen ärztlichen Unterlagen ergibt.

Danach sind die bei der Klägerin – nach einer Ablatio mammae mit Expanderimplantation und einer sich daran anschließenden antineoplastischen Chemotherapie – verbliebenen funktionellen Auswirkungen der Krebserkrankung auch unter Berücksichtigung der eingeschränkten Beweglichkeit bzw. Belastbarkeit des linken Schultergelenks und des linken Armes mit einem Einzel-GdB von 30 zu bemessen. Dabei ist davon auszugehen, dass die im Fall der Klägerin nach der Entfernung der linken Brust abzuwartende Heilungsbewährung von fünf Jahren im Frühjahr 2005 und damit eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist. Die Gesundheitsstörung der Klägerin war damit allein nach den verbliebenen funktionellen Auswirkungen zu bewerten.

Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung bei Gesundheitsstörungen, die zu Rezidiven neigen, stellt gegenüber den Beeinträchtigungen, die von dem Organverlust selbst ausgehen, eine andere Situation dar, weshalb während der Zeit des Abwartens einer Heilungsbewährung ein höherer GdB-Wert gerechtfertigt ist, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt (vgl. Teil A Nr. 18 Abs. 7 AHP 2005, S. 23). Der Begriff der Heilungsbewährung beschreibt nicht nur, dass nach Ablauf der Bewährungszeit keine erhebliche Rezidivgefahr mehr besteht. Die Heilungsbewährung erfasst daneben auch die vielfältigen Auswirkungen, die mit der Feststellung, Beseitigung und Nachbehandlung des Tumors in allen Lebensbereichen verbunden sind. Dies rechtfertigt es nach der in den AHP zusammengefassten sozialmedizinischen Erfahrung, bei Krebskrankheiten nicht nur den Organverlust zu bewerten, sondern unter Berücksichtigung der Krebserkrankung als solcher einen GdB von mindestens 50 anzunehmen und Krebskranken damit unterschiedslos zunächst den Schwerbehindertenstatus zuzubilligen. Diese umfassende Berücksichtigung körperlicher und seelischer Auswirkungen der Erkrankung nötigt andererseits dazu, den GdB herabzusetzen, wenn die Krebskrankheit nach rückfallfreiem Ablauf von fünf Jahren aufgrund medizinischer Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit überwunden ist und außer der unmittelbaren Lebensbedrohung damit auch die vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die gesamte Lebensführung entfallen sind (vgl. BSG, Urteil vom 9. August 1995 – [9 RVs 14/94](#) –, zitiert nach juris).

Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass bei der Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt die Heilungsbewährung eingetreten war. Nach dem Ablauf von 5 Jahren durfte der Beklagte davon ausgehen, dass die Klägerin ihre Krebskrankheit überwunden hat. Eine unmittelbare Lebensbedrohung bestand nicht mehr. Denn in den letzten fünf Jahren ist es zu keinen Rezidiven bzw. bösartigen Neubildungen von Tumoren gekommen, was sich insbesondere aus den Befundberichten des behandelnden Arztes Dr. V vom 27. Juni 2005, 22. Dezember 2005 und vom 3. Januar 2007 ergibt.

Danach ist es rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte als funktionelle Auswirkungen der Brustkrebserkrankung nur noch den Verlust der linken Brust berücksichtigt und diesen entsprechend Nr. 26.14 AHP 2005 (S. 94) mit einem Einzel-GdB von 30 beurteilt hat. Denn bei der Klägerin bestanden zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Juni 2006 weder erhebliche Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, der Arme oder der Wirbelsäule als Folgen der Operation oder der Chemotherapie (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) noch eine außergewöhnliche psychoreaktive Störung, die nach Nr. 26.14 AHP 2005 zusätzlich zu berücksichtigen wären. Dabei ist davon auszugehen, dass nur solche Beeinträchtigungen eine Anhebung des GdB rechtfertigen, die nach dem Schweregrad ihrer Auswirkungen mit den in den AHP aufgezählten Beispielfällen vergleichbar sind. Solche Beeinträchtigungen lagen bei der Klägerin jedoch nicht vor. Dies ergibt sich hinsichtlich der Funktionseinschränkungen des linken Schultergelenks und des linken Armes wiederum insbesondere aus den Befundberichten des Arztes Dr. V vom 27. Juni 2005, 22. Dezember 2005 und vom 3. Januar 2007. Danach bestanden bei der Klägerin keine Anzeichen für ein Lymphödem. Am 13. Dezember 2005 stellte der Arzt nur eine mäßig eingeschränkte Beweglichkeit im linken Schultergelenk fest; am 17. Dezember 2005 stellte er fest, dass der linke Arm relativ gut beweglich, aber im Vergleich zur rechten Seite etwas geringer belastungsfähig sei. Damit in Übereinstimmung führte der Arzt in seinem Befundbericht vom 3. Januar 2007 aus, es bestehe eine etwas eingeschränkte Belastbarkeit des linken Armes und der linken Schulter, insgesamt ergebe sich aber ein altersentsprechender Befund. Entgegenstehendes lässt sich auch nicht dem Befundbericht der Ärztin Dr. W vom 8. Dezember 2006 und dem diesem beigefügten Auszug aus der Behandlungskartei der Klägerin entnehmen. Anhaltspunkte für eine außergewöhnliche psychoreaktive Störung der Klägerin als Folge der Krebserkrankung finden sich ebenfalls nicht. Ihre psychischen Störungen sind vielmehr als eigenständige Erkrankung zu beurteilen, was die Klägerin auch nicht in Zweifel zieht.

