S 18 SB 255/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
18
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 18 SB 255/17
Datum
08.05.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die über das Teilanerkenntnis des Beklagten vom 08.05.2018 hinausgehende Klage wird abgewiesen. Der Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers dem Grunde nach zu einem Drittel.

Tatbestand:

Streitgegenständlich ist zuletzt die Herabsetzung des beim Kläger festgestellten Grades der Behinderung von 50 auf 40.

Der Beklagte stellte bei dem am 00.00.0000 geborenen Kläger allein aufgrund eines chronischen entzündlichen Damenleidens (colitis ulcerosa, Erstdiagnose 6/2014, häufige tägliche Durchfälle) mit Bescheid vom 27.10.2014 einen GdB von 50 fest.

Zu diesem Zeitpunkt befand sich der Kläger in einer Wiedereingliederung in seine berufliche Bürotätigkeit mit einer täglichen Arbeitszeit von 3 Stunden. Zuvor war seit etwa August 2014 durchgehend arbeitsunfähig.

Nach einer Kolektomie mit Rektum-Blindverschluss und Anlage eines endständigen Ileostomas (1/2015) kehrte er in Vollzeit an seinen Arbeitsplatz zurück. Es folgten eine Restkolonproktomukosektomie mit Ileo-J-poucanaler Anastomose und Anlage eines Ileostomas (3/2015) sowie eine Ileostomarückverlagerung (7/2015)

Im Juli 2016 begann der Beklagte eine Überprüfung seiner Feststellung des GdB Feststellung von Amts wegen. Er holte einen Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin I. mit Arztbriefen der Klinik für Innere Medizin des I. – K. – Krankenhauses F. (9,10,12/2014, 1/2015) der dortigen Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (9/2015) sowie der Klinik für Urologie (6/2015,2/2016) und der Klinik für Allgemein – und Viszeralchirurgie des Krankenhauses Q. S. (1,3,4,5,7,9,10/2015), ferner einen Befundbericht des Facharztes für Urologie Dr. Q. ein.

Versorgungsärztlich wurde das chronisch entzündliche Darmleiden nunmehr mit einem Einzel – GdB von 30 beurteilt. Nach den operativen Interventionen sei die Stuhlfrequenz von 10 auf 5-7 breiige Stuhlgänge pro Tag zurückgegangen. Es bestünden keine wesentlichen Entzündungen, keine blutigen Stühle und keine dauerhaften wesentlichen Beschwerden mehr. Es würden keine wesentlichen Einschränkungen des Kräfte – und Ernährungszustandes beschrieben.

Unter den 18.10.2016 hörte der Beklagte den Kläger zu einer Herabsetzung des festgestellten GdB auf 30 an.

Der Kläger erklärte unter dem 26.10.2016, die Ileostomarückverlagerung habe mit den Entzündungen und blutigen Stühlen nichts zu tun. Diese hätten aus der colitis ulcerosa resultiert und seien durch die Entfernung des kompletten Dickdarms jetzt nicht mehr vorhanden. Den Dickdarm könne man nicht mehr ersetzen und dadurch habe er vermehrt breiigen Stuhlgang, im Schnitt 8 Mal täglich. Nachts müsse er zwei bis dreimal die Toilette aufsuchen. Hinzu trete eine teilweise Inkontinenz. Von ärztlicher Seite sei ihm mitgeteilt worden, ein GdB von 60 sei angemessen.

Versorgungsärztlich wurde daraufhin ausgeführt, die eigenen Angaben des Klägers würden von ärztlicher Seite nicht bestätigt. Bei fachärztlicher Vorstellung im Oktober 2015 seien 4-6 breiige Stuhlgänge am Tag angegeben worden, bei voller Tag – und Nachtkontinenz. Nach hausärztlichem Bericht aus dem September 2016 sei über 5-7 Stühle mit zeitweiliger Inkontinenz, am 29.10.2015 und am 28.04.2016 über 4-6 tägliche Stuhlgänge geklagt worden. Im Labor zeigten sich keine pathologischen Befunde. Es bestünden lediglich Restbeschwerden. Anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, eine erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle seien nicht dokumentiert.

Mit Bescheid vom 08.11.2016 hob der Beklagte seine Feststellung aus dem Oktober 2014 auf und stellte einen GdB von 30 fest.

Hiergegen legte der Kläger am 18.11.2016 Widerspruch ein.

Der Beklagte holte vorbekannte Arztbriefe der chirurgischen Colitis ulcerosa- Sprechstunde des Krankenhauses Q. S. ein. Versorgungsärztlich wurde in einer weiteren Stellungnahme darauf hingewiesen, dass im Bericht aus Oktober 2015 4-6 Studiengänge pro Tag, bei voller Tag – und Nachtkontinenz dokumentiert seien.

Auf erneute Anhörung legte der Kläger eine Bescheinigung des Prof. Dr. L. (Klinik für Allgemein – und Viszeralchirurgie des Krankenhauses Q. S.) (1/2017) vor, der einen insgesamt sehr zufriedenstellenden Befund bei 6-8 Stuhlgängen pro Tag mitteilte. Er halte eine 50 bis 60 prozentige Erwerbsminderung für gerechtfertigt.

Nach weiterer versorgungsärztlicher Stellungnahme, in der darauf hingewiesen wurde, dass das Ileostoma rückverlagert sei, wies die Bezirksregierung N. den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 07.03.2017 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 22.03.2017 Klage erhoben.

