L 2 SB 199/17

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
2
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 8 SB 116/16
Datum
26.10.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 SB 199/17
Datum
25.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein Zustand nach Teilresektion des Dünn- und Dickdarms nach Morbus Crohn und Fistelbildung rechtfertigt trotz häufiger Durchfälle keinen GdB von 50, wenn die Aktivität des Morbus Crohn gering und der Kräfte- und Ernährungszustand gut ist.
I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 26.10.2017 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob dem Kläger aufgrund seiner Morbus Crohn-Erkrankung ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zusteht.

Aufgrund des Antrags des 1965 geborenen Klägers vom 17.06.2011 stellte der Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2011 einen GdB von 40 aufgrund der Gesundheitsstörung "Morbus Crohn mit Fistelbildung, Einzel-GdB: 40" fest.

Dagegen legte der Kläger am 02.08.2011 Widerspruch ein und brachte vor, er habe seit einigen Jahren auf Dauer erhebliche Probleme beim Sitzen. Den Grund hierfür habe er sich zunächst nicht erklären können. Am 19.11.2010 habe er eine Notoperation im Krankenhaus F. gehabt. Dabei sei ein Analabszess in der linken inneren Gesäßhälfte gespalten worden. Bei den weiteren Nachuntersuchungen, insbesondere bei der am 12.04.2011 durchgeführten Kernspintomografie mit Kontrastmittel, sei eine Fistel festgestellt worden, die seine Probleme beim Sitzen erkläre. Diese Fistel beginne in der linken Gesäßhälfte, gehe hufeisenförmig um das Rektum. Dabei drücke das Steißbein beim Sitzen auf die Fistel, was große Schmerzen zur Folge habe, weshalb er einen Steharbeitsplatz beantragt habe. Die Fistel gehe im weiteren Verlauf auf der rechten Darmseite 20 bis 25 cm nach oben und trete dort in den Darm ein, wo Dünn- und Dickdarm ineinander übergingen. Er trage seit der Operation im November 2010 Tag und Nacht Flockenwindeln, da Sekret aus dem Abszess und aus der Fistel (Darmflüssigkeit) austräten. Er sehe sich gezwungen, mehrmals täglich zu spülen (mit Dusche oder Bidet). Ein Verkleben bzw. eine Geruchsentwicklung wäre sehr unangenehm.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.08.2011 zurück.

Einen Verschlimmerungsantrag vom 31.01.2012 lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 15.02.2012 ab.

Am 17.07.2012 wurde der Kläger im Universitätsklinikum G. im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 16.07.2012 bis zum 30.07.2012 operiert. Nach dem Abschlussbericht vom 30.07.2012 erfolgte eine offene Ileozökalresektion, eine Sigmaübernähung (Sigma, Sigmoid = der S-förmige letzte Abschnitt des Dickdarms vor dem Enddarm) und Omentumplastik. Eine Histologie der Schleimhäute des Ileum, des Coecum und des Colon ascendens ergaben einen unauffälligen Befund ohne Hinweis auf eine spezifische Entzündung.

Den Verschlimmerungsantrag vom 02.07.2012 lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 08.11.2012 ab. Die Gesundheitsstörung werde nunmehr wie folgt bezeichnet: Entzündliche Darmerkrankung (Crohn-Krankheit), mit Teilverlust des Dickdarms operierte Fistelbildung.

Vom 18.07.2013 bis zum 18.08.2013 wurde der Kläger im Rahmen einer stationären Rehamaßnahme im Reha-Zentrum B. B. behandelt.

Nach deren Entlassungsbericht vom 27.08.2013 war es hinsichtlich einer postoperativen cologenen Diarrhoe und Vitamin-B12-Substitution bis zur letzten Koloskopie im Februar 2013 zu einer Remission gekommen. Der Patient befinde sich in gutem Ernährungs- und Kräftezustand (Größe: 180 cm, Gewicht: 73,3 kg). Der Morbus Crohn sei derzeit nicht aktiv. Unter Alkoholkarenz und laktose- und ballaststoffarmer leichter Vollkost habe der Kläger eine Stuhlfrequenz von zwischen drei und sechs Mal täglich protokolliert. Am Ende sei die Stuhlfrequenz auf dreimal täglich gesenkt worden. Als Diagnosen wurden angegeben: Morbus Crohn, Gallensäure- und Vitamin-B 12-Malabsorption nach Ileozökalresektion, toxisch-nutritiver Leberschaden und bekannte Laktoseintoleranz.

Am 19.09.2013 stellte der Kläger erneut einen Verschlimmerungsantrag. Er machte geltend, bei der Operation im Jahr 2012 sei auch die Bauhin-Klappe entfernt worden, wo- durch es zu einem unkontrollierten Fluss zwischen Dünn- und Dickdarm gekommen sei. Gleichzeitig sei das Ileum gekürzt worden. Deshalb bestünden die Durchfälle konstant weiter fort. Von dem Verlust der Bauhin-Klappe habe er erst jetzt erfahren.