Diese psychischen Störungen hat der Beklagte in rechtlich nicht zu beanstandender Weise bezogen auf den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Juni 2006 zutreffend mit einem Einzel-GdB von 30 beurteilt. Nach Teil A Nr. 26.3 AHP 2005 (S. 48) sind leichtere psychovegetative oder psychische Störungen mit einem GdB von 0-20 und stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (wie z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) mit einem GdB von 30-40 zu bemessen. Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten sind mit einem GdB von 50-70 und mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit einem GdB von 80-100 zu beurteilen. Nach umfassender Würdigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen hat die Klägerin zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt allenfalls an einer (etwas) stärker behindernden Störung mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit gelitten, die in ihrer Ausprägung höchstens mit einem GdB von 30 beurteilt werden kann. Eine nicht nur vorübergehende, das heißt über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten andauernde (vgl. Teil A Nr. 18 Abs. 5 AHP 2005, S. 23), schwere psychische Störung mit (zumindest) mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten bestand bei der Klägerin nicht.

Vorstehendes ergibt sich zur Überzeugung des Senats insbesondere aus den Befundberichten des Arztes Dr. W vom 18. Januar 2006, 15. Dezember 2006 und vom 9. Juni 2008 sowie dem Befundbericht der Ärztin Dr. W vom 8. Dezember 2006 nebst dem beigefügtem Auszug aus der Patientenakte der Klägerin für den Zeitraum vom 9. August 1999 bis zum 8. Dezember 2006. Danach ist bei der Klägerin eine schwerere depressive Episode erstmals im Oktober 2005 aufgetreten, nachdem sie den vorliegend angegriffenen Herabsetzungsbescheid vom 20. Oktober 2005 erhalten und bei ihr panikartige Ängste vor dem Verlust ihres schwerbehindertengerechten Arbeitsplatzes ausgelöst hatte. Wie dem Befundbericht des Dr. W vom 18. Januar 2006 zu entnehmen ist, hielt dieser Zustand nur relativ kurze Zeit an. So konnte der Arzt, den die Klägerin erstmals am 29. November 2005 aufsuchte, bei der Konsultation am 11. Januar 2006 eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes unter medikamentöser Behandlung feststellen; die Stimmung der Klägerin beschrieb er als aufgeheitert; ihr Schlaf hatte sich eigenen Angaben zufolge normalisiert. Zudem beschrieb der Arzt die Klägerin als im Verhalten gut kontakt- und kooperationsbereit. Diese Entwicklung setzte sich bis zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Juni 2006 fort. So war nach dem Befundbericht des Dr. W vom 15. Dezember 2006 bereits im Juni 2006 eine Stabilisierung des psychischen Befundes eingetreten. Das fortbestehende Krankheitsbild einer depressiven Episode mit resignativen Gefühlen, Existenzängsten und Einschränkungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit schätzte der Arzt in seinen funktionellen Auswirkungen mit einem GdB von 30 ein. Auch in der Folgezeit blieb der Gesundheitszustand der Klägerin relativ stabil. In einem an die Ärztin Dr. W gerichteten Verlaufsbericht (Quartalsbefund) vom 10. Oktober 2006 führte Dr. W aus, die Klägerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Stimmung sei ausgeglichen und freundlich. Der Antrieb sei durchschnittlich. Wahrnehmungsstörungen hätten sich nicht nachweisen lassen. Das formale Denken sei geordnet. Die mnestischen Funktionen seien intakt. Es bestehe eine ausreichend gute Merk- und Erinnerungsfähigkeit. Die intellektuelle Ausstattung entspreche der Norm. Im Verhalten sei die Klägerin weiterhin gut kontakt- und kooperationsbereit. In seinem Befundbericht vom 9. Juni 2008 führte Dr. W schließlich aus, unter antidepressiver Medikation bestehe eine relative psychische Stabilität und angemessene Belastbarkeit bei fortbestehender leichter Irritierbarkeit und allgemeiner Asthenisierung; das depressive Verstimmungsbild scheine

abgeklungen zu sein.

