

Sozialgericht Potsdam

Az.: S 22 SB 47/23



verkündet am:
27. März 2025

Eichstaedt
Justizbeschäftigte als
Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

A.Z.

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r:

gegen

Land Brandenburg

vertreten durch:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Schwerbehindertenrecht
Lipezker Straße 45 Haus 6, 03048 Cottbus

- Beklagte -

hat die 22. Kammer des Sozialgerichts Potsdam auf die mündliche Verhandlung vom 27. März 2025 durch den Präsident des Sozialgerichts Potsdam Graf von Pfeil sowie den ehrenamtlichen Richter Dötsch und die ehrenamtliche Richterin Riedel für Recht erkannt:

Der Beklagte wird verpflichtet, bei der Klägerin unter Änderung seines Bescheides vom 28. September 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2023 für die Zeit ab dem 19. September 2022 einen GdB von 50 festzustellen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Der Beklagte hat der Klägerin die Hälfte ihrer notwendigen außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe eines Grades der Behinderung (GdB) sowie die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich G streitig.

Die Klägerin beantragte erstmals am 19. September 2022 die Feststellung eines GdB sowie die Zuerkennung des Merkzeichen G. Zur Begründung machte sie ein Asthma bronchiale, eine obstruktive Ventilationsstörung, ein Erschöpfungssyndrom, eine Belastungsdyspnoe, ein Post-COVID-Syndrom sowie ein Zervikalsyndrom geltend und reichte den ärztlichen Entlassungsbericht der Ostseeklinik Schönberg-Holm über die stationäre Behandlung vom 15. Juni 2022 bis 13. Juli 2022 ein. Diesem Entlassungsbericht ist zu entnehmen, dass die Klägerin perspektivisch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig einsetzbar und in ihrer letzten Tätigkeit als Hauptsachbearbeiterin bei der KZV Berlin adäquat verwendet werden könne.

Der Beklagte holte ärztliche Auskünfte sowie die gutachtliche Stellungnahme vom 23. September 2022 ein. Dieser empfahl die Feststellung eines Gesamt-GdB von 40 und der dauernden Einbuße der körperlichen Bewegungsfreiheit im Sinne von § 33b EStG. Hierfür legte er einen Einzel-GdB von 20 für eine Hirnschädigung sowie einen Einzel-GdB von 40 für eine Lungenfunktionseinschränkung zugrunde. Hiermit seien die geltend gemachte Belastungsdyspnoe, dass Erschöpfungssyndrom und die Lungenerkrankung mit berücksichtigt. Das Merkzeichen G sei abzulehnen.

Der Beklagte stellte mit Feststellungsbescheid vom 28. September 2022 bei der Klägerin einen Gesamt GdB von 40 fest und lehnte die Zuerkennung des Merkzeichen G ab. Hiergegen legte die Klägerin am 6. Oktober 2022 Widerspruch ein und nahm zur Begründung Bezug auf die ärztlichen Stellungnahmen ihrer behandelnden Allgemeinärztin Dr. med. D. vom 31. Oktober 2022 und ihres behandelnden Facharztes für Neurologie, R., vom 8. November 2022. Die Allgemeinärztin diagnostiziert in ihrem Befundbericht einen Post-COVID-Zustand, eine CFS-Erkrankung, ein Asthma bronchiale, eine Cervikobrachialgie, Einschlafstörungen und rezidivierende Tachykardien. Die Klägerin leide unter einem Post-COVID-Zustand mit anhaltender Erschöpfung und obstruktive Ventilationsstörung. Sie benötige täglich bis zu 16 Stunden Schlaf. Hausarbeit könne nur noch enorm eingeschränkt ausgeführt