Mit Bescheid vom 22.10.2013 lehnte der Beklagte den Verschlimmerungsantrag des Klägers vom 19.09.2013 ab.

Am 31.10.2013 legte der Kläger gegen diesen Bescheid Widerspruch ein und brachte vor, dass er zusätzlich an einer sehr ausgeprägten Laktoseintoleranz leide, die seine Durchfälle verstärkten. Außerdem seien die meisten Medikamente, die es zur Stuhlunterdrückung gebe, nicht für ihn geeignet, da sie Laktose enthielten. Das einzig geeignete Medikament sei Imodium Akut Lingual. Damit könne er zwar die Darmtätigkeit einigermaßen eindämmen, jedoch leide er unter der psychischen Belastung, die damit verbunden sei, dass er ständig sich vergewissern müsse, wo die nächste Toilette sei. Trotz Einnahme dieses Medikaments könne es nämlich zu akutem unwiderstehlichen Stuhldrang kommen. Sein Leiden sei wie folgt zu beschreiben: * ein stark ausgeprägtes Toilettenverhalten von mindestens drei Stuhlgängen am Tag. Je nach Verzehr von Lebensmitteln, die Laktose enthielten, bis zu 15 Stuhlgänge; der Tag werde hier überwiegend auf der Toilette verbracht. * In Zeiten eines leichten Morbus Crohn-Schubes steigere sich die Zahl der Toilettengänge. Ein schwerer Schub lege seinen Tagesablauf auf die Toilette fest. * Erschwerend wirke sich der Verlust der Bauhin-Klappe aus, da diese zu einem unkontrollierten Fluss des Stuhles vom Dünn- zum Dickdarm und umgekehrt führe. * Alle drei vorgenannten Komponenten würden sich gegenseitig verstärken.

Der Internist und Gastroenterologe Dr. O. bescheinigte in seinem Attest vom 04.12.2013 Stuhlgang drei bis siebenmal täglich, unter kontinuierlicher Einnahme von Imodium mindestens einmal täglich. Im Übrigen bestünden ein Kurzdarmsyndrom und ein Gallensäureverlustsyndrom.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.2014 als unbegründet zurück.

Am 06.05.2015 stellte der Kläger erneut einen - den hier streitgegenständlichen - Verschlimmerungsantrag. Als verschlimmerte oder neue hinzugekommene Gesundheitsstörungen wurden angegeben: Schlafstörungen, psychische Belastung (Toilettennähe), anhaltende Diarrhoe, angehender Bluthochdruck (durch Medikamente), bis zu zehnmal tägliche Toilettengänge, Fieber und Schweißausbrüche bei einem Schub. Beantragt wurde die Erhöhung des GdB auf mindestens 50 sowie die Feststellung des Merkzeichens RF.

In der versorgungsärztlichen Stellungnahme des Dr. S. vom 12.05.2015 wurde der GdB unverändert bei 40 gesehen. Zur Begründung wurde ausgeführt, es lägen nur ältere Befunde vor.

Mit dem hier streitgegenständlichen "Änderungsbescheid" vom 02.06.2015 lehnte der Beklagte den am 06.05.2015 eingegangenen Antrag nach § 48 SGB X ab. Der GdB betrage wie bisher 40.

Dagegen legte der Kläger mit Schreiben vom 10.06.2015 Widerspruch ein. Darin bat der Kläger um eine Erhöhung des GdB auf 50.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Sozialmedizin Dr. V. führte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 21.07.2015 aus, dass in der Kontroll-Koloskopie im Februar 2013 die fortbestehende Remission der Erkrankung nachgewiesen worden sei. Seitdem seien keine Basistherapie und keine erneuten Darmspiegelungen erforderlich gewesen. Anlässlich der gastroenterologischen Reha-Behandlung sei die Untersuchung des Abdomens unauffällig gewesen. Hinsichtlich der angegebenen Stuhlfrequenz von 3 bis 6 Mal täglich sei zu Recht auf den Alkohol- und Nikotinabusus (20 Zigaretten täglich) mit bekannter abführender Wirkung hingewiesen worden. Entsprechend sei es zu einer deutlichen Besserung nach Reduktion des Abusus auf Stuhlfrequenz von durchschnittlich dreimal täglich gekommen. Der Ernährungs- und Kräftezustand sei anhaltend unbeeinträchtigt (180 cm, 73,3 kg, BMI 22,8 kg/Quadratmeter, Normalgewicht). Es bestehe keine Mangelernährung, das Vitamin B12 sei bei Bedarf substituierbar. Der Gesamt-GdB liege bei 20.

Mit Schreiben vom 17.08.2015 hörte der Beklagte den Kläger zur beabsichtigten Rücknahme des Feststellungsbescheides und Feststellung eines GdB von 20 an.

Der Allgemeinmediziner Dr. T. bestätigte in seinem Attest vom 17.09.2015, dass der Kläger angebe, in seinem Leben massiv beeinträchtigt zu sein. Er brauche täglich Imodium, ansonsten könne er sein Alltagsleben nicht mehr führen. Trotz der Einnahme von Imodium habe er eine Stuhlfrequenz von 6 bis 8 bzw. bis 10 Mal täglich, großteils auch Diarrhoen.