Das Gericht hat Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin I. und des Prof. Dr. L. eingeholt.

Sodann hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens des Gastroenterologen Dr. F. vom 22.10.2017. Der Sachverständige hat ausgeführt, die Befunde sprächen für typische Folgebeschwerden nach vollständigem Verlust des Dickdarms und des Enddarms mit Ileo-J-Pouch-analer Anastomose. Es bestehe kein Nachweis einer Darmpassagestörung oder einer Analsphinkterinkontinenz. Nach einer Stellungnahme des Sachverständigenbeirates vom 24./25.04.2002 sei der GdB nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Spinkters und Pouchbildung bei colitis ulcerosa – in Analogie zur Darmneoblase - mit einem GdB von 30 zu bewerten. Im vorliegenden Fall sollten die anhaltenden Stühle, die zu einem schmerzhaften analen Reizzustand und (anamnestisch) zeitweiligen Kontinenzproblemen führten in Anlehnung an die Bewertung von Hämorrhoiden mit häufig rezidivierenden Entzündungen zusätzlich mit einem Einzel – GdB von 20 berücksichtigt werden, so dass ein Gesamt – GdB von 40 bestehe. Eine Leistungsbeeinträchtigung im Sinne einer Schwerbehinderung bestehe nicht. In den gesundheitlichen Verhältnissen habe sich seit Oktober 2014 durch die Proktokolektomie insofern eine wesentliche Besserung ergeben, als der entzündete Dickdarm nunmehr entfernt sei und sich hierdurch eine weitgehende Besserung des Allgemeinzustandes eingestellt habe.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat darauf die bereits mehrfach vorgelegte Bescheinigung des Prof. Dr. L. aus dem Januar 2017 zur Akte gereicht, die nunmehr dahingehend durch den Arzt korrigiert wurde, dass er einen GdB (statt zuvor MdE) von 50-60 % aufgrund einer erhöhten Stuhlfrequenz von 6-8 Stunden pro Tag für gerechtfertigt halte.

Die Vertreterin des Beklagten hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung ein klägerseitig angenommenes Teilanerkenntnis dahingehend abgegeben, den angefochtenen Bescheid insoweit aufzuheben, wie mit diesem ein GdB von weniger als 40 festgestellt wird.

Der Kläger legt im Rahmen der mündlichen Verhandlung dar, im Oktober 2014 sei sein Kräftezustand erheblich reduziert gewesen. Er habe zu dieser Zeit 20-25 Stühle täglich absetzen müssen. Sein Zustand habe sich insoweit gebessert, als er nunmehr 6-8 Stuhlgänge benötige, davon 1-2 nachts. Nachts komme es zum Teil auch zu Inkontinenzerscheinungen aufgrund dann unkontrollierbarer Blähungen. Diese Angaben bestätigt seine Ehefrau als Beistand.

Der Bevollmächtigte des Klägers ist der Auffassung, dass der Zustand nach den operativen Eingriffen mit einem GdB von 50 zu bewerten sei. Dies ergebe sich aus der vorgelegten Bescheinigung des Prof Dr. L. Zum Zeitpunkt der mit angefochtenem Bescheid aufgehobenen Feststellung habe der GdB tatsächlich mit 70-80 festgestellt werden müssen.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

den Bescheid vom 08.11.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2017 vollständig aufzuheben.

Die Vertreterin des Beklagten beantragt, die über das Teilanerkenntnis hinausgehende Klage abzuweisen.

Einen zunächst schriftlich gestellten Antrag auf gutachterliche Anhörung eines Vertrauensarztes des Klägers (Prof. Dr.L.) nach § 109 Sozialgerichtsgesetz hat der Bevollmächtigte des Klägers in der mündlichen Verhandlung nicht mehr verfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach – und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

A. Die zulässige Anfechtungsklage (vgl. § 54 Abs. 1 S. 1 Alt. 1, S. 2 Alt. 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG) ist unbegründet. Der Bescheid des Beklagten vom 08.11.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2017 ist (jedenfalls) insoweit rechtmäßig und verletzt den Kläger daher nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 S. 1 SGG), wie mit ihm die Feststellung eines GdB von 50 zukunftsgerichtet aufgehoben und – wie der Beklagte anerkannt hat - ein GdB von nicht weniger als 40 festgestellt wird. Der GdB des Klägers betrug zum maßgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides infolge einer wesentlichen Änderung seit der Feststellung mit Bescheid vom 27.10.2014 nicht mehr als 40.

I. Der Bescheid ist formell rechtmäßig; insbesondere hat der Beklagte den Kläger nach § 24 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) in seinem Schreiben vom 18.10.2016 und 10.01.2017 zu der beabsichtigten Herabsetzung des festgestellten GdB ordnungsgemäß angehört.

II. Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig. Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 27.10.2014 einen GdB von 50 festgestellt und damit über den GdB der des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X. Nach dieser Vorschrift 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. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt (vgl. Teil A Nr. 7 lit. a) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG), die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 niedergelegt sind). Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998, B 9 SB 18/97 R -, juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheides noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an (KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rn. 14 m.w.N.).

Eine wesentliche Änderung in diesem Sinne ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme insoweit eingetreten, als der Gesamt-GdB, der zum Zeitpunkt der mit Bescheid vom 08.11.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2017 aufgehobenen Feststellung vom 27.10.2014 höher einzustufen war, nunmehr - wie die Vertreterin des Beklagten in der mündlichen Verhandlung anerkannt hat – mit 40 festzustellen bleibt.