werden, dass Treppensteigen sei wegen ihrer Dispnoe erschwert. Sportliche Aktivitäten könne die Klägerin nicht mehr ausführen. Sie leide zusätzlich unter massiven Konzentrationsstörungen und sei im Alltag kaum belastbar. Stressauslösende Situationen verstärkten den Erschöpfungszustand. Die Klägerin könne den Alltag kaum bewältigen und sei nicht in der Lage, ihre Tätigkeit als Hauptsachbearbeiterin bei der KZV auszuüben. Der behandelnde Neurologe diagnostiziert ein Post-COVID-19-Syndrom bei nachgewiesenem COVID-19-Virus, ein Fatigue-Syndrom, eine Leukenzephalopathie sowie eine Cervikobrachialgie. Bei der Klägerin bestehe aus neurologischer Sicht ein ausgeprägtes Post-COVID-Syndrom nach Infektion im November 2021, ein schweres Fatigue-Syndrom, eine Cervikobrachialgie und eine - wahrscheinlich postvirale - Leukenzephalopathie. Die Klägerin leide unter einer raschen psychophysischen Erschöpfung und sei bereits bei Alltagsbelastungen überlastet. Sie benötige verlängerte Erholungsphase mit Schlafzeiten deutlich über 12 Stunden am Tag. Eine Lungenfunktionsprüfung habe eine deutliche Abnahme der kardiorespiratorischen Belastbarkeit ergeben. Obgleich dieser Test vorzeitig abgebrochen werden musste, habe die Klägerin eine unmittelbare Erholungsphase von zwei Tagen benötigt, um teilselbstständig den Alltag bewältigen zu können. Noch zwei Wochen nach dem Belastungstest habe die vorbekannte Konzentration- und Merkfähigkeitsstörung überdauert sowie ein vermehrtes Schlafbedürfnis angedauert. Für die Klägerin seien selbst leichte Alltagstätigkeit nicht regelhaft planbar, woraus sich ihre Arbeitsunfähigkeit und eine deutlich reduzierte Möglichkeit zu soziokulturellen Kontakten ergebe.

Der Beklagte holte weitere ärztliche Auskünfte sowie die gutachtliche Stellungnahme vom 9. Januar 2023 ein. Diese verblieb bei dem Vorschlag, bei der Klägerin einen Gesamt-GdB von 40 sowie die dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit im Sinne von § 33b EStG festzustellen. Die Funktionseinschränkungen im Funktionskreis „Nervensystem und Psyche“ haben sich nach dieser Einschätzung verschlimmert. Die diffuse Leukenzephalopathie ohne objektivierbare Funktionsstörungen sei als Entschädigung weiter mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewerten, neu festzustellen sei aber eine psychosomatische Erkrankung in Form eines chronischen Fatigue-Syndroms mit erhöhtem Schlafbedürfnis und eingeschränkter Belastbarkeit, die mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sei. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme habe die Klägerin problemlos bewältigt, wonach sie für mittelschwere Tätigkeiten im Home Office belastbar sei. Verbessert habe sich hingegen die Funktionsstörung im

Funktionskreis „Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen“, die nunmehr mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sei. Eine strukturelle Lungenkrankheit bestehe nicht, vielmehr eine Tendenz zur obstruktiven Ventilationsstörung bei angenommener Atemmuskelschwäche. Die Belastungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in 2022 seien ohne wesentlichen Probleme toleriert worden, wo eine verbesserte Lungenfunktion mit einem FEV1-Wert von 52-58 % erreicht werden konnte. Die Funktionsstörungen der Halswirbelsäule erreichten hingegen nicht die Mindestbewertung eines GdB von 10, das Merkzeichen G sei mangels dauerhafter Gehbehinderung abzulehnen.

Der Beklagte wies daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 13. Januar 2023 den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 20. Februar 2023 vor dem Sozialgericht Potsdam Klage erhoben und zur Begründung auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen. Ergänzend trägt sie vor, dass der Sachverhalt insoweit verkannt werde, als das postvirale COVID-19 Chronic-Fatigue-Syndrome (CFS) als eine psychosomatische Erkrankung gewertet werde. Auch die pauschale Behauptung einer verbesserten Lungenfunktion, wie sie sich aus dem eingereichten Reha-Bericht ergebe, sei falsch, weil sich die Lungenfunktion danach wieder verschlechtert habe unzutreffend sei auch, dass sie die Belastungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Juni/Juli 2022 ohne wesentliche Probleme toleriert habe dies ergebe sich schon aus dem Entlassungsbericht. Tatsächlich habe die Klägerin die Anwendungen und Maßnahmen nicht bewältigen können, wie sich aus den dortigen Therapiepläne nicht entnehmen lässt. Die Ablehnung des Merkzeichen G mit dem pauschalen Hinweis, eine Gehstrecke von 1 bis 2 km sei dokumentiert, sei unzureichend begründet. Insgesamt werde eine Gesamtwürdigung aller einzelnen Einschränkungen vermisst, die für sie besonders einschneidend sei, da ihre vorherige Lebensführung mit viel Sport und Freizeitgestaltung (Reiten, Tanzen, Fitness, Joggen und Schwimmen) nicht mehr möglich sei. Selbst Schwimmen sei ihr nicht möglich, weil sie den Wasserdruck auf ihrer Brust so stark empfinde, dass sie das Gefühl von Luftnot habe und keine Schwimmbewegung ausführen könne. Zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung arbeitete sie zwar wieder mit 34 Stunden wöchentlich in Teilzeit, die jedoch teilweise mit aufgelaufenen Urlaub verrechnet werde, sodass sie tatsächlich lediglich 30 Stunden beruflich tätig sei. Diese Tätigkeit dürfe sie aus Kulanz auch an