Der Gastroenterologe Dr. O. schrieb in seinem Attest vom 11.12.2015, dass weiterhin starke Durchfälle 3 bis 7 mal täglich vorlägen. Der Kläger berichte, dass er täglich das Medikament Loperamid einnehmen müsse, um eine etwas festere Stuhlkonsistenz zu erreichen. Außerdem bestünden Hinweise auf ein Kurzdarmsyndrom und ein Gallensäureverlustsyndrom. Letzteres hänge mit der Entfernung des Ileum zusammen, bei dem auch die Ileozökalklappe entfernt worden sei, was eine bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarmes begünstige.

Mit auf § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gestütztem Bescheid vom 17.02.2016 nahm der Beklagte die Bescheide vom 22.10.2013, 28.01.2014 und 02.06.2015 mit Wirkung ab dem Tag nach Bekanntgabe dieses Rücknahmebescheides zurück, soweit festgestellt worden sei, dass der GdB 40 betrage. Der GdB betrage nunmehr 20. In der Begründung wurde ausgeführt, die Bescheide seien rechtswidrig, da sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte ergeben hätten, insbesondere habe der Reha-Abschlussbericht vom 27.08.2013, in dem die eindeutige Remission belegt gewesen sei, bereits beim Antrag auf Neufeststellung vom 16.09.2013 vorgelegen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.02.2016, zur Post gegeben am 22.03.2016, wies der Beklagte den Widerspruch vom 10.06.2015 gegen den Bescheid vom 02.06.2015 als unbegründet zurück und wies gleichzeitig darauf hin, dass der Bescheid vom 17.02.2016 gemäß § 86 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Vorverfahrens geworden sei. In den Gründen wurde ausgeführt, dass folgende Gesundheitsstörung vorliege: Entzündliche Darmerkrankung (Crohn-Krankheit) mit Teilverlust des Dünndarms und Teilverlust des Dickdarms, operierte Fistelbildung, Einzel-GdB: 20.

Dagegen hat der Kläger am 21.03.2016 beim Sozialgericht (SG) Augsburg Klage erhoben.

Der Kläger hat vorgebracht, im Juli 2012 sei die Darmteilentfernung erfolgt. Es liege eine deutlich erhöhte Stuhlfrequenz von 3 bis 7 Mal täglich vor mit dünner Konsistenz. Allein die Darmteilresektion bedinge einen GdB von 20. Hier kämen noch häufig rezidivierende und lang anhaltende Beschwerden hinzu, so dass der GdB höher ausfallen müsse. Ebenfalls unberücksichtigt geblieben seien die psychische Belastung und der Leberschaden.

Das SG hat mehrere Befundberichte eingeholt. Nach dem Koloskopiebericht des Dr. O. vom 21.03.2016 bestand eine Ileitis terminalis Crohn mit makroskopischen Zeichen geringer Aktivität. Im Befundbericht vom 18.05.2016 bezeichnete Dr. O. den Befund des Morbus Crohn als "weitgehend in Remission". Der Kläger habe Stuhlgang "bis dreimal täglich", derzeit immer wieder Durchfälle, keine Bauchschmerzen. Im Arztbrief des Dr. O. vom 06.02.2013 hieß es in der Anamnese, der Patient komme jetzt zur Kontrolluntersuchung, er habe keine Beschwerden außer ständiger Diarrhoe. Der Morbus Crohn wird als "derzeit in Vollremission" bezeichnet.

Dann hat das SG den Internisten Dr. K. zum Sachverständigen ernannt und mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Der Sachverständige Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 30.06.2016 nach ambulanter Untersuchung des Klägers folgende Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt: Darmerkrankung (Crohn-Krankheit) mit Teilverlust des Dünndarms und des Dickdarms einschließlich der Bauhin-Klappe mit persistierenden entzündlichen Reizerscheinungen und Kurzdarmsyndrom mit operierter Fistelbildung sowie Narbenbildung im Analkanal, Analspasmus, häufige Stuhlentleerungen und zeitweisen Kontinenzstörungen bei Laktoseintoleranz und Hinweisen für eine mittelschwere Pankreasinsuffizienz. Den GdB hat der Sachverständige seit Mai 2015 durchgehend auf 40 geschätzt. Hierfür sind folgende Überlegungen maßgebend gewesen: Die Darmteilentfernung mit Kurzdarmsyndrom aufgrund der Resektion von Teilen des endständigen Dünndarms und des aufsteigenden Dickdarms mit den damit verbundenen häufigen Stuhlentleerungen und Verwachsungsbeschwerden in Form von Krämpfen bis hin zur Verschlusssymptomatik sei mit einem Einzel-GdB von 30 in Kenntnis des noch guten Ernährungszustandes zu bewerten. Die zusätzlich bestehenden Analbeschwerden mit Sphinkterspasmus, chronischem Analekzem aufgrund der häufigen Durchfälle (durchschnittlich dreimal täglich bis in Ausnahmefällen achtmal täglich), den damit verbundenen Schmerzen aufgrund des Sphinkterspasmus und dem gleichzeitig bestehenden Hämorrhoidalleiden seien mit einem Einzel-GdB von 20 bis 30 zu bewerten. Insgesamt sei dies zu einem Gesamt-GdB von 40 zusammenzufassen, insbesondere auch hinsichtlich der sozialen und kommunikativen Beeinträchtigungen, die bereits zu einer Änderung des Lebensstils geführt hätten. Hierbei seien noch nicht einmal die Hinweise auf eine leicht- bis mittelschwere Pankreasinsuffizienz berücksichtigt, die zusätzlich für die dünne Stuhlkonsistenz mitverantwortlich sein und bei späterer Bestätigung trotz des normalen Ernährungszustandes einen Gesamt-GdB von 50 rechtfertigen könnte. Die Funktionsbehinderung des Hüftgelenks liege im Einzel-GdB unter 10 und habe keinen Einfluss auf den Gesamt-GdB. Das Körpergewicht hat bei der Untersuchung durch Dr. K. 82 kg betragen.