III. Maßgebliche Bestimmung für die Feststellung des GdB war bis zum 31.12.2017 – also auch zum vorliegend für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit maßgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2017 – § 69 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) (ab dem 01.01.2018 § 152 SGB IX in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG; BGBl I 2016, 1824). Nach Abs. 1 Satz 1 der genannten Bestimmung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Vorschrift knüpfte materiell-rechtlich an den in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 gültigen Fassung (zur Unwesentlichkeit der Änderung zum 01.01.2018 siehe SG Aachen, Urteil vom 09. Januar 2018 – S 18 SB 1001/16 –, Rn. 18, juris m.w.Nachw.) 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 5 SGB IX a. F. sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegen, wird nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX a. F. der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der bis zum 14.01.2015 gültigen Fassung galten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) - nach dem sich die Beurteilung des Schweregrades, dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS), nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen richtet - und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Auf Rechtsgrundlage der Vorgängervorschrift des § 30 Abs. 16, dem Abs. 17 des § 30 BVG in der bis zum 30.06.2011 gültigen Fassung, wurde mit Wirkung zum 01.09.2009 die Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und des § 35 BVG (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) vom 08.12.2008 erlassen, die die bis zu diesem Zeitpunkt für die Bewertung des Grads der Behinderung maßgeblichen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht", Ausgabe 2008 (AHP 2008), ablösten. Den vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen AHP kam zwar keine Rechtsnormqualität zu, es handelte sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aber um antizipierte Sachverständigengutachten mit normähnlicher Wirkung (BSG, Urteil vom 30. September 2009 - B 9 SB 4/08 R, juris; Urteil vom 24. April 2008 - B 9/9a SB 10/06 R - SozR 4-3250 § 69 Nr. 9; BSG, Urteil vom 18. September 2003 - B 9 SB 3/02 R - BSGE 91, 205). Da insbesondere die maßgebliche Anlage 2 zu § 2 VersMedV, die die so genannten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" (VMG) beinhaltet, im Wesentlichen den AHP entspricht (vgl. die Begründung BR-Drucks. 767/08, S. 3 f.), waren mit dem Wechsel keine erheblichen inhaltlichen Änderungen verbunden (BSG, Urteil vom 30. September 2009 - B 9 SB 4/08 R, juris; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Dezember 2009 - L 11 SB 352/08, juris). Im Unterschied zu den AHP handelt es sich bei der VersMedV aber um eine Rechtsverordnung, d.h. eine für Verwaltungen und Gerichte verbindliche untergesetzliche Rechtsnorm, die im Lichte der rechtlichen Vorgaben des § 69 SGB IX a. F. (§ 152 SGB IX n. F.) auszulegen ist (BSG, Urteil vom 30.September 2009 - B 9 SB 4/08 R, juris; BSG, Urteil vom 23. April 2009 – B 9 SB 3/08 R –, Rn. 29, juris; Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 – S 18 SB 460/16 -, Rn. 39 ff., juris; SG Aachen, Urteil vom 24. Oktober 2017 – S 18 SB 460/16 –, Rn. 26, juris für die Zeit ab Einführung des § 70 Abs. 2 SGB IX).

Zum 15.01.2016 hat der Gesetzgeber in § 70 Abs. 2 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 gültigen Fassung (§ 153 Abs. 2 SGB IX in der seit dem 01.01.2018 gültigen Fassung) das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Solange noch keine Verordnung nach § 70 Abs. 2 SGB IX a. F. bzw. § 153 Abs. 2 SGB IX n. F. erlassen ist, gelten indes gemäß § 159 Abs. 7 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 gültigen Fassung (§ 241 Abs. 5 SGB IX in der seit dem 01.01.2018 gültigen Fassung) weiterhin die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend (vgl. hierzu BT-Drucksache 18/3190, S. 5; vgl. hierzu weiter, Urteil der Kammer vom 24. Oktober 2017 – S 18 SB 460/16 -, Rn. 26, juris).

Den hier streitigen Bemessungen des GdB ist damit die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 33) sind die dort genannten GdS-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. 2 e (Teil A, S. 20) 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 (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

Die Bemessung des GdB folgt dabei nicht starren Beweisregeln, sondern ist aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten sowie der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) in freier richterlicher Beweiswürdigung nach natürlicher, wirklichkeitsorientierter und funktionaler Betrachtungsweise festzustellen (BSG, Urteil vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 10/06 R -, Rn. 28, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 29. Juni 2012 – L 13 SB 127/1 -,Rn. 42, juris unter

Bezugnahme auf BSG Urteil vom 11. März 1998 - B 9 SB 9/97 R -, Rn. 10, juris m.w.N.).

IV. Unter Beachtung dieser Grundsätze war die beim Kläger einzig vorliegende Funktionsstörung der Verdauung bei Erlass des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2017 mit einem GdB von (nicht mehr als) 40 zu bewerten (1.). Da der Beklagte mit aufgehobener Feststellung vom 27.10.2014 zu Recht einen höheren GdB festgestellt hatte, liegt insofern eine wesentliche Änderung vor (2.).

1. Der beim Kläger vorliegende Zustand nach Restkolonproktomukosektomie mit Ileo-J-poucanaler Anastomose, protektivem Loop-Ileostoma (1,3/2015) und Ileostomarückverlagerung (7/2015) aufgrund einer therapierefraktären Colitis ulcerosa hat der Sachverständige, der Gastroenterologe Dr. F., zutreffend mit einem GdB von 40 bewertet.

