

L 7 SB 16/09

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

1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 2 SB 217/06

Datum
04.02.2009

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 16/09

Datum
29.06.2010

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

GdB nach Heilungsbewährung

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 4. Februar 2009 sowie der Bescheid des Beklagten vom 6. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. September 2006 werden abgeändert, soweit darin ein GdB von weniger als 40 festgestellt worden ist. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat ein Drittel der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Instanzen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist, ob der Beklagte beim Kläger wegen einer Heilungsbewährung die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) zu Recht von 80 auf 20 herabgesetzt hat.

Auf Antrag des am 14. Dezember 1951 geborenen Klägers stellte der Beklagte mit Bescheid vom 20. November 2000 zunächst einen GdB von 50 fest und begründete dies mit einem Verlust des Magens nach einer Krebserkrankung. Dem Bescheid waren medizinische Ermittlungen vorausgegangen. In einem Arztbrief des städtischen Klinikums M. wurde über eine Gastrektomie und Rekonstruktion nach Roux beim Kläger am 20. September 2000 berichtet. Dabei sei histologisch ein mäßig bis schlecht differenziertes Adenokarzinom gesichert worden. Der Vertragsarzt Dr. R. vertrat unter dem 2. November 2000 die Auffassung, dass der Verlust des Magens in Heilungsbewährung mit einem GdB von 50 zu bewerten sei. Dieser Bewertung folgte der Beklagte in seinem Bescheid vom 20. November 2000. Auf den Widerspruch des Klägers vom 27. November 2000 folgten weitere Ermittlungen des Beklagten. Der Beklagte holte einen Befundbericht vom Internisten Dr. habil. G. vom 17. Dezember 2000 ein. Nach Auswertung dieses Befundes vertrat der Versorgungsarzt Obermedizinalrat Dr. J. unter dem 7. Januar 2001 die Auffassung, dass wegen der schlechten Differenzierung nicht von einem im Frühstadium befindlichen Karzinom ausgegangen werden könne. Der GdB sei daher auf 80 zu erhöhen und die Heilungsbewährung auf fünf Jahre festzusetzen. Der Beklagte half dem Widerspruch des Klägers mit Bescheid vom 29. Januar 2001 ab und stellte ab dem 6. Oktober 2000 einen GdB von 80 fest.

Am 28. Februar 2001 beantragte der Kläger die Neufeststellung von Behinderungen und verwies auf ein ständiges Völlegefühl sowie häufige Infekte. Der Beklagte holte einen Befundbericht von Dr. G. vom 7. April 2001 ein, der den klinischen Status des Klägers als den Umständen entsprechend gut bewertete. Das Gewicht betrage 74,3 kg. Insgesamt bestehe ein unauffälliger Zustand nach Gastrektomie. Der Versorgungsarzt Dr. J. hielt unter dem 12. Juni 2001 an der bisherigen Bewertung des Gesamt-GdB von 80 fest. Mit bestandskräftigem Bescheid vom 11. Juli 2001 lehnte der Beklagte die Aufhebung des Bescheides vom 29. Januar 2001 ab.

Im September 2005 nahm der Beklagte eine Überprüfung des Gesundheitszustandes des Klägers vor und stellte medizinische Ermittlungen an. Dr. G. berichtete unter dem 20. November 2005 über ein gutes Befinden des Klägers sowie eine zeitweilig begrenzte Leistungsfähigkeit bei einem Gewicht von 70,7 kg. Die Versorgungsärztin Dipl.-Med. R. wertete den Befund aus und sprach sich für einen Gesamt-GdB von 20 aus.