Der Beklagte hat mittels der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. L. vom 02.09.2016 eingewandt, ein Kurzdarmsyndrom liege mangels Entfernung größerer Darmabschnitte nicht vor und zwar weder nach der alten Definition (restliche Dünndarmlänge weniger als 100/150 cm bei normaler Länge des Dünndarms von ca. 3 m) noch nach der neuen Definition (Darmversagen nach ausgedehnter Resektion mit der Unfähigkeit wegen einer eingeschränkten resorptiven Fähigkeit des Darms, die Protein-, Energie-, Flüssigkeits- und Mikronährstoffbilanz mit einer konventionellen Diät aufrechtzuerhalten). Eine mittelschwere Pankreasinsuffizienz sei nicht gesichert, ebenso keine relevante toxische Polyneuropathie. Der Kläger befinde sich mit einem Gewicht von 82 kg und einer Größe von 180 cm mit einem BMI von 25,31 kg/Quadratmeter in einem sehr guten, beginnend überreichlichen Ernährungszustand und dies bei Normalkost. Außer in Bezug auf Vitamin B12, das substituiert werden müsse, gebe es keinerlei Hinweise auf eine Resorptionsstörung. Das Gewicht sei in den letzten drei Jahren vom Juli 2013 sogar um 9 kg angestiegen von damals 73,3 kg auf jetzt 82 kg. Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe die Durchfallneigung. Von fachärztlicher Seite sei eine cologene Diarrhoe diagnostiziert worden, da nach Ileozökalresektion die vor allem im Ileum stattfindende Resorption der Gallensäuren und auch des Vitamin B12 beeinträchtigt sei. Die cologene Diarrhoe könne sehr effektiv durch einen Gallensäurebinder (Cholestyramin) behandelt werden. Dies sei im Rahmen der Rehamaßnahme auch mit großem Erfolg geschehen. Im Rahmen der jetzigen Begutachtung habe der Kläger kein Gallensäure bindendes Präparat mehr angegeben. Es sei möglich, dass die nun erneut angegebene Häufung der Durchfälle mit der fehlenden Einnahme eines entsprechenden Präparats zusammenhänge. Außerdem würden die Durchfälle durch Nikotin und Alkohol verstärkt, der Kläger rauche auch jetzt noch 20 Zigaretten pro Tag. Zum Alkoholkonsum habe er zwar nur wenig angegeben, die Sonografie zeige aber eine leichte Vergrößerung der Leber, und die Gamma-GT sei auf über das Doppelte des Normwerts erhöht gewesen. Daher sei ein GdB von 20 sachgerecht.

Der Sachverständige Dr. K. hat dazu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.10.2016 ausgeführt, es seien die distale Hälfte des Ileums und die Ileozökalklappe entfernt worden. Allein dies könne schwere Diarrhoe und Malabsorption induzieren, auch wenn nur kürzere Dünndarmabschnitte entfernt worden seien. Daher sei von einem funktionellen Kurzdarmsyndrom auszugehen. Eine Korrektur der Behandlung sei nicht Gegenstand der Begutachtung. Die Behandlung der der Symptomatik zugrunde liegenden übermäßigen Ausscheidung von Gallensäuren, die möglicherweise eine Verminderung der Symptomatik bringen könnte, werde zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht durchgeführt. Als weiteres Kriterium liege eine Funktionsstörung des Afterschließmuskels vor.