Gemäß Teil B Z. 10.2.2 VMG sind chronische Darmstörungen (irritabler Darm, Divertikulose, Divertikulitis, Darmteilresektion) ohne wesentliche Beschwerden und Auswirkungen mit einem GdB von 0-10 zu bewerten, bei stärkeren und häufig rezidivierenden oder anhaltenden Symptomen (z.B. Durchfälle, Spasmen) beträgt der GdB 20-30. Folgen i.S.e. erheblichen Minderung des Kräfte – und Ernährungszustandes bedeuten einen GdB von 40-50.

Die colitis ulcerosa wird bei geringen Auswirkungen (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte – und Ernährungszustandes, selten Durchfälle) mit einem Einzel –GdB von 10-20, bei mittelschweren Auswirkungen (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle) mit einem Einzel – GdB von 30-40, bei schweren Auswirkungen (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte – und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle) mit einem Einzel – GdB von 50-60 bewertet. Schwerste Auswirkungen (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte – und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie) bedingen einen GdB von 70-80. Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände (z.B. Kurzdarmsyndrom, Stomakomplikationen), extraintestinale Manifestation (z.B. Arthritiden) sind zusätzlich zu bewerten.

Nach einem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirates Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur "Gutachtlichen Beurteilung des GdB/MdE-Grades nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa" vom 24./25.04.2002, ist eine Pouchbildung nach Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters in Analogie zur Darmneoblase (vgl. Teil B Ziffer 12.2.4 VMG) sachgerecht mit einem GdB von 30 zu beurteilen und damit günstiger als ein künstlicher After mit guter Versorgungsmöglichkeit, der gemäß Teil B Ziffer 10.2.4 VMG mit einem GdB von 50 bewertet ist (abrufbar: https://versorgungsmedizinische-grundsaetze.de/Beirat/Kolektomie.html, Anschluss: Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Kommentar, 8. Auflage 2017, zu Teil B 10.2.2, a. A.: Nieder/Losch/Thomann, Kommentar zur Versorgungsmedizin-Verordnung, 2012, S. 158). Bei der abweichenden Empfehlung von W. S. Casperi und J. Stein ("Darmkrankheiten. Kllinik, Diagnose und Therapie"), eine kontinenzerhaltende Proktokolektomie mit einem GdB von 60 bis 80 zu bewerten (vgl. künstlicher After mit z. B. Bauchwandhernie, Stenose, Retraktion, Prolaps, Narben, ungünstige Position – Teil B Ziffer 10.2.3 VMG), handele es sich um eine Einzelmeinung (Beschluss des Beirates vom 26.03.2003 zur "GdB/MdE-Beurteilung bei kontinenzerhaltender Kolektomie mit und ohne Pouchbildung" unter Hinweis auf den Beschluss vom 24./25.04.2002). Die Beschlüsse und Empfehlungen des unabhängigen Sachverständigenbeirates waren bereits Grundlage der Anhaltspunkte (1996) (vgl. Einleitung zur Versorgungsmedizin-Verordnung; vgl. heue § 3, 4 VersMedV). Sie können zwar keine unmittelbare Geltung beanspruchen, sofern sie nicht zu einer Änderung bzw. Ergänzung der VMG durch das BMAS geführt haben, stellen aber anerkanntermaßen eine gewichtige Auslegungsdirektive bei der Anwendung der VMG dar (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2009 - B 9 VG 1/08 -, Rn. 43, juris; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 12. Januar 2017 – L 6 VH 2746/15 –, Rn. 56, 59, juris; SG Aachen, Urteil vom 09. Januar 2018 – S 18 SB 1001/16 –, Rn. 31, juris). Weder sind die in den AHP bzw. den VMG niedergelegten Beurteilungskriterien zur Colitis ulcerosa noch zur Darmneoblase seit den Beschlüssen des Sachverständigenbereites vom 24./25.04.2002 bzw. 26.03.2003 verändert worden, noch liegen aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die einen Rückgriff auf die o.a. Beschlüsse des Sachverständigenbeirates nicht (mehr) sachgerecht erscheinen ließen.

Entsprechend bezieht der Sachverständige Dr. F. sich bei seiner Einschätzung des bei dem Kläger vorliegenden GdB im Ausgangspunkt auf die o. a. Bewertung des Sachverstädigenbeirates vom 24./25.04.2002. Die Befunde sprechen nach Einschätzung des Sachverständigen für typische Folgebeschwerden nach vollständigem Verlust des Dickdarmes und des Enddarms (Koloproktomukosektomie) mit Ileo-J-Pouch-analer Anastomose. Es bestehe kein Nachweis einer Darmpassagestörung oder einer Analsphinkinkontinenz, so dass hierfür zunächst von einem GdB von 30 auszugehen sei. Diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden.