Mit Schreiben vom 31. Januar 2006 hörte der Beklagte den Kläger zu einer beabsichtigten Herabsetzung des GdB von 80 auf 20 an. Dagegen machte der Kläger geltend: Seine Belastbarkeit habe sich nach der Operation nicht gebessert. Er könne nur kleine Mahlzeiten zu

sich nehmen und vertrage kein Fleisch mehr. Im Bescheid vom 6. Februar 2006 hob der Beklagte den Bescheid vom 29. Januar 2001 auf und stellte ab dem 1. März 2006 einen GdB von 20 fest. Hiergegen legte der Kläger am 27. Februar 2006 Widerspruch ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. September 2006 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat am 12. Oktober 2006 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und geltend gemacht: Zwar habe es keine Krebsneubildung gegeben, dafür leide er jedoch seit der Operation an einem Eisen- und Zinkmangel sowie an Schilddrüsenbeschwerden. Auch sei er nicht mehr voll leistungsfähig. Zudem sei sein Essverhalten sehr eingeschränkt, da er diverse Produkte nicht mehr vertragen könne. Darüber hinaus leide er auch an Schweißausbrüchen und an einem Flimmern vor den Augen.

Das Sozialgericht hat medizinische Ermittlungen durchgeführt und Befundberichte von Dr. G., der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. H. und der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. eingeholt. Dr. G. hat unter dem 2. Februar 2008 angegeben: Der Kläger habe im Vergleich zum Jahr 1999 (90 kg) erheblich an Gewicht verloren (aktuell 68,8 kg). Durch den Zustand nach totaler Magenentfernung müsse er die Nahrungsaufnahme auf 5 bis 6 Mahlzeiten verteilen. Insgesamt zeige sich jedoch ein unauffälliger Zustand nach totaler Magenentfernung. Dipl.-Med. M. hat unter dem 3. Juni 2008 angegeben: Sie behandle den Kläger seit dem 10. Juli 2007. Dieser habe als Beschwerden eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, Mattigkeit, Kreislaufstörungen sowie eine allgemeine Schwäche und Schüttelfrost angegeben. Diagnostisch bestehe eine chronische Eisenmangelanämie bei einem Zustand nach Gastrektomie. Seit Juli 2007 habe sich der Gesundheitszustand nicht verändert. Als Einschränkungen sei von einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit und einer Schwindelsymptomatik bei Schwächezuständen auszugehen. Der Kläger müsse seine Nahrungsaufnahme auf 5 bis 6 Mahlzeiten erstrecken. Therapeutisch erhalte der Kläger Eisenpräparate sowie monatliche Vitamin B 12 Injektionen. Auch seien ständige labortechnische Untersuchungen notwendig.

Das Sozialgericht Magdeburg hat mit Urteil vom 4. Februar 2009 die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt: Nach Auswertung der Befunde und nach Ablauf der Heilungsbewährungsfrist könne nicht von einem sogenannten Dumping-Syndrom ausgegangen werden. Die Herabsetzung auf einen Gesamt-GdB von 20 sei daher angemessen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 13. Februar 2009 zugestellte Urteil am 13. März 2009 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und zur Begründung vorgetragen: Die Vorinstanz habe die vorliegenden Beweismittel falsch gewürdigt. Nach dem Befundbericht der behandelnden Hausärztin Dipl.-Med. M. bestehe die Diagnose eines Dumping-Syndroms. Schließlich leide er an Schwäche- und Schwindelanfällen. Die Vorinstanz habe daher ihre Aufklärungspflichten verletzt und ohne hinreichende Fachkenntnis das Vorliegen eines Dumping-Syndroms verneint. Der Kläger hat ein ärztliches Attest seiner Hausärztin Dipl.-Med. M. vom 11. März 2009 vorgelegt, nach dem er seit dem Jahr 2000 an einem Dumping-Syndrom leide.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 4. Februar 2009 sowie den Bescheid des Beklagten vom 6. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält seine Bescheide sowie das Urteil der Vorinstanz für zutreffend.

Der Berichterstatter hat mit Schreiben vom 6. Mai 2009 die Beteiligten darauf hingewiesen, dass maßgeblicher Prüfungszeitpunkt die Zeit bis zur letzten behördlichen Entscheidung (September 2006) sei. Danach eingetretene gesundheitliche Verschlechterungen des Klägers seien für die rechtliche Prüfung unbeachtlich.