Auf Antrag des Klägers hat das Gericht den Internisten und Gastroenterologen Dr. H. zum Sachverständigen ernannt, der in seinem Gutachten vom 17.07.2017 eine deutliche Verschlechterung in den letzten Monaten angenommen hat. Es lägen rezidivierende krampfartige abdominelle Schmerzzustände mit konsekutivem Anstieg der Stuhlfrequenz vor. Von einer stabilen und kompletten Remission könne nicht ausgegangen werden, zumindest liege eine milde Aktivität vor. Es könne zusätzlich ein Reizdarmsyndrom angenommen werden. Dr. H. hat für die chronisch entzündliche Darmerkrankung mit persistierender Analfistel und Folgekomplikationen sowie chronischer Diarrhoe einen GdB von 60 angesetzt, für ein Reizdarmsyndrom einen GdB von 40 und für deine dauerhafte Einschränkung der analen Kontinenz einen GdB von 50. Die Laktoseintoleranz spiele für den GdB keine Rolle, da der Patient sie durch sein Ernährungsverhalten gezielt beeinflussen könne. Den Gesamt-GdB hat er seit Mai 2015 mit 60 bemessen. Ein Protokoll über die Stuhlfrequenzen vom 01.05.2017 bis zum 11.05.2017 lag bei.

Das Gewicht betrage 78,5 kg bei einer Körpergröße von 177 cm, was einem BMI von 25,22 entspreche (leichtes Übergewicht). Der Kläger arbeite im Dienstleistungssektor in München. Die Arbeitszeit betrage im Durchschnitt 8 Stunden. Die Arbeit umfasse eine überwiegend sitzende Bürotätigkeit mit Mandantenkontakt. Der Kläger teile sich das Büro mit weiteren Mitarbeitern. Mit seinem Tätigkeitsbereich sei er sehr zufrieden. Allerdings reagiere er von seiner Grunderkrankung her sehr "empfindlich" auf die intermittierend verstärkte Stressbelastung. Aufgrund der häufigen Stuhlfrequenz und bei verstärkter Flatulenz müsse er ca. 3 bis 5 mal täglich seinen Arbeitsplatz zusätzlich verlassen, er nutze dies aber auch für eine Zigarettenpause. Er pendele täglich eine Wegstrecke von einfach 80 km mit dem Auto. Um unterwegs schnell eine Toilette aufsuchen zu können, sei er mit einem speziellen Schlüssel versorgt, mit dem er spezielle Toiletten unterwegs öffnen könne.

Dr. V. erwiderte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 01.09.2017, gerade die neu erhobenen Befunde bestätigten den GdB von 20. Der Kräfte- und Ernährungszustand habe sich nicht verschlechtert. Die Befunde sprächen gegen entzündliche Darmaktivitäten, der Rektalbefund zeige eine reizlose Haut, was eindeutig gegen anhaltende häufige Durchfälle oder eine Stuhlinkontinenz spreche. Die Entzündungsparameter seien nicht erhöht. Die generellen Ausführungen zum möglichen Verlauf und prognostische Erwägungen seien nicht zielführend.

In der mündlichen Verhandlung vom 26.10.2017 hat der Vorsitzende die Rücknahme des Bescheides vom 17.02.2016 angeregt. Den Beklagten seien die Befunde bereits seit mehreren Jahren, jedenfalls länger als zwei Jahre, bekannt gewesen.

Daraufhin gab der Beklagte in der mündlichen Verhandlung beim Sozialgericht am 26.10.2017 folgendes Teilanerkenntnis ab: Der Beklagte sagte zu, den Bescheid vom 17.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2016 zurückzunehmen. Der Kläger hat dieses Teilanerkenntnis angenommen.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt, unter Abänderung des Bescheides vom 02.06.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2016 den Beklagten zu verurteilen, beim Kläger ab dem 06.05.2015 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Das SG hat mit Urteil vom 26.10.2017 (Az. S 8 SB 116/16) die Klage abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Ein Anspruch auf Abänderung des Bescheides vom 21.07.2011 nach § 48 SGB X bestehe nicht, weil keine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die für den Bescheid maßgeblich gewesen seien, eingetreten sei. Das Gericht hat sich der Beurteilung durch den Sachverständigen Dr. K. angeschlossen. Schwere Auswirkungen des Morbus Crohn seien nicht vorhanden, weil sich auch unter Berücksichtigung des zum Kläger in der mündlichen Verhandlung mit aktuell 75 kg angegebenen Körpergewichts keine erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes zeige. Außerdem habe der Sachverständige Dr. H. Mehrfachbewertungen derselben Einschränkungen vorgenommen.

Der Kläger hat gegen das Urteil des SG, das ihm am 06.11.2017 zugestellt worden ist, am 05.12.2017 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt.

Am 12.12.2017 hat der Beklagte einen Ausführungsbescheid bezüglich des Teilanerkenntnisses erlassen, mit dem er den Bescheid vom 17.02.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2016 zurückgenommen hat.

Zur Begründung seiner Berufung verweist der Kläger darauf, dass dem Sachverständigen Dr. H. bei der Bildung des Gesamt-GdB lediglich ein formaler Fehler unterlaufen sei, in der Sache seien seine Feststellungen jedoch zutreffend und rechtfertigten einen GdB von mindestens 50.