Der körperlich-klinische Zustand des Klägers, wie er in den medizinischen Befunden in der Aktenlage dokumentiert ist, verdeutlicht unter Beachtung des Teils B Ziffer 10.2.2 VMG, dass die Bewertung dieses typischen Zustandes nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung bei Colitis ulcerosa keinem GdB von 50 entspricht:

Ausweislich eines Arztbriefes vom 21.10.2014 wurde im Krankenhaus F. die Diagnose einer therapiefraktären entzündungsaktiven colitis ulcerosa gestellt und die Vorstellung zur Proktokolektomie bei Prof. Dr. L. im Krankenhaus R. S. initiiert. Dort erfolgte nach Bestätigung der Operationsindikation am 19.01.2015 eine laparoskopische Kolektomie mit Rektumblindverschluss und endständigem Ileostoma nach Brook. Nach ausreichender Zustandskonsolidierung erfolgte dann am 25.03.2015 eine laparoskopisch assistierte Restkoloproktomukosektomie mit Ileo-J-Pouch-analer Anastomose und protektivem Loop-Ileostoma und schließlich am 22.07.2015 die Ileostomarückverlagerung. Bis auf einen kurzzeitigen Subileuszustand mit Notwendigkeit einer dreitägigen stationären Behandlung im I. – K. – Krankenhaus F. (vom 07.09. bis 10.09.2015 – vgl. vorläufiger Arztbericht vom 09.09.2015) war der weitere postoperative Verlauf komplikationslos. In regelmäßigen Kontrolluntersuchungen durch Prof. Dr. L. ergab sich kein Nachweis einer Pouchitis und jeweils – zuletzt 2016 – ein unauffälliger Schleimhautbefund.

Prof. Dr. L. bescheinigte bereits unter dem 05.01.2017 einen insgesamt sehr zufriedenstellenden Befund bei 6-8 Stuhlgängen pro Tag. Mit Arztbrief vom 03.03.2015 berichtete er aus seiner Colitis ulcerosa- Sprechstunde, der Kläger habe sich exzellent vom ersten Eingriff im Januar 2015 erholt, sei in der Lage 25 km Fahrrad zu fahren, zu joggen und auch noch obendrein Inline zu skaten. Unter dem 06.05.2015 wurde bei jetzt unauffälligen Befund und auch nur relativ weicher Anastomoseenge die Möglichkeit der Ileostomarückverlagerung erkannt.

In einem Entlassungsbericht aus dem Juli 2015 wurde anschließend berichtet, der postoperative Kostaufbau sei durch den Kläger gut

vertragen worden. Hierunter habe der Kläger ca. acht Stuhldinge täglich.

Im Arztbrief vom 03.09.2015 bei der ersten Vorstellung zur Kontrolluntersuchung teilte Prof. Dr. L. mit, der Kläger habe sich sehr gut von dem Eingriff erholt, habe 4-6 Stuhlgänge pro Tag bei voller Tag- und Nachtkontinenz. Beim Einsehen in den ileoanalen Pouch habe sich eine vollkommen reizlose Schleimhaut gezeigt, kein Hinweis auf eine Pouchitis, keine pathologische Raumforderung und eine reizlose Anastomose. Insgesamt sei der Befund sehr zufriedenstellend.

Anlässlich der zweiten Kontrolluntersuchung wurde unter 28.10.2015 weiterhin berichtet, der Kläger habe sich sehr gut von dem Eingriff erholt, habe 4-6 Studie pro Tag, bei voller Tag – und Nachtkontinenz. Der sehr zufriedenstellende Befund wurde bestätigt und die Notwendigkeit der Wiedervorstellung in der chirurgischen Colitis ulcerosa-Sprechstunde erst nach einem weiteren Jahr gesehen.

Aus einem für den Beklagten erstellten Befundbericht des Hausarztes des Klägers (Herr I.) vom 11.09.2016 lässt sich entnehmen, dass der Kläger zunächst (ohne zeitliche Einordnung) über 5-7 breiige Stühle pro Tag bei zeitweiliger nächtlicher Inkontinenz geklagt habe, zuletzt (nach der Ileostomarückverlagerung – im Oktober 2015 und April 2016) über eine Stuhlfrequenz von 4-6 täglich. Im durch das Gericht angeforderten Befundbericht vom 19.05.2017 wird von einer Besserung der Stuhlfrequenz auf jetzt 5-8 Stühle täglich, mindestens einmal nächtlich berichtet.

Prof. Dr. L. bestätigt in seinem Befundbericht vom 28.06.2017, dass der Kläger nach seiner operativen Versorgung einen guten Allgemeinzustand erreicht habe und bei voller Kontinenz in den postoperativen Kontrollen von 4-6 täglichen Stuhlgängen berichte.

Hierzu stehen die Angaben des Klägers im verwaltungs- und Klageverfahren von durchschnittlich 8 flüssigen, breiigen und imperativen Stuhlgängen täglich und die entsprechende Bescheinigung des Prof. Dr. L. aus dem Januar 2017 (6-8 Stihlgänge) ebenso in gewissem Wiederspruch wie die Behauptung des Klägers – auch gegenüber dem Sachverständigen Dr. F. - weiterhin bestehender zeitweiliger nächtlicher Inkontinenz.

Konkret berichtete der Kläger dem Sachverständigen über 6-8 flüssige Stuhlentleerungen pro Tag trotz Einnahme von 3-4 Tabletten Loperamid (im Rahmen der mündlichen Verhandlung hat er angegeben, die Menge auf 2 täglich reduziert haben zu können) mit imperativem Stuhlgang, so dass er dann unmittelbar seine Arbeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen müsse. Die Kontinentz am Tag sei erhalten, nachts komme es aber schon mal im Schlaf zu einem nnwillkürlichem Stuhlabgang. Zudem habe er einen Reizzustand am After mit Brennen und Juckreiz, den er mit diversen Salben zu behandeln versuche. Gelegentlich, ca. einmal in der Woche habe er Bauchkrämpfe im Mittelbauch und nehme dann Buscupan. Weiterhin bestehe eine Unverträglichkeit von fetten und gegrillten Speisen sowie Milchprodukten (bei negativem H2-Atemtest). Da er auch nachts zur Toilette aufstehen müsse, sei er in seinem erholsamen Nachtschlaf eingeschränkt und am Tag vermehrt müde.