Der Berichterstatter hat bezogen auf den Zeitraum von 2005 bis September 2006 erneut Befundberichte von Dr. W. und Dr. G. eingeholt. Dr. G. hat unter dem 1. August 2009 angegeben: Als Beschwerden habe der Kläger wiederholt Druck im Thoraxbereich und am Hals angegeben, gelegentlich über Sodbrennen geklagt und sich oft schlapp und müde gefühlt. Im Mai 2006 habe er deutlich abgenommen (Gewichtsangaben: 18. November 2005 71,7 kg; 12. Mai 2006 66,3 kg; 20. Oktober 2006 71,4 kg). Im Laufe des Sommers 2006 habe er sich davon jedoch wieder erholen können. Als Diagnose bestehe ein Zustand nach Gastrektomie bei einem Magen-Ca, eine blande Struma diffusa 1 bei Zustand nach Radio-Jod-Therapie sowie eine Fettleber. Insgesamt bestehe ein unauffälliger Zustand nach Gastrektomie, wobei am 12. Juni 2006 eine leichte Anastomositis (entzündliche Veränderungen im anastomosennahen Bereich einer Gastroenterostomie) aufgetreten sei.

Dr. W. hat über Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 29. Juli 2005 bis 19. August 2005, 17. Oktober 2005 bis 15. November 2005 sowie 27. März 2006 bis 19. Mai 2006 berichtet. Das Grundleiden sei mit Ausnahme zeitweiliger Verschlechterungen unverändert geblieben. Der Kräfte- und Ernährungszustand des Klägers sei während des gesamten Berichtszeitraums deutlich reduziert gewesen. Als Diagnose bestünden ein Zustand nach Gastrektomie im Jahr 2000 sowie Störungen des Verdauungsmechanismus und vertebrale (von der Wirbelsäule kommende) Beschwerden.

Der Kläger hat einen weiteren Bericht von Dr. G. vom 22. November 2009 vorgelegt, der Behandlungen der Jahre 2007 bis 2009 beschreibt. Ergänzend hat er vorgetragen: Aus den vorliegenden Befunden sei von einem Dumping-Syndrom seit dem Jahr 2000 auszugehen. Nach Dr. W. sei sein schlechter Allgemein- und Ernährungszustand hinreichend belegt. Dies werde auch durch seine zahlreichen Krankschreibungen in den Jahren 2005/2006 bestätigt. Aufgrund seiner zahlreichen Beschwerden (Völlegefühl, Unwohlsein, Oberbauchbeschwerden, Kreislaufbeschwerden mit Schüttelfrost, Schwindel, Schwächezustände) läge ein sog. Dumpingsyndrom vor. Der Kläger hat erneut ein Attest von Dipl.-med. M. vom 27. März 2010 vorgelegt, die ausgeführt hat: Nach Übernahme der Behandlung klage der Kläger seit der Operation über Krankheitssymptome, die im Sinne eines Dumping Syndroms zu werten seien. Diese Begleitbeschwerden reichten von Völlegefühl, Unwohlsein, Oberbauchbeschwerden, Kreislaufbeschwerden mit Schüttelfrost, Schwindel bis wiederholten Schwächezuständen. Unmittelbar nach der Nahrungsmittelaufnahme träten Kollapszustände auf. Wegen der fehlenden Reservoirfunktion im Magenbereich komme es zur

Sturzentleerung der Nahrung von der Speiseröhre unmittelbar in den Dünndarm. Dies führe zu vasomotorischen Störungen wie z.B. zum plötzlichen Blutdruckabfall bis hin zum Kollaps. Seit dem Jahr 2000 und über September 2006 hinaus bis heute bestehe beim Kläger ein Dumpingsyndrom. Eine Besserung sei nicht zu erwarten.