mehr als zwei Tagen wöchentlich im Home Office ausüben. Hiervon mache sie, abhängig von ihrer Tagesverfassung, bis zu vier Tagen wöchentlich Gebrauch. Bei Erschöpfungszuständen von größerem Ausmaß, die immer wieder auftreten, lasse sie sich krankschreiben. In solchen Phasen benötige sie 12-16 Stunden Schlaf täglich, habe sie keinen Appetit und esse nichts. Sie leide unter Muskelschmerzen am ganzen Körper mit stechenden Schmerzen in den Füßen, mit der Folge, dass sie selbst den Toilettengang nicht mehr alleine bewältigen könne. Wegstrecken können Sie bis 500 m zurücklegen, bevor sie eine Ruhepause benötige. An schlechten Tagen allerdings könne sie überhaupt nicht laufen. Es sei ihr kaum möglich, Hausarbeiten zu erledigen, was ihr Lebensgefährte übernommen habe. An einem guten Tag könne sie sich selbst Essen zu bereiten, an schlechten Tagen allerdings bewältige sie schon nicht mehr den Weg in die Küche, bei dem zudem eine Treppe überwunden werden müsse. Phasen ohne Symptome dauerten höchstens zwei Wochen an bevor sie erneut einen sogenannten Crush erleide, der mindestens 48 Stunden, aber auch eine Woche oder länger anhalten könne. Hinzu käme gelegentlicher Hirnnebel, der in Gedächtnislücken und Orientierungslosigkeit seinen Ausdruck findet. Die Klägerin betont, dass ihr Leidensbild einen wellenförmigen Verlauf nimmt, und zwischen Leistungsfähigkeit und de facto Pflegebedürftigkeit während eines Crush wechselt. Dabei sei nicht vorhersehbar, wann ein Crush eintrate. Die Möglichkeit eines Crush schwebe daher wie ein Damoklesschwert über ihr. Schließlich soll das bei ihr diagnostizierte posturale Tachykardiesyndrom (POTS), was Schwäche und Herzrasen auslöse, nicht ausreichend berücksichtigt worden sein. Abschließend macht sie sich die von ihr eingereichten ärztlichen Bescheinigungen vom 13. Februar 2023 (Dr. med. H., Fachärztin für Neurologie,), von 23. Februar 2023 (Dr. med. B., Fachärztin für Innere Medizin, Pneumologie, Hausärztin), vom 12. Juni 2023 und vom 10. Oktober 2023 (Dr. med. D., Fachärztin für Allgemeinmedizin) zu eigen.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten zu verpflichten, unter Abänderung seines Bescheides vom 28. September 2022 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2023 bei der Klägerin für die Zeit ab dem 19. September 2022 einen GdB von 50 sowie die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen G festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist er auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid und macht sich die versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 6. August 2024 zu eigen. Den eingeholten Befundberichten sei eine Verbesserung der Lungenfunktion auf einen FEV1-Wert von 80 % zu entnehmen, der lediglich einen Einzel-GdB von 10 rechtfertige. Zu bewerten sei daher lediglich das Erschöpfungssyndrom, das bei Teilzeittätigkeiten, Pflege von sozialen Kontakten und Reisen mit einem GdB von 40 bereits am oberen Rand bewertet sei. Ausweislich des Reaberichtes beruhe die eingeschränkte Lungenfunktion der Klägerin auf eine Koordinationsstörung der Atmung, weshalb es sich nicht um eine strukturelle Lungenerkrankung im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze Teil B Z. 8.3 (VMG B 8.3) handele. Aus diesem Grunde scheide auch die Zuerkennung des Merkzeichen G aus.

Das Gericht hat von den die Klägerin behandelnden Ärzten Befundberichte und stationäre Behandlungen Entlassungsbericht eingeholt.