Zunächst erscheinen die anamnestischen Angaben des Klägers aus den Behandlungsdokumentationen jedoch deshalb glaubhafter, weil sie nicht vor dem Hintergrund der Absicht einer Erhaltung des festgestellten GdB erfolgt sind, während in die im Verwaltungs- und Klageverfahren erfolgten Angaben augenfällig an die Erläuterung für schwere Auswirkungen einer Colitis ulcerosa in Teil B Ziffer 10.2.2 VMG anknüpfen. Auch hinsichtlich des Zustandes bei der Feststellung eines GdB von 50 vom 27.10.2014 ist der Kläger erheblich von den entsprechenden ärztlichen Unterlagen (zwischen 8 und 15 Stuhlgänge vgl. Berichte des I.-K.-Krankenhauses F. vom 24.07.2014, 01.10.2014, 08.12.2014, 06.01.2015) abgewichen, soweit er im Rahmen der mündlichen Verhandlung von 20-25 Stehlgängen berichtet hat. Dabei hat er ersichtlich die Absicht verfolgt, die eingeräumte Besserung nach den beschriebenen operativen Eingriffen nicht mit der Feststellung eines GdB von unter 50 gleichzusetzen. Vielmehr hat sein Bevollmächtigter entsprechend die Ansicht vertreten, die nunmehr aufgehobene Feststellung des Beklagten sei bereits zu niedrig gewesen.

Für die GdB – Bewertung kann ohnehin nicht etwa nur nach den Angaben des Betroffenen vorgegangen werden, sondern es ist auch zu überprüfen ob sich diese Angaben durch objektive Daten und Befunde sowie durch anamnestische Daten in der Vorgeschichte untermauern lassen. Hier kommen auch etwa Laborparameter (z.B. BSGE, CRP, Leuko) in Frage oder sonographische Befunde (z.B. Darmwandschwellungen bei Schüben einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung) sowie anamnestische Angaben des Betroffenen, die früher aktenkundig wurden (z.B. bei vorhergehenden Krankenhausaufenthalten) (Wendler/Schillings, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Kommentar, 8. Auflage 2017, zu Teil B 10.2).

Die mit der Aktenlage korrespondierenden körperlichen Untersuchungsbefunde des Sachverständigen Dr. F. haben nach dessen Beurteilung aber auf typische Folgebeschwerden nach Koloproktomukosektomie mit Ileo-Pouch-analer Anastomose gewiesen (vgl. hierzu die S-3 Leitlinie Colitis ulcerosa, Stand Mai 2018, S. 115). Bei der unmittelbaren körperlichen Untersuchung hat sich eine wulstige, aber ansonsten reizlose Ileostomanarbe im rechten Mittelbauch gezeigt, palpatorisch eine leichte Druckschmerzhaftigkeit im linken und mittleren Unterbauch ohne tastbare Resistenz oder lokale Abwehrspannung, kein Anhalt für einen Aszites. Die Peristaltik ist normal gewesen. Bei der rektalen Untersuchung hat sich ein analer Reizzustand mit geröteter und leicht mazerierter Analschleimhaut und schmerzhafter Analpalpation – bei erhaltener Analphinkterfunktion - gezeigt. Sonographisch ist der Nachweis von vermehrt flüssigkeitsgefüllten Dünndarmschlingen ohne Darmpassagestörung erbracht worden. Laborchemisch ist eine normale Blutsenkungsgeschwindigkeit von 2/4 n.W., bei allerdings erhöhtem CRP von 2,9 mg/dl (normal (0,5 mg/dl), zudem erhöhtem Bilirubinwert von 1,49 mg/dl (normal bis 1,2 mg/dl) nachgewiesen worden.

Ungeachtet der anamnestischen Divergenzen zur Häufigkeit der täglichen Stuhlgänge und dem Auftreten gelegentlicher nächtlicher Inkontinenz ist das (Fort)bestehen einer Colitis ulcerosa mit schweren Auswirkungen i. S. d. Teil B Ziff 10.2.2 VMG beim Kläger ohnehin angesichts des guten Allgemeinzustandes bei gesteigerter körperlicher Aktivität (Befundbericht Prof. Dr. L. vom 28.06.2017) und tadellosem Kräfte- und Ernährungszustand auszuschließen.

Ob die in Ziffer 10.2.2 VMG genannten Regelbeispiele alternativ oder kumulativ vorliegen müssen wird zwar unterschiedlich beurteilt (ausdrücklich für ein alternatives Verständnis Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 25. Mai 2005 - L 6 SB 55/04 -, juris, Rn 37; für ein kumulatives Verständnis wohl Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 29. Juni 2010 - L 7 SB 8/05 -, juris, Rn. 63). Während "anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden" (Bauchkrämpfe o. ä.) abseits der Durchfallproblematik vorliegend nicht erkennbar sind, Prof. Dr. Kroesen vielmehr berichtet, es bestünden keine Diarrhoen und keine krampfartigen Bauchschmerzen mehr