In der mündlichen Verhandlung des Senats vom 28. April 2010 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers dessen Größe mit ca. 168 cm angegeben. Die Beteiligten haben einen widerruflichen Vergleich geschlossen (Widerrufsfrist: 21. Mai 2010) und sich für den Fall des Widerrufs mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Der Kläger hat diesen Vergleich am 18. Mai 2010 widerrufen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaft und gemäß [§ 141 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, nachdem sich die Beteiligten am 28. April 2010 damit einverstanden erklärt haben ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist eine isolierte Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) gegen einen belastenden Verwaltungsakt. Daher bezieht sich die Prüfung der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt des Widerspruchsbescheids des Beklagten vom 20. September 2006 (vgl. BSG - Urteil vom 18. September 2003, [B 9 SB 6/02 R](#) mit weiteren Rechtsprechungshinweisen).

Die Berufung ist teilweise begründet. Der Beklagte hat zwar zu Recht durch den Bescheid vom 6. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006 den Abhilfebescheid vom 29. Januar 2001 aufgehoben, hätte hierbei jedoch statt eines GdB von 20 einen GdB von 40 feststellen müssen. Dies führt zu der Abänderungsentscheidung des Senats. Die angefochtenen Bescheide sowie das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 4. Februar 2009 verletzen den Kläger daher insoweit in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere hat der Beklagte den Kläger nach [§ 24](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) in seinem Schreiben vom 31. Januar 2006 zu der beabsichtigten Herabsetzung des GdB angehört.

In dem Bescheid vom 6. Februar 2006 ist der bindend festgestellte GdB von 80 (Abhilfebescheid vom 29. Januar 2001) auf 20 abgeändert worden. Bei dem angefochtenen Bescheid in Gestalt des abändernden Widerspruchsbescheides handelt es sich um einen Herabsetzungsbescheid gem. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Als wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes gilt, wobei dies sowohl hinsichtlich der Besserung als auch der Verschlechterung anzunehmen ist, jedenfalls eine Veränderung, die es erforderlich macht, den Gesamtgrad der Behinderung um mindestens 10 anzuheben oder abzusenken.

In der Zeit zwischen Erlass des Abhilfebescheids vom 29. Januar 2001 und des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006 ist eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen durch den Ablauf einer Heilungsbewährung eingetreten. Diese rechtfertigt nicht mehr den mit Bescheid vom 29. Januar 2001 festgestellten GdB von 80, sondern nur noch einen GdB von höchstens 40. Der Ablauf der fünfjährigen Heilungsbewährung im Januar 2006 ist hierbei als eine tatsächliche Veränderung im Sinne von [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) anzusehen. Die Zeitdauer der Heilungsbewährung bei einem Magenkarzinom mit Entfernung des Magens von fünf Jahren berücksichtigt den wechselhaften Verlauf der Aktivität im akuten Krankheitsstadium und die vielfältigen Auswirkungen auf den Bereich der Nerven und der Psyche in allen Lebensbereichen des Betroffenen. Dies rechtfertigt es nach der sozialmedizinischen Erfahrung, unabhängig von den konkreten, funktionellen Einschränkungen, zunächst für einen gewissen Zeitraum pauschal einen hohen Behinderungsgrad anzuerkennen. Diese pauschale und umfassende Berücksichtigung der körperlichen und seelischen Auswirkungen dieser Erkrankung kann jedoch nicht auf Dauer Bestand haben. Da sich nach der medizinischen Erfahrung nach einem rückfallfreien Ablauf von fünf Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Metastasen entwickelt haben und sich das Krankheitsbild stabilisiert hat, können die vielfältigen Auswirkungen dieser Krankheit auf die gesamte Lebensführung nach diesem Zeitablauf prognostisch besser bewertet werden. Der GdB ist daher nach Ablauf der fünfjährigen Heilungsbewährungsfrist nur noch anhand der konkret verbliebenen Funktionseinschränkungen festzustellen (vgl. zur Problematik der Heilungsbewährung bei einer Krebserkrankung BSG - Urteil vom 9. August 1995 - [9 RVs 14/94](#) - zitiert nach juris).