Die Pneumologin Dr. med. B. berichtet in ihren Befundbericht vom 21. Mai 2024, die Klägerin leide unter einer ausgeprägten Schwäche, Müdigkeit und Luftnot. Sie habe ein CFS nach COVID-Infektion im November 2021 diagnostiziert. Schwäche und Müdigkeit hätten sich im Laufe gebessert, neue Syndrome sollen nicht hinzutreten sein. Objektiv bestünde bei der Klägerin lediglich eine leichtgradige Obstruktion. Ausfluss auf die Fähigkeit habe die Einschränkung der Klägerin nicht.

Der Entlassungsbericht der Klinik N. über den stationären Aufenthalt vom 30. August bis 20. September 2023 berichtet, bodyplethysmographisch sei formell eine leichtgradige Restriktion festgestellt worden. Die Klägerin habe an mehreren Tagen wegen ihrer Beschwerden und Erschöpfung nicht durchgehend an Therapien teilnehmen können. Der COVID-19-Score habe bei Anreise 26/60, bei Abreise 24/60 betragen, was einen mäßigen Einschränkung spricht.

Der Neurologe R. hat bei der Klägerin ausweislich seines Befundberichtes vom 20. Mai 2024 eine Ein- und Durchschlafstörung, Empfindungen, ein Post-COVID-Syndrom

und ein Fatigue-Syndrom diagnostiziert. Als Verdachtsdiagnose nennt er auch ein Restless-Legs-Syndrom (RLS). Die Klägerin sei infolge ihrer Lungen psychologisch vermindert belastbar mit rasche Erschöpfung, verlängerte Erholungszeit und verminderter Konzentrationsleistung. Die Ätiologie ihrer Erkrankung könne nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Es ist aber von einem Zusammenhang mit der COVID-19-Erkrankung im Sinne eines Post-COVID-Syndroms auszugehen. Bei dem zwischenzeitlich diagnostizierte POTS handelt es handele es sich um eine Dysfunktion des autonomen Nervensystems.

Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. D. hat ausweislich ihres Befundberichtes vom 23. Mai 2024 bei der Klägerin ein ME/CFS, eine Lungenfunktionsstörung, eine Leukenzephalopathie, ein Asthma bronchiale, einen Post-COVID-Zustand sowie ein POTS diagnostiziert. Der Beschwerdeverlauf sei bis August 2023 gleichbleibend schlecht gewesen, die Luftnot habe sich seit September 2023 gebessert. Die Klägerin sei erschöpft, müde, nicht belastbar und habe Atemprobleme, Konzentrationsprobleme und eine Belastungsintoleranz. Sie habe immer noch Probleme beim Treppensteigen, ihre Belastbarkeit habe sie in der Reha-Maßnahme 2023 von 25 auf 35 W steigern können. Bei ihr läge eine kardiale Leistungseinschränkung bereits bei alltäglicher leichter Belastung vor.

Der Kardiologe Dr. med. L. befindet in seinem Befundbericht vom 25. Mai 2024 bei der Klägerin eine ME/CSF. Echokardiografisch lasse sich keine Funktionseinschränkung des Herzens darstellen. Auch das beschriebene Herzrasen ließe sich bei einem normofrequenten Sinusrhythmus nicht objektivieren

Der Facharzt für Orthopädie Dr. med. L. verneint in seinem Befundbericht vom 19. Juni 2024 Funktionsstörungen der Klägerin, die sich auf ihre Gehfähigkeit auswirken. Er bestätigt aber mittelgradige Wirbelsäulenschäden mit Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten ohne Ausfallerscheinungen, Paresen oder sekundäre Funktionsstörungen. Eine Schmerzmedikation bestehe nicht. Bei der Klägerin bestehe ein Long-COVID-Syndrom mit deutlich reduziertem Atemvolumen von anfänglich 35 % mit zwischenzeitlicher Besserungstendenz, aus der Blockierungen der Brustwirbelsäule und der Rippen resultieren sowie Verkettungsphänomene mit Beschwerden im Bereich der Lendenwirbel-, Brustwirbel- und Halswirbelsäule.