(Befundbericht vom 28.06.2017), werden "häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle" regelhaft nicht ohne Auswirkungen auf den Kräfte- und Ernährungszustand bleiben (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13. Juni 2014 – L 13 SB 371/13 –, Rn. 22, juris). Dass dessen "erhebliche Beeinträchtigung" oder aber vergleichbare finale Auswirkungen für die Bewertung der Colitis ulcerosa mit einem GdB von 50 notwendig ist, zeigt auch der Binnenvergleich in Ziffer 10.2.2 VMG mit "allgemeinen" chronischen Darmstörungen, bei der die erhebliche Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes erst einen GdB-Rahmen von 40-50 eröffnet (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13. Juni 2014 – L 13 SB 371/13 –, Rn. 25, juris). Entsprechendes gilt im Rahmen der Funktionsstörung der Atmung etwa bei Schluckstörungen (Ziffer 7.7: bei zusätzlich häufiger Aspiration GdB 50-70). In einer vom Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen eingeholten Stellungnahme des BMAS hat dieses als Verordnungsgeber entsprechend mitgeteilt, die Beispiele zur Feststellung einer Colitis ulcerosa mit schweren Auswirkungen seien einerseits nicht abschließend, andererseits empfohlen zu prüfen, ob trotz häufiger Durchfälle keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes vorliege (vgl. LSG NRW a.a.O.; vgl. zum Maßstab auch SG Aachen, Urteil vom 11. Oktober 2016 – S 12 VG 20/14 –, Rn. 47, juris).

Bei dem Kläger liegt bzw. lag im Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung überhaupt keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes mehr vor. Der Eindruck des Sachverständigen Dr. F. eines altersentsprechenden Aussehens und Allgemeinzustandes des Klägers hat sich der Kammer im Rahmen der mündlichen Verhandlung bestätigt. Bei einer Körpergröße von 1,73 Meter hat der Sachverständige ein Körpergewicht von 78 kg festgestellt. Es bestehe ein Übergewicht von 5 kg nach Broca bei einem BMI von 26,5 kg/qm. Eine nach der operativen Versorgung fortbestehende Einschränkung des Kräftezustandes ist nicht festzustellen. Im Belastungs – EKG beim Sachverständigen konnte der Kläger in der Sitzendfahrradergometerbelastung vielmehr bis zu einer Stufe von 2 Minuten bei 125 W subjektiv beschwerdefrei, ausgehend von einem Ruheblutdruckwert von 105/75 mmHg mit einem maximalen Blutdruckanstieg auf 150/79 mmHg und einer maximalen Herzfrequenz von 92/Minute belastet werden. Nach einer Steigerung auf 150 W wurde das EKG wegen peripherer Ermüdung abgebrochen. Nach erfolgter Wiedereingliederung ist der Kläger zudem in der Lage als gelernter Maschinenschlosser in der Funktion eines Abteilungsleiters in einer Maschinen-Firma vollschichtig erwerbstätig zu sein.

Vor diesem Hintergrund sind die Einschätzungen Prof. Dr. L. und Herrn I., es liege eine Colitis ulcerosa mit schweren Auswirkungen vor, unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht haltbar.

Angesichts des Teilanerkenntnisses der Beklagten kann letztlich dahinstehen, ob der in Analogie zur Darmneoblase anzusetzende GdB von 30 für den typischen Zustand nach totaler Kolektomie mit Erhalt des Sphinkters und Pouchbildung durch einen durchfallbedingten analen Reizzustand mit zeitweiligen Kontinenzproblemen, der Ansicht des Sachverständigen folgend,die Anhebung des GdB für die Funktionsstörung der Verdauung auf 40 rechtfertigt, wobei nochmals auf gewisse Inkonsistenzen in den anamnestischen Angaben zur Inkontinenz hinzuweisen ist. Ohnehin ist eine Afterschließmuskelschwäche mit seltenen, nur unter besonderen Belastungen auftretendem, unwillkürlichem Stuhlabgang – mit der ein gelegentlicher und mäßiger unwillkürlicher nächtlicher Stuhlabgang bei voller Tagkontinenz gleichzusetzen wäre –nach Ziffer 10.2.4 VMG lediglich mit einem Einzel – GdB von 10 zu bewerten. Der Vergleich des Sachverständigen einer leicht mazerierten Analschleimhaut mit einer kleinen Mariske als Ausdruck eines Dauerreizzustandes mit häufigen rezidivierenden Entzündungen, Thrombosierungen oder stärkeren Blutungen (GdB 20, vgl. Ziffer 10.2.4 VMG) und die damit verbundene Anhebung des GdB auf 40 lässt sich auch nach Auffassung der Kammer aber – im Sinne einer großzügigen Bewertung - noch nachvollziehen.

2. Im Vergleich zur Feststellung (eines GdB von 50) mit Bescheid vom 27.10.2014 ist eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse i. S. d. § 48 Abs. 1 SGB X eingetreten, weil die Funktionsstörung des Darmes des Klägers in Form einer therapierefraktären Pancolitis ulcerosa mit erheblicher entzündlicher Aktivität und Eisenmangelanämie vor den beschriebenen (vgl. 1.) operativen Interventionen die Feststellung eines höheren GdB als 40 rechtfertigte. Seinerzeit hatte die Erkrankung schwere Auswirkungen i. S. d. Ziffer 10.2.2. VMG. Zwar finden sich in der Aktenlage zur Feststellung vom 27.10.2017 keine Einträge zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Ernährungszustandes bzw. gegenteilige Mitteilungen, jedoch wird eine deutliche Reduzierung des Kräfte- und Allgemeinzustandes deutlich. Die Auswirkungen auf die Teilhabe durch die rezidivierend schweren Darmentzündungen entsprachen ohne Zweifel jenen schwerer Auswirkungen i. S. d. Ziffer 10.2.2 VMG.