Danach kann die psychische Störung der Klägerin für den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt im Juni 2006 allenfalls mit einem GdB von 30 beurteilt werden. Eine akute psychische Erkrankung bestand lediglich innerhalb der ersten drei Monate nach Bekanntgabe des Herabsetzungsbescheides vom 20. Oktober 2005. Danach hat sich die depressive Symptomatik der Klägerin stetig zurückentwickelt, sodass bereits für Juni 2006 eine Stabilisierung des psychischen Befundes und für die Folgezeit ein weiteres Abklingen der psychischen Beschwerden festzustellen war. Der Umstand, dass die Klägerin mit Ausnahme der Zeit der Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 3. bis 4. November 2005 in der Lage war, ihrer Erwerbstätigkeit nachzugehen, und die Inanspruchnahme von Erholungsurlaub ausgereicht hat, um die Folgen ihrer psychischen Erkrankung zu kompensieren, mag zwar auch darauf beruhen, dass sie auf einem behindertengerechten Arbeitsplatz tätig war. Dennoch lässt sich daraus schließen, dass ihre durch resignative Gefühle und Existenzängste sowie Einschränkungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit geprägte depressive Störung nicht nur vorübergehend allenfalls zu einer etwas mehr als leichtgradigen Einschränkung ihrer Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit geführt hatte. Soweit die Klägerin Beeinträchtigungen in sexueller Hinsicht im Verhältnis zu ihrem schwer psychisch kranken Partner vorträgt, ergibt sich nichts anderes. Anhaltspunkte für eine erheblich eingeschränkte Beziehungs- oder Kontaktfähigkeit der Klägerin ergeben sich daraus nicht. Letztlich spricht auch der Umstand, dass jedenfalls ab Juni 2006 nur noch eine vierteljährliche Vorstellung beim behandelnden Arzt für Neurologie und Psychiatrie erfolgte und eine stationäre Behandlung oder eine Psychotherapie offenbar zu keinem Zeitpunkt erforderlich war, gegen das Vorliegen einer schwerwiegenderen psychischen Störung.

Die hiergegen gerichteten Einwendungen der Klägerin führen zu keiner anderen Beurteilung. Dass sie bereits in dem Zeitraum vor Erlass des angegriffenen Bescheides vom 20. Oktober 2005 an erheblichen psychischen Störungen gelitten hätte, ist nicht ersichtlich. Zwar machte die Klägerin im Zuge des von dem Beklagten im April 2005 eingeleiteten Nachprüfungsverfahrens im Zusammenhang mit den Folgen ihrer Krebserkrankung auch psychische Beeinträchtigungen geltend, diese waren jedoch nicht so schwerwiegend, dass sie sich deswegen in ärztliche Behandlung begeben hätte. Dem entspricht es, dass sich auch der von der behandelnden Hausärztin Dr. W geführten Patientenakte für den Zeitraum ab Behandlungsbeginn im August 1999 bis Oktober 2005 keine relevanten Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten der Klägerin entnehmen lassen; vielmehr betreffen die auf den Feststellungen der Hausärztin beruhenden Eintragungen für den Zeitraum bis zum 21. November 2005 ausschließlich somatische Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund kommt es auch nicht darauf an, ob die depressive Erkrankung der Klägerin, wie sie nunmehr meint, ihre Ursache auch in der seit Jahren bestehenden schwerwiegenden psychischen Erkrankung ihres Lebensgefährten findet. Soweit sie vorträgt, sie habe sich lediglich aus Angst vor dem Verlust ihres behindertengerechten Arbeitsplatz nicht krank schreiben lassen, ist nichts dafür ersichtlich, dass sie auf Kosten ihrer Gesundheit gearbeitet hätte. Vielmehr hat sich ihr Gesundheitszustand unter fortlaufender Erwerbstätigkeit weiter stabilisiert. Die Angst, ihren aktuellen Arbeitsplatz infolge der Entziehung der Schwerbehinderteneigenschaft zu verlieren, ist zwar nachvollziehbar, vermag sich aber nicht auf die Beurteilung ihrer psychischen Erkrankung zum maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt auszuwirken.

Weitere GdB-relevante Behinderungen der Klägerin waren insbesondere auch unter Berücksichtigung des Befundberichtes der Ärztin Dr. W vom 8. Dezember 2006 nicht zu berücksichtigen.

Nach dem Vorstehenden ist es unter Berücksichtigung von Teil A Nr. 19 AHP 2005 (S. 24 ff.) rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die von ihm berücksichtigten Einzel-GdB von jeweils 30 zu einem Gesamt-GdB von 40 zusammengefasst hat. Im Hinblick darauf, dass die psychische Störung der Klägerin für den maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt allenfalls als eine etwas stärker behindernde Störung mit einem (schwachen) Einzel-GdB von 30 zu bewerten ist, ist eine Erhöhung des GdB für Brustkrebserkrankung um mehr als 10 Punkte nicht gerechtfertigt.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil ein Grund hierfür nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-06-15