Wegen der Einzelheiten zum Sach- und Streitstand sowie zum Vorbringen der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie auf die zweibändige Gerichtsakte verwiesen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung in der Kammer waren.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht erhobene und auch im Übrigen als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs. 1 SGG, vgl. BSG, Urteil vom 22. März 2011 – B 2 U 12/10 R –, BSGE 108, 28-35, SozR 4-5670 § 3 Nr. 1, Rz. 12) zulässige Klage ist im tenorisierten Umfang begründet. Der angegriffene Bescheid des Beklagten vom 28. September 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2023 erweist sich als insoweit rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, als sie einen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 für die Zeit ab Antragstellung hat. Soweit die Klägerin darüber hinaus auch die Zuerkennung des Merkzeichen G begehrt, erweist sich der ablehnende Bescheid als rechtmäßig und die Klage war abzuweisen. Für diese Beurteilung der Sach- und Rechtslage war bei der hier erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. ständige Rspr.; z.B. BSG Urteil vom 2.12.2010 - B 9 SB 3/09 R - SozR 4-3250 § 69 Nr 12 Rn 24; BSG Urteil vom 12.4.2000 - B 9 SB 3/99 R - SozR 3-3870 § 3 Nr. 9 S 22 = juris Rn 10; BSG Beschluss vom 9.12.2019 - B 9 SB 48/19 B - juris Rn 8).

Nach § 152 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) stellt die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständige Behörde auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Der in § 152 SGB IX verwendete Begriff des behinderten Menschen knüpft an die Regelung des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an. Danach sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Nach Satz 2 dieser Vorschrift liegt eine Beeinträchtigung vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand

abweicht. Durch diese zum 01. Januar 2018 in Kraft getretene, sich an Art. 1 der UN-Behindertenkonvention anlehrende neue Formulierung eines erweiterten Behinderungsbegriff nach dem biopsychosozialen Modell der Behinderung, sind inhaltlich im Vergleich zur vorangegangenen Definition der Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX a. F. keine inhaltlichen Änderungen erfolgt (vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/9522, S. 226: "Rechtsklarheit"). Darüber hinaus sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX Menschen im Sinne des Teil 3 des Neunten Buch Sozialgesetzbuches (Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen [Schwerbehindertenrecht]) schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne von § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich des Neunten Buch Sozialgesetzbuches haben. Diesen gleichgestellt werden sollen nach § 2 Abs. 3 SGB IX Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen von § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Nach § 152 Abs. 1 Satz 4 SGB IX, wonach das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopfersversorgung (KOVVfG) entsprechend anzuwenden ist, soweit nicht das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Anwendung findet, gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach damit in Bezug genommenen § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades - dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) - nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBI. I S. 2412) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch § 30 Abs. 16 BVG ermächtigt worden ist.

Soweit der durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016 mit Wirkung ab 01.01.2018 eingeführte § 153 Abs. 2 SGB IX das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des

Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die Bewertung des Grades der Behinderung, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind, ist hiervon noch nicht Gebrauch gemacht worden. Insoweit verbleibt es bei der Gültigkeit der VersMedV.

Die Feststellung eines GdB hat in drei Schritten zu erfolgen (ständige Rspr.; z.B. BSG Urteil vom 16.12.2021 - B 9 SB 6/19 R -- juris; BSG Urteil vom 17.4.2013 - B 9 SB 3/12 R - juris; BSG Urteil vom 2.12.2010 - B 9 SB 4/10 R - juris; BSG Urteil vom 30.9.2009 - B 9 SB 4/08 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 Rn. 18; BSG Beschluss vom 11.5.2022 - B 9 SB 73/21 B - juris; BSG Beschluss vom 8.5.2017 - B 9 SB 74/16 B - juris): Im ersten Schritt sind die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen, für die Altersklasse von der Norm abweichenden Zuständen, § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festzustellen. Im zweiten Schritt sind diese den in der Anlage zu § 2 VersMedV - Versorgungsmedizinische Grundsätze (VMG) - genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. Die VMG entfalten für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts dabei die rechtliche Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung (BSG; Urteil vom 23.04.2009, - B 9 SB 3/08 R -, juris). Als solche binden sie Verwaltung und Gerichte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und im Rahmen der in Teil A Nr. 2e der Anlage zu § 2 VersMedV (VMG A 2 e) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalls Rechnung, Teil B Nr. 1a der Anlage zur VersMedV (VMG B 1 a). Im dritten Schritt ist - in der Regel ausgehend von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB, VMG A 3 c, in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden, VMG A 3 d.