Eine solche Änderung im Ausmaß der Behinderung ist u. a. nach Nr. 24 Abs. 2 Seite 34 der Anhaltspunkte für eine ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) 2004 gegeben, wenn der Vergleich des gegenwärtigen Zustandes mit einem durch Bescheid verbindlich festgestellten Gesundheitszustand eine GdB-Differenz von mindestens 10 ergibt. Dabei ist auf den Gesundheitszustand des Klägers und die dadurch bedingten Funktionsbehinderungen zum Zeitpunkt des Erlasses der letzten Verwaltungsentscheidung, hier des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2006, abzustellen und dieser Zustand mit dem zum Zeitpunkt des Erlasses des Erstbescheides, hier des Bescheides vom 29. Januar 2001, zu vergleichen (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 1993, [9/9a RVs 1/92](#), zitiert nach juris).

Für die Feststellung der Höhe des GdB zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung sind die Bestimmungen des am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)) anzuwenden. Die nachfolgenden Änderungen des SGB IX, insbesondere die des § 69 durch das Gesetz vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) sowie das Gesetz vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) haben auf den vorliegenden Rechtsstreit keine Auswirkung.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Diese Vorschriften knüpfen materiellrechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) gelten für den Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Danach ist der Grad der Behinderung nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen sind. Wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen – bzw. Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft – vorliegen, wird nach Absatz 3 Satz 1 des [§ 69 SGB IX](#) der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung festgestellt.

Als Grundlage für die Beurteilung der nach diesen Bestimmungen erheblichen medizinischen Sachverhalte dienen der Praxis zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Widerspruchsbescheid die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) (Teil 2 SGB IX)" von 2004. Die AHP haben zwar keine Normqualität, sind aber nach ständiger Rechtsprechung des für das Versorgungs- und Schwerbehindertenrecht zuständigen Senats des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirken, deshalb normähnliche Auswirkungen haben und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung in ihrer jeweiligen Fassung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden sind (vgl. Ur. v. 18. Sept. 2003 – [B 9 SB 3/02 R](#) – [SozR 4-3250 § 69 Nr.2](#), S.10 ff.; v. 9. April 1997 – [9 RVs 4/95](#) – [SozR 3-3870 § 4 Nr.19](#), S. 77, jeweils m.w.N.).

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdB/MdE-Tabelle der Anhaltspunkte (Nr. 26) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle in Nr. 26.1 (S. 48) sind die dort genannten GdB/MdE-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 18 Abs. 4 genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Nr. 26 Abschnitt 1).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sieht es der Senat als erwiesen an, dass in dem Gesundheitszustand des Klägers nach Ablauf der Heilungsbewährung im Januar 2006 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, der eine Herabstufung des Gesamt-GdB auf 80 auf höchstens 40 rechtfertigt.

a) Das Hauptleiden des Klägers ist dem "Funktionsbereich Verdauung" zuzuordnen und wird durch die operative Entfernung des Magens wesentlich geprägt. Der Senat hält für die Totalentfernung des Magens zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung einen GdB von höchstens 40 für angemessen.

Die für den Senat maßgeblichen AHP enthalten in der GdB/MdE-Tabelle unter Ziff. 26.10 (Ausgabe 2004, S. 78) für den maßgeblichen Zeitpunkt (September 2006) für die Totalentfernung des Magens folgende Festlegungen:

Totalentfernung des Magens ohne Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes je nach Beschwerden ... 20 – 30

bei Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes und/oder Komplikationen (z. B. Dumping-Syndrom) ... 40 – 50

Nach Entfernung eines malignen Magentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms ... 50

GdB/MdE-Grad während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand ...80 – 100