Das LSG hat mit Schreiben vom 15.03.2018 dem Kläger mitgeteilt, dass keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen vorgesehen seien.

Mit Schreiben vom 21.03.2018, dem Kläger zugestellt am 23.03.2018, hat das LSG Termin zur mündlichen Verhandlung auf den 25.04.2018 bestimmt.

Mit Schreiben vom 29.03.2018 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers um Verlegung des Termins vom 25.04.2018 gebeten und mitgeteilt, dass beabsichtigt sei, ein Gutachten nach § 109 SGG zu beantragen.

Auf die Aufforderung des Gerichts hin, die Verhinderung glaubhaft zu machen, hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers eine E-Mail-Korrespondenz vorgelegt, nach der am 20.03.2018 für den 25.04.2018 ein Hilfeplangespräch vereinbart wurde, allerdings noch unter dem Vorbehalt, dass in der Woche darauf der Termin mit der betroffenen Familie abgestimmt werden müsse. Mit Schreiben vom 09.04.2018 hat das Gericht dem Prozessbevollmächtigten des Klägers mitgeteilt, dass die Terminsverlegung abgelehnt werde, da beim Prozessbevollmächtigten des Klägers kein Gerichtstermin, sondern ein frei vereinbarter Besprechungstermin bestehe, der im Übrigen zum Zeitpunkt des Zugangs der Ladung nur vorgemerkt gewesen sei, vorbehaltlich einer endgültigen Abstimmung mit der betroffenen Familie.

Mit Schreiben vom 10.04.2018 hat der Kläger die Einholung eines Gutachtens nach § 109 SGG durch Prof. Dr. W., Direktor der Klinik G., Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, beantragt. Sein Prozessbevollmächtigter hat diesen Antrag in der mündlichen Verhandlung vom 25.04.2018 wiederholt und zusätzlich auf die Amtsermittlungspflicht nach § 106 SGG gestützt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 26.10.2017 sowie den Bescheid des Beklagten vom 02.06.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2016 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei dem Kläger ab dem 06.05.2015 einen GdB von mindestens 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Berufung bedarf gemäß § 144 SGG keiner Zulassung.

Die Berufung ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG mit Urteil vom 26.10.2017 die Klage abgewiesen.

Die unter Aufhebung der ablehnenden Bescheide auf Feststellung eines GdB von 50 ab dem Tag der Stellung des Verschlimmerungsantrags vom 06.05.2015 bezogene Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß § 54 Abs. 1 SGG statthaft und zulässig.

Die Klage ist jedoch nicht begründet, weil sich im Zeitraum seit der Stellung des Verschlimmerungsantrags vom 06.05.2015 bis zum Tag der letzten mündlichen Verhandlung kein GdB von 50 und damit keine wesentliche Veränderung der für die Feststellung eines GdB von 40 durch Bescheid vom 21.07.2011 maßgeblichen tatsächlichen Verhältnisse im Sinne des § 48 SGB X feststellen lässt.

Gemäß § 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der seit dem 01.01.2018 geltenden Fassung stellen auf Antrag des behinderten Menschen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein GdB oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. Menschen mit Behinderungen sind gemäß § 2 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX 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; eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt (§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX). Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt (§ 152 Abs. 1 Satz 6 SGB IX).

Die gleiche Regelung wie jetzt in § 152 Abs. 1 SGB IX fand sich in § 69 der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung des SGB IX. Dabei waren mit Wirkung vom 30.12.2016 die Worte "zum Zeitpunkt der Antragstellung" in Absatz 1 Satz 1 eingefügt worden. Der Absatz 1 Satz 2 betreffend die rückwirkende Feststellung für Zeiten vor Antragstellung war ebenfalls mit Wirkung vom 30.12.2016 eingefügt worden. Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung waren 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 abwichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt war.