Die auf diese Weise vorzunehmende Bemessung des GdB ist grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe (ständige Rspr; z.B. BSG Urteil vom 30.9.2009 - B 9 SB 4/08

R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 10 Rn. 23; BSG Beschluss vom 14.8.2020 - B 9 SB 25/20 B - juris; BSG Beschluss vom 3.7.2019 - B 9 SB 37/19 B - juris; BSG Beschluss vom 9.12.2010 - B 9 SB 35/10 B - juris). Dies gilt sowohl für den GdB für alle Funktionsstörungen innerhalb eines Funktionssystems (Einzel-GdB) als auch für die Bildung eines GdB aus allen festgestellten Einzel-GdB (Gesamt-GdB). Lediglich bei der Feststellung der einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen ist in der Regel ärztliches Fachwissen heranzuziehen (ständige Rspr; z.B. BSG Beschluss vom 24.2.2021 - B 9 SB 39/20 B - juris).

Nach diesem Maßstab kann nach den durchgeführten medizinischen Ermittlungen für die nachgewiesenen Funktionseinschränkungen der Klägerin ein GdB von 50 festgestellt werden. Dies folgt aus einer Gesamtschau der vorliegenden medizinischen Unterlagen.

Das führende Leiden der Klägerin ist ein Post-19 Chronic Fatigue Syndrom (im folgenden nur noch CFS).

Die Kammer hat für die versorgungsrechtliche Beurteilung dieser Erkrankungen die Einholung der vorliegenden medizinischen Unterlagen, für die Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes der Klägerin für ausreichend und für die Einholung eines Fachgutachtens für nicht notwendig erachtet. In ihrer ärztlichen Bescheinigung vom 13. Februar 2023 hat nämlich die Fachärztin für Neurologie, Dr. med. H. von der Hochschulambulanz für Neuroimmunologen, überzeugend dargelegt, dass bei einem COVID-19 CFS nach derzeitigem Forschungsstand eine genaue Pathophysiologie noch nicht abschließend geklärt sei, aber von einer Dysregulierung des Immunsystems, des Nervensystems und des zellulären Energiestoffwechsels angenommen wird. Die Erkrankung verlaufe in der Regel chronisch. Diesen Angaben entnimmt die Kammer zum einen die gesicherte Diagnose eines COVID-19-Syndroms, zum anderen die Notwendigkeit, die daraus folgenden Einschränkungen ausschließlich über das – letztlich anamnestisch mitgeteilten – Symptombildes zu beurteilen, ohne dass hierfür die Einholung eines Gutachtens erforderlich wäre.

Die Bewertung des CFS erfolgt ausschließlich über VMG B 18.4. Danach sind die Fibromyalgie, das Chronische Fatigue Syndrom (CFS), die Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und ähnliche Syndrome jeweils im Einzelfall entsprechend der

funktionellen Auswirkungen analog zu beurteilen. Insoweit ist Überzeugung der Kammer die Bewertung des Beklagten nach VMG B 3.7 insofern unzutreffend, als es sich um keine psychische Erkrankung handelt. Dies entspricht auch der Einschätzung der behandelnden Neurologen der Charité.

Wenn der Beklagte eine Bewertung des CFS nach VMG B 3.7 vorgenommen hat, so ist dies im Sinne einer analogen Bewertung mit Blick auf die Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zutreffend. Dies gilt insbesondere für den Umstand einer leichten Erschöpfbarkeit bei Belastungen, wie sie die Klägerin in der mündlichen Verhandlung selbst beschrieben hatte. Je nach körperlicher Verfassung führen danach bereits gesteigerter Lärm und eine größere Anzahl von Menschen in der unmittelbaren Umgebung zur Überforderung und anschließendem Ruhebedürfnis. Ebenso sind hinsichtlich des klinischen Bildes die beschriebenen Konzentrationsschwierigkeiten und damit einhergehend eine nur beschränkt mögliche Arbeitszeit analog einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Sinne von VMG B 3.7 zu bewerten.

Soweit der Beklagte meint, dass er damit alle Facetten der Erkrankung der Klägerin bewertet hat, kann dies schon allein deshalb nicht zutreffend sein, weil die Ursache für die wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit eben keine psychische, sondern letztlich eine somatische Ursache im Sinne der Dysregulation des Immunsystems, des Nervensystems und des zellulären Energietstoffwechsels ist. Insoweit kann auch nicht zur Feststellung eines GdB 50 genannt werden, weil die Voraussetzungen nach VMG B 3.7 hierfür einer analogen Bewertung für die Symptome eines CFS unzugänglich sind. In diesem Sinne ist bei der Klägerin bereits ein GdB-Rahmen von 30-40 eröffnet.