In der Zeit der Heilungsbewährung kommt es wegen der begünstigenden Regelung für an einem malignen Magentumor Erkrankte und fünf Jahre danach zunächst nicht auf die jeweiligen Funktionsausfälle der Erkrankung an. Unabhängig von der jeweiligen Entwicklung des Gesundheitszustandes des Klägers seit 2000 bis zum Ablauf der Heilungsbewährung im September 2005 war daher zu seinen Gunsten zunächst von einem GdB von 80 auszugehen. Nach den übereinstimmenden Befundberichten und dem eigenen Vortrag des Klägers ist bei ihm seit 2000 kein erneuter Tumor aufgetreten. Der Beklagte hat daher zutreffend den Ablauf der fünfjährigen Heilungsbewährungszeit festgestellt. Mit dem Ablauf der Heilungsbewährungszeit sind daher nur noch die konkreten erkrankungsbedingten Funktionseinschränkungen der Entfernung des Magens zu bewerten. Nach Ziffer 26.10 S. 78 der AHP (Ausgabe 2004) kommt es für den jeweiligen Bewertungsrahmen auf die Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes und/oder auftretende Komplikationen an.

Für die Bewertung, ob beim Kläger zum Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung im September 2006 eine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes sowie mögliche Komplikationen (z. B. Dumping-Syndrom) vorgelegen haben, die mit einem GdB von 40 oder 50 einzuschätzen wären, müssen alle Umstände des Einzelfalles einbezogen werden. Wegen des Fehlens gravierender Komplikationen und wegen der Stabilisierung des Zustandes des Klägers nach einer Krise im Mai 2006 bis September 2006 hält der Senat in der Auseinandersetzung mit der zweifelhaften Diagnose eines Dumping-Syndroms und der weiteren Umstände einen Einzel-GdB von höchstens 40 für angemessen.

Entgegen der Annahme des Klägers ist die Diagnose eines Dumpingsyndroms für den Prüfungszeitraum September 2006 mit einigen Zweifeln behaftet. Diese Diagnose findet sich erstmals in dem vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Attest von Dipl.-Med. M. vom 11. März 2009. Mit dieser zeitlich "nachgereichten" Diagnose setzt sich Dipl.-Med. M. in einen offenen Widerspruch zu ihrem eigenen Befundbericht vom 3. Juni 2008 gegenüber der Vorinstanz. Dort hat sie die Diagnose eines Dumping-Syndroms gerade nicht gestellt, obwohl