Nach § 153 Abs. 2 SGB IX - bis 31.12.2017: § 70 Abs. 2 SGB IX in der ab 15.01.2015 geltenden Fassung (Gesetz vom 07.01.2015, BGBl. II S. 15) - wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Zwar ist von dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden, indes bestimmt § 241 Abs. 5 SGB IX - wie bis zum 31.12.2017 bereits § 159 Abs. 7 SGB IX in der ab 15.01.2015 geltenden Fassung -, dass - soweit noch keine Verordnung nach § 153 Abs. 2 SGB IX (vormals § 70 Abs. 2 SGB IX) erlassen ist - die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der auf Grund des § 30 Abs. 16 BVG in der Fassung ab 01.07.2011 (BGBl. I S. 2904) erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Bis zum 14.01.2015 war ein entsprechender Verweis in § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX enthalten. Durch diesen Verweis gelten entsprechend die Maßstäbe der am 01.01.2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), insbesondere die als Anlage zu § 2 VersMedV erlassenen "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VG). In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Bis zum 31.12.2008 waren dagegen die Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (nachfolgend: Anhaltspunkte - AHP) maßgeblich, bei denen es sich nach der Rechtsprechung um antizipierte Sachverständigengutachten mit normähnlicher Wirkung handelte (aus der umfangreichen Rspr. siehe nur BSG, Urteil vom 18.09.2003 - Az. B 9 SB 3/02 R - Rdnr. 21 bei juris = BSGE 91, 205 und BSG, Urteil vom 24.04.2008 - Az. B 9/9a SB 10/06 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 9, Rdnr. 25). Die Versorgungsmedizin-Verordnung ist mit den Anhaltspunkten weitgehend inhaltlich identisch; ihr Erlass sollte nur das rechtsstaatliche Defizit beseitigen, das den Anhaltspunkten, die keine Rechtsnorm im formellen Sinne darstellten, anhaftete. Soweit sich aus den Anhaltspunkten gegenüber der Versorgungsmedizin-Verordnung keine Besonderheiten ergeben, wird daher im Folgenden ausschließlich Letztere zitiert, auch soweit Zeitabschnitte vor dem 01.01.2009 betroffen sein sollten. Das BSG verweist bezüglich der rechtlichen Beurteilung der als Anlage zur VersorgMedV erlassenen versorgungsmedizinischen Grundsätze auf seine Rechtsprechung zu den Anhaltspunkten und schreibt ihnen die gleiche rechtliche Wirkung wie den Anhaltspunkten zu (BSG, Urteil vom 17.04.2013 - Az. B 9 SB 3/12 R - Rdnr. 28).

Im vorliegenden Fall ist ein GdB lediglich für ein Funktionssystem zu bilden, nämlich für das Funktionssystem Verdauung (Teil A Nr. 2 Buchst. e VG). Andere Funktionssysteme sind nicht betroffen, insbesondere liegt die Funktionsbehinderung des Hüftgelenks im Bereich eines Einzel-GdB von unter 10 und spielt deshalb für die Bildung des Gesamt-GdB keine Rolle, wie der Sachverständige Dr. K. in seinem Gutachten vom 30.06.2016 festgestellt hat.

Nach Teil B Nr. 10.2.2 VG sind chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion) wie folgt zu bewerten: * ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen mit einem GdB von 0 bis 10 * mit stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (zum Beispiel Durchfälle, Spasmen) mit einem GdB von 20 bis 30 und * mit erheblicher Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes mit einem GdB von 40 bis 50.

Nach derselben Position der VG ist eine Colitis ulcerosa oder Crohn-Krankheit zu bewerten * mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, selten Durchfälle) mit einem GdB von 10 bis 20, * mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle) mit einem GdB von 30 bis 40 * mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle) mit einem GdB von 50 bis 60 und * mit schwerster Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende oder

anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie) mit einem GdB von 70 bis 80.

Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände (zum Beispiel Kurzdarmsyndrom, Stoma-Komplikationen), extraintestinale Manifestationen (zum Beispiel Arthritiden), bei Kindern auch Wachstums- und Entwicklungsstörungen, sind zusätzlich zu bewerten.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Maßstäbe kann ein GdB von 50 nicht anerkannt werden.

Ausschlaggebend hierfür ist der Umstand, dass eine Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes nicht vorliegt, vielmehr der Kräfte- und Ernährungszustand als gut zu bezeichnen ist. Substituiert werden muss lediglich das Vitamin B12. Ansonsten bewegte sich das Gewicht des Klägers im streitgegenständlichen Zeitraum im Bereich des Normal- oder sogar leichten Übergewichts, bei der Untersuchung durch Dr. K. sogar bei 82 kg - seit der letzten Untersuchung im Juli 2013 war bei Normalkost das Gewicht um 9 kg angestiegen. Bei der Untersuchung durch Dr. H. zu dessen Gutachten vom 17.07.2017 betrug das Gewicht dann noch 78,5 kg bei einer Körpergröße von 177 cm. Der Morbus Crohn ist seit Jahren inaktiv. Damit liegt keine erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes vor, die bei chronischen Darmstörungen einen GdB von 40 bis 50 oder bei Morbus Crohn wegen schwerer Auswirkung einen GdB von 50 bis 60 rechtfertigen würde.