Es müssen aber die unterschiedlichen Symptome der Erkrankung der Klägerin unterschiedlichen, klinisch vergleichbaren Bewertungen der VMG zugeordnet und anschließend zu einem Einzel-GdB nach VMG B 18.4 zusammengeführt werden. Die Regelung in VMG B 18.4 geht nämlich bei grammatischer Auslegung von der Möglichkeit mehrerer funktionellen, jede für sich zu beurteilende Auswirkungen aus.

Zur Überzeugung der Kammer ist im Falle der Klägerin im Hinblick auf ihre Erschöpfungszustände in muskulärer Hinsicht daher eine weitere analoge Bewertung

ihrer Symptome als Muskelschwäche nach VMG B 18.6 geboten, wonach bei Muskelschwäche mit geringen Auswirkungen ein GdB-Rahmen von 20-40 eröffnet ist, wobei Auswirkungen auf innere Organe, wie z.B. der Einschränkung der Lungenfunktion, zusätzlich zu berücksichtigen ist.

Unabhängig von bodyplesmographischen Wertungen ergeben sich aus den eingeholten Befundunterlagen durchgehend eine Einschränkung der Lungenfunktion, sodass unter Berücksichtigung mittelgradiger Auswirkungen nach VMG B 18.6 nicht nur ein GdB-Rahmen von 20-40 eröffnet ist, sondern allein wegen der eingeschränkten Lungenfunktion die Feststellung mindestens eines GdB von 30 gerechtfertigt ist.

Schließlich sind die Tachykardien und die bei der Klägerin diagnostizierte Posturale Tachykardiesyndrom (POTS) zu berücksichtigen. Soweit der behandelnde Kardiologe eine normofrequenten Sinuskurve beschreibt, schließt dies Tachykardien und insbesondere ein POTS nicht aus. Als Erkrankung des autonomen Nervensystems liegt hier ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem Post-COVID-19-Syndrom nahe. Die von der Klägerin beschriebenen Symptome Schwindel, Schwäche, Müdigkeit und Verwirrtheit (Hirnnebel) wie auch der Umstand, dass die Klägerin ausweislich des Rehberichtes der Klinik N. ihre ergometrische Belastbarkeit von 25 Watt auf – lediglich – 35 Watt steigern konnte, macht eine analoge Bewertung nach VMG B 9.1.1 erforderlich.

Nach VMG B 9.1.1 ist eine Einschränkung der Herzleistung mit einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten) mit einem GdB von 20-40 zu bewerten. Auch wenn die Klägerin nicht unter einer Einschränkung der Herzleistung leidet, was die unmittelbare Anwendung dieser Regelung zur Folge hätte, sind diese oben beschriebenen Leistungseinschränkungen gegeben, die zur Überzeugung der Kammer einen GdB von 30 rechtfertigen. Nicht nur erreicht die Klägerin bei Ergometerbelastung keine 75 Watt, sondern leidet auch unter einer Belastungsdyspnoe. Auf pathologische Messwerte kommt es bei der analogen Bewertung nicht an. Die pathologische Messwerte sollen lediglich ausschließen, dass die fehlende Belastung aufgrund anderer Ursachen, als die des Herzens beruhen. Die fehlende Belastbarkeit der Klägerin beruht zwar durchaus auf einer klinischen

Einschränkung im Funktionskreis „Herz und Kreislauf“, ursächlich hierfür ist jedoch eine Störung des autonomen Nervensystems. Daher reicht für die analoge Bewertung der bloße Befund einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung unter Berücksichtigung der Auswirkung auf Blutdruck und Herzschlag aus.

Nach diesen Feststellungen liegen mehrere analoge Beeinträchtigungen vor, die zu einem GdB nach VMG B 18.4 zusammenzuführen sind. Dies erfolgt nach den Regeln der Bildung eines Gesamt-GdB. Nach § 152 Abs. 3 S. 1 SGB IX wird der Gesamt-GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Danach führt ein Einzel-GdB von 30 immer zur Erhöhung des führenden GdB, sodass unter Beachtung dieses Maßstabs ein Gesamt-GdB von 50 zu bilden war. Hierbei hat die Kammer auch berücksichtigt, dass das Krankheitsbild der Klägerin ondulierend verläuft und ihre Leistungsfähigkeit wochenweise bis hin zur Pflegebedürftigkeit auf Null reduziert ist, während sie an anderen Tagen, jedenfalls für Außenstehende, kaum wahrnehmbar ist.