es sich um eine typische und auch bedeutsame Komplikation nach einer totalen Magenentfernung handelt. Erst auf die Initiative des Klägers im Berufungsverfahren behauptete sie diese Diagnose zum ersten Mal. Gegen eine hohe Beweiskraft des ärztlichen Attestes vom 11. März 2009 spricht auch die äußere Form des Schreibens. Schließlich beschränkt es sich auf die schlichte Ergebnisbehauptung einer Diagnose. Daneben hat Dipl.-Med. M. diese Diagnose auf einen Zeitraum bis zum Jahr 2000 zurückbezogen, obwohl sie den Kläger zu diesem Zeitpunkt noch nicht behandelt hat. Auf welcher Grundlage sie sich dazu in der Lage gesehen hat, kann der Senat nicht nachvollziehen. Auch das vom Kläger im April 2010 zur Gerichtsakte gereichte zweite ärztliche Attest von ihr erlangt keine höhere Beweiskraft. Dieses beschränkt sich inhaltlich auf mehr oder weniger allgemein gehaltene Ausführungen zum Dumping-Syndrom und allgemeine Beschwerdeangaben des Klägers, die damit in Zusammenhang gebracht werden. Im Rahmen der Beweismwürdigung hat der Senat daher deutliche Zweifel, ob beim Kläger dieses Syndrom bereits im September 2006 vorgelegen hat. Der Zeitpunkt der Vorlage dieser Atteste im Berufungsverfahren, nachdem der Kläger Kenntnis von den Urteilsgründen des Sozialgericht Magdeburg vom 4. Februar 2009 und der besonderen Bedeutung eines sog. Dumpingsyndroms für die GdB-Bewertung erlangt hatte, deutet zudem auf eine bloße Gefälligkeitsstellungnahme seiner behandelnden Hausärztin hin. Die Diagnose eines Dumpingsyndroms steht auch vor dem Hintergrund der weiteren medizinischen Stellungnahmen nicht sicher fest. So wird diese Diagnose in den zahlreichen Befundberichten der den Kläger behandelnden Ärzte gerade nicht gestellt. Weder der Facharzt Dr. G. (2. Februar 2008 und 1. August 2009) noch der Facharzt Dr. W. (31. August 2009) greifen diese Diagnose in ihren Befundberichten auf. So beschreibt Dr. G. den Befund des Klägers als nahezu "unauffällig" und gibt teilweise sogar ein "gutes Befinden" an. Hinweise für deutliche Störungen der Kreislauffunktion und von Hauterscheinungen, die das Dumping-Syndrom wesentlich bestimmen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, 2004, S. 429) finden sich in seinem Befund nicht. Hierbei ist der Einschätzung des Facharztes für Innere Medizin Dr. G. besondere Bedeutung zuzumessen, da ihm für diesen Fachbereich die höchste Sachkunde unterstellt werden kann. Auf dieser Grundlage hält der Senat die isoliert gebliebene Diagnose der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. für den Prüfungszeitraum September 2006 für zweifelhaft. Nach der Einschätzung von Dr. G. kann nicht von deutlichen und dauerhaften Komplikationen beim Kläger für den Zeitraum bis September 2006 ausgegangen werden. Die offenbar im Mai 2006 eingetretene gesundheitliche Krise (starker Gewichtsverlust von 71,7 kg (18. November 2006) auf 66,3 kg (12. Mai 2006) war bereits im Sommer 2006, d.h. vor dem entscheidenden Prüfungszeitraum (September 2006) wieder überwunden (71,4 kg (20. Oktober 2006)). Auch berichtete Dr. G. nur über ein häufig wechselndes Beschwerdebild, jedoch nicht über auffällige gesundheitliche Komplikationen. Aus dem Befundbericht von Dr. W. vom 31. August 2009 kann sogar eine gewisse Besserungstendenz abgeleitet werden. So wird noch im Januar 2005 über ein häufiges Erbrechen des Klägers berichtet. Dieses Symptom findet sich für das Jahr 2006 nicht wieder, was für eine gewisse Stabilisierung seines körperlichen Zustandes spricht. Auch finden sich beispielsweise keine Hinweise für eine Durchfallproblematik. Die Diagnose eines sog. Dumping-Syndroms, die einen Bewertungsrahmen eines GdB von 40 bis 50 eröffnen könnte, unterliegt daher durchgehenden Zweifeln und kann nicht als nachgewiesen gelten.

Doch selbst wenn der Senat die Diagnose eines Dumping-Syndroms von Dipl.-med. M. wegen der zumindest vom Kläger beschriebenen Schwindelproblematik aufgriffe, besteht keine Möglichkeit, den Bewertungsrahmen des GdB von 50 voll auszuschöpfen. Hierfür fehlt es an dokumentierten Angaben über eine hohe Intensität von Komplikation. Damit bewegt sich der Kläger, selbst bei Annahme eines Dumping-Syndroms, allenfalls im Bewertungsrahmen eines GdB von lediglich 40.