Die GdB-relevanten Beschwerden des Klägers liegen in den persistierenden Durchfällen, die im Durchschnitt dreimal täglich, zu Spitzenzeiten bis zu siebenmal täglich, aber auch unter ausreichender Behandlung nur einmal täglich auftreten können, und teilweise mit Analspasmen und Schmerzen im Analbereich, einer leichten Inkontinenz sowie einem Analekzem verbunden sind. Die Ursachen dieser Durchfälle sind unklar. Ein Kurzdarm- syndrom im eigentlichen Sinne liegt nicht vor, und zwar nach den Ausführungen von Dr. L. in ihrer Stellungnahme vom 02.09.2016 weder nach der alten Definition (restliche Dünndarmlänge weniger als 100/150 cm bei normaler Länge des Dünndarms von ca. 3 m) noch nach der neuen Definition (Darmversagen nach ausgedehnter Resektion mit der Unfähigkeit wegen einer eingeschränkten resorptiven Fähigkeit des Darms, die Protein-, Energie-, Flüssigkeits- und Mikronährstoffbilanz mit einer konventionellen Diät aufrechtzuerhalten). Dr. K. sieht die Ursache in der Entfernung der unteren Hälfte des Ileums sowie der Bauhin-Klappe. Diskutiert wird weiter ein Gallensäureverlustsyndrom, das möglicherweise durch einen Gallensäurebinder effektiv behandelbar wäre. Ebenso kommt eine Laktoseintoleranz in Betracht, die auch diätetisch behandelbar wäre. Ebenso wird der hohe Konsum von Zigaretten sowie der - vom Kläger bestrittene, aber aufgrund der festgestellten Veränderungen der Leber vermutete - erhöhte Konsum von Alkohol als Ursache diskutiert. Eine Pankreasinsuffizienz wurde lediglich als spekulative Ursache benannt. Letztlich kommt es für die Bewertung des GdB nicht auf die Ursache und die Behandelbarkeit an, sondern auf die tatsächlichen Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass der Kläger trotz der täglichen Durchfälle in der Lage ist, sowohl ein anstrengendes Berufsleben mit einer einfachen Pendelstrecke von 80 km sowie ständigen Mandantenkontakten als auch sein Familienleben zu meistern, auch wenn er sich gedanklich ständig mit der Frage, wo er die Möglichkeit hat, eine Toilette aufzusuchen, beschäftigen muss. Diese Beeinträchtigung ist sicher erheblich, sie erreicht jedoch nicht das Ausmaß, das erforderlich ist, um eine Schwerbehinderung mit einem GdB von 50 zu rechtfertigen. Wir befinden uns hier allenfalls im Bereich der mittelschweren Auswirkungen des Morbus Crohn, die in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen beispielhaft umschrieben werden mit häufig rezidivierenden oder länger anhaltenden Beschwerden, einer geringen bis mittelschweren Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes und häufigen Durchfällen. Vor dem Hintergrund, dass eine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes nicht vorliegt, ist der Kläger mit dem Höchstwert von 40 für diesen Bereich hoch eingestuft. Diese hohe Einstufung ist, wenn überhaupt, dann nur wegen des gleichzeitig vorliegenden Analspasmus und Analekzems gerechtfertigt.

Dem Antrag des Klägers vom 10.04.2018, Prof. Dr. W. nach § 109 SGG als Sachverständigen zu hören, brauchte der Senat nicht nachzukommen. Der Anspruch des Klägers auf gutachterliche Anhörung eines bestimmten Arztes nach § 109 SGG ist bereits durch die erstinstanzliche Einholung des Gutachtens des Sachverständigen Dr. H. vom 07.07.2017 erfüllt worden. Einem wiederholenden Antrag auf Anhörung von Ärzten muss nur unter besonderen Umständen gefolgt werden, insbesondere muss nach Einholung eines Gutachtens nach § 109 SGG in erster Instanz nicht erneut ein Gutachten in zweiter Instanz eingeholt werden, wenn nicht besondere Gründe gegeben sind (Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, SGG, 12. A. 2017, § 109 Rdnrn. 10b und 11b). Ein besonderer Grund für die Anhörung mehrerer Ärzte kann darin liegen, dass es sich jeweils um Spezialisten handelt, wobei jeder für sein Sachgebiet Stellung nehmen soll. Sind für einzelne Gesundheitsstörungen mehrere Facharztgruppen zuständig, kann aber nicht pauschal vorgebracht werden, ein Vertreter der Facharztgruppe, zu der der jetzt gewählte Gutachter gehört, verfüge über eine größere Sachkunde; vielmehr muss im Einzelfall dargetan werden, warum der neue Gutachter in dem konkreten Fall wesentliche zusätzliche Aspekte aufzeigen kann. Bei verwandten Fachrichtungen (zum Beispiel Chirurgie/Orthopädie; auch Psychotherapie/Psychosomatik) besteht in der Regel kein Grund für ein weiteres Gutachten. Im vorliegenden Fall wurde in der ersten Instanz mit Dr. H. auf Antrag des Klägers ein Gastroenterologe zum Gutachter bestellt. Der jetzt benannte Prof. Dr. W. ist Viszeralchirurg. Es ist weder vorgetragen noch ersichtlich, inwieweit ein Viszeralchirurg wesentliche zusätzliche Aspekte über das gastroenterologische Gutachten hinaus aufzeigen kann. Vielmehr liegen die zu beurteilenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf gastroenterologischem Gebiet. Insoweit sind wesentliche neue Aspekte durch die Begutachtung durch einen Viszeralchirurg nicht zu erwarten. Es handelt sich um verwandte Fachrichtungen, vergleichbar den Fachgebieten Chirurgie und Orthopädie.

Auch von Amts wegen nach § 106 SGG brauchte der Senat kein weiteres Gutachten einzuholen. Der Sachverhalt war aufgrund der Gutachten der Sachverständigen Dr. K. und Dr. H. hinreichend geklärt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2018-06-28