Die Kammer verkennt nicht, dass bei der Klägerin eine Tendenz zur Besserung ihres Beschwerdebildes zu beobachten ist. Es steht dem Beklagten frei, nach Ablauf einer in seinem Ermessene stehenden Zeitspanne eine Nachuntersuchung einzuleiten.

Die Klage war indes abzuweisen, soweit mit ihr die Klägerin die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Zuerkennung des Nachteilsausgleichs G begehrt.

Gemäß § 228 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. Alternativ können sie nach § 3a Abs. 2 Kraftfahrzeugsteuergesetz eine Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 v. H. beanspruchen. Über das Vorliegen der damit angesprochenen gesundheitlichen Merkmale treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen (§ 152 Abs. 1 und 4 SGB IX).

Nach § 229 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 Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein – d.h. altersunabhängig von nichtbehinderten Menschen – noch zu Fuß zurückgelegt werden. Als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne gilt eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa in einer halben Stunde zurückgelegt wird (Bundessozialgericht -BSG-, Urteil vom 10. Dezember 1987, 9a RVs 11/87, BSGE 62, 273 = SozR 3870 § 60 Nr. 2). Allerdings ist es für die Zuerkennung des Merkzeichens G nicht ausreichend, dass diese Wegstrecke nicht in dem genannten Zeitraum bewältigt werden kann. Das Gesetz fordert in §§ 228 Abs. 1 Satz 1, 229 Abs. 1 Satz 1 SGB IX darüber hinaus, dass Ursache der beeinträchtigten Bewegungsfähigkeit eine Behinderung des schwerbehinderten Menschen sein und diese Behinderung dessen Gehvermögen einschränken muss (sog. „doppelte Kausalität“, siehe zu § 145 Abs. 1 Satz 1, § 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F.: BSG, Urteil vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 7/06 R –, SozR 4-3250 § 146 Nr. 1). Dabei ist nach der Besprechung des BSG dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das menschliche Gehvermögen von verschiedenen Faktoren geprägt und variiert wird, anatomische Gegebenheiten des Körpers, vor allem aber auch der Trainingszustand, die Tagesform, Witterungseinflüsse, die Art des Gehens und Motivation.

Die Aufzählung der Regelbeispiele in D Nr. 1d bis Nr. 1f VMG enthält daher keine abschließende Listung der in Betracht kommenden Behinderungen aus dem Formenkreis einzelner medizinischer Fachrichtungen: Anspruch auf den Nachteilsausgleich G hat – über die genannten Regelbeispiele hinausgehend – vielmehr auch der schwerbehinderte Mensch, der nach Prüfung des einzelnen Falles aufgrund anderer Erkrankungen mit gleich schweren Auswirkungen auf die Gehfunktion und die zumutbare Wegstrecke dem beispielhaft aufgeführten Personenkreis gleichzustellen ist (siehe BSG, Urteil vom 11. August 2015 – B 9 SB 1/14 R –, SozR 4-3250 § 69 Nr. 21). Den nicht erwähnten Behinderungen sind die

Regelbeispiele aber als Vergleichsmaßstab zur Seite zu stellen (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 2015 a.a.O. unter Hinweis auf das Urteil vom 13.8.1997 – 9 RVs 1/96 –, SozR 3-3870 § 60 Nr. 2).

Gemessen an diesen Maßstäben ist die Klägerin nicht erheblich gehbehindert. Zunächst ergibt sich dies bereits aus den eingeholten Befundberichten, zum anderen lag keine strukturelle Lungenerkrankung vor, die sich auf den Gehapparat der Klägerin auswirkt. Die Beanspruchung von Pausen bei einer längeren Wegstrecke, die deren Überwindung erheblich verlängert, begründet noch keine erhebliche Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG und berücksichtigt Verlauf und Ausgang des Verfahrens.

Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Försterweg 2-6
14482 Potsdam

schriftlich, in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht Potsdam
Rubensstraße 8
14467 Potsdam

schriftlich, in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten

Zusammenschlüsse müssen die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Potsdam schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV). Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Graf v. Pfeil