Allerdings kann bei ihm - unabhängig von der Diagnose eines Dumping-Syndroms - eine zumindest teilweise deutliche Reduzierung des Kräfte- und Ernährungszustandes festgestellt werden. In diesem Zusammenhang kommt dem Befundbericht von Dr. W. vom 31. August 2009 Bedeutung zu. So berichtete er über drei erhebliche Arbeitsunfähigkeitsphasen (29. Juli 2005 bis 19. August 2005; 17. Oktober 2005 bis 15. November 2005 und 27. März 2006 bis 19. Mai 2006). Dies bestätigt auch Dr. G. in seinem Befundbericht vom 3. August 2009, der zumindest ein häufig wechselndes Beschwerdebild beschreibt. Die damit verbundenen Schwankungen in der Leistungsfähigkeit rechtfertigen es, den Bewertungsrahmen eines Einzel-GdB von 40 bis 50 heranzuziehen und den Kläger damit so zu stellen, als wenn ein Dumping-Syndrom vorläge. Der Senat hält jedoch bei der Frage des Kräfte- und Ernährungszustandes eine volle Ausschöpfung der oberen Grenze eines GdB von 50 für nicht gerechtfertigt. Gegen die Annahme einer Schwerbehinderung mit einem Einzel-GdB von 50 spricht die Tatsache, dass sich der Kläger trotz gewisser gesundheitlicher Schwankungen immer wieder stabilisieren und einer beruflichen Tätigkeit nachgehen konnte. Auch der von Dr. G. beschriebene Gewichtsverlauf deutet im Vergleich zur angegebenen Körpergröße von 168 cm auf eher maßvolle Gewichtsschwankungen hin. Schließlich bewegten sich die Gewichtsangaben nur zwischen 69,2 kg bis 71,4 kg. Sie sind daher nicht so erheblich, dass von einer sehr deutlichen und auch von einer dauerhaften und starken Einschränkung des Kräfte- und Ernährungszustandes ausgegangen werden kann. Auch ergeben sich nach dem Befundbericht von Dr. W. vom 31. August 2009 leichte Besserungstendenzen. So wird für das Jahr 2005 noch über das Symptom des Erbrechens berichtet und ein reduzierter Allgemeinzustand und schlechter Ernährungszustand des Klägers beschrieben (so für den 4. Januar 2005 beschrieben). Für das Jahr 2006 wird diese Bewertung, trotz gewisser Schwankungen, von Dr. W. nicht wieder aufgegriffen. Auch hat Dr. G. den Gesundheitszustand im maßgeblichen Prüfungszeitraum als eher unauffällig und teilweise sogar mit "gut" bewertet. Deutliche und schwere Komplikationen sowie stärkere Einschränkungen des Kräfte- und Ernährungszustand sind damit ärztlich nicht belegt. Dem Senat ist es daher nicht möglich, den Bewertungsrahmen eines GdB von 50 voll auszuschöpfen.

b) Andere Erkrankungen des Klägers fallen bei der Bildung eines weiteren Einzel-GdB nicht ins Gewicht. Als weitere Erkrankung besteht zwar eine mit Vitaminen behandelte tumorbedingte Anämie, die jedoch keinen Einzel-GdB rechtfertigt. Nach Ziffer 26.16 (AHP, 2004, S. 104 f.) können symptomatische Anämien (z. B. Eisenmangelanämie, vitaminabhängige Anämien) in der Regel gut behandelt werden. Der Kläger erhält wegen dieser Erkrankung monatlich Vitamin B 12-Injektionen (Befundbericht von Dipl.-Med. S. vom 30. Juli 2007). Die Auswirkungen der Anämie sind offenbar beherrschbar und lassen keinen Rückschluss auf eine relevante funktionelle Störung zu. Hinweise für gewichtige Beeinträchtigungen der Wirbelsäule sind nicht erkennbar, da der Kläger offenbar keine fachorthopädische Behandlung in Anspruch nehmen musste und von den behandelnden Ärzten auch keine funktionalen Bewegungseinschränkungen berichtet worden sind. Auch die Schilddrüsenerkrankung, die Anastomositis sowie die Fettleber sind in ihren funktionellen Auswirkungen jeweils sehr gering und rechtfertigen keinen GdB.

c) Letztlich widersprüche hier die von dem Kläger begehrte Schwerbehinderteneigenschaft dem nach Nr. 19 Abs. 2 der AHP (S. 25) zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Die Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit einer deutlichen Kommunikationsstörung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Wegen der Teilabänderung der Entscheidung des Beklagten war eine Kostenquote zu bilden.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-06-16