Zwischen Juni 2014 und Januar 2015 waren mehrere stationäre Krankenhausaufenthalte und letztlich infolge der Therapieresistenz die im Januar 2015 durchgeführte Proktokolektomie notwendig, deren zweifelsfreie Indikation bereits auf einen schweren Verlauf der Colitis ulcerosa hinweist (vgl. Nieder/Losch/Thomann, Kommentar zur Versorgungsmedizin-Verordnung, 2012, S. 158). In der Zeit vom Auftreten der Beschwerden und der Erstdiagnose im März 2014 war der Kläger infolge der Colitis ulcerosa durchgehend arbeitsunfähig. Erst im Oktober 2014 konnte eine Wiedereingliederung mit einer täglichen Arbeitszeit von 3 Stunden erfolgen.

Die zwischenzeitlichen Besserungen der Klinik unter medikamentösen Therapieversuchen (vgl. zuletzt Arztbrief des I-K-Krankenhauses F. vom 08.12.2014) waren nur von kurzer Dauer, so dass der Kläger noch kurz nach der Feststellung des Beklagten von Ende Oktober 2014, Anfang Januar 2015, erneut wegen einer Zunahme der Diarrhoen mit täglich etwa 15 blutigen Stühlen bei Auftreten erheblicher Bauchschmerzen stationär aufgenommen werden musste. Der Allgemeinzustand war bei blassem Hautkolorit und blassen Schleimhäuten reduziert. Das Abdomen war meteoristisch gebläht und es bestand ein Druckschmerz über den vier Quadranten. Die regelmäßige Applikation von Adalimumab hatte keine wesentliche Besserung gebracht. In einer Koloskopie vom 05.01.2015 zeigte sich weiherhin eine ausgeprägte Pancolitis ulcerosa mit hoher entzündlicher Aktivität. Zusammenfassend bestand nach dem Arztbrief des I-K-Krankenhauses vom 06.01.2015 die Indikation zur Proktokolektomie. Die Colitis ulcerosa sei dauerhaft entzündlich aktiv. Eine Therapie mit Steroiden und Infliximab (siehe hierzu die S3 Leitlinie Colitis Ulcerosa, Stand Mai 2018, S. 66) habe keine Besserung erbracht. Ein Wechsel auf Adalimumab (indiziert bei mittelschwerer und schwerer Colitis ulcerosa) sei ebenfalls erfolglos geblieben. Azathioprin sei durch den Kläger nicht vertragen worden. Es bestehe eine Eisenmangelanämie.

Bei anhaltenden breiigen, zuletzt blutigen Diarrhoen und einem typischen endoskopischen Befund wurde die Erstdiagnose der Pancolitis ulcerosa Anfang Juni 2014 gestellt. Nach Entlassung aus dem I-K-Krankenhauses am 05.06.2014 wurde eine stationäre Aufnahme bereits am 09.06.2014 bei krampfartigen Bauchschmerzen und blutigen Durchfällen erneut notwendig. Der Allgemeinzustand hatte sich in den letzten Tagen deutlich verschlechtert und war bei Aufnahme deutlich reduziert (Arztbrief vom 27.06.2014). Damals bestand eine bakterielle Superinfektion. Eine klinische Remission konnte trotz Prednisolon- Stoßtherapie und Antibiose nicht erreicht werden. Entlassen wurde der Kläger zwar zunächst in deutlich gebessertem Allgemeinzustand.

Bereits im Juli 2014 erfolgte jedoch eine erneute stationäre Aufnahme (Arztbrief vom 11.07.2014) bei persistierendem Aspekt von krampfartigen Bauchschmerzen sowie breiig-schleimigen Stühlen. Es bestand im körperlichen Untersuchungsbefund ein noch reduzierter Allgemeinzustand bei blassem Hautkolorit und regelrecht perfundierten (durchbluteten) Schleimhäuten. Eine bakterielle Superinfektion konnte diesmal mittels ausgedehnter Stuhlanalytik ausgeschlossen werden, korrespondierend wiesen auch die Infekt anzeigenden Laborparameter keine Veränderungen nach. Man entschloss sich zur Infliximab-Therapie. Es wurde eine Fortsetzung der Therapie in 14 Tagen vereinbart.

Insofern erfolgte eine erneute stationäre Behandlung noch im Juli 2014 (Arztbrief des I-K-Krankenhauses vom 24.07.2014). Dort bestand anamnestisch eine Diarrhoe mit einer Frequenz von bis zu zehn Stuhlgängen täglich. Zunächst erschien es hier, als toleriere der Kläger die Therapie mit Remicade problemlos und könne der Allgemein- und Ernährungszustand normalisiert werden.

Im August 2014 erfolgte daher die Wiedervorstellung zur Fortsetzung der Infliximab- Behandlung. Unter der Therapie sei Dyspnoe und Hitzegefühl aufgetreten. Der Symptomatik sei mit Applikation von Prednisolon H 1 und H2 Block an begegnet worden. Hiernach seien die Beschwerden rasch rückläufig gewesen, so dass die Applikation der Substanzen habe fortgesetzt werden können (Arztbrief des I-K-Krankenhauses vom 21.08.2014).

In einem weiteren Arztbrief aus dem I-K-Krankenhaus F. vom 01.10.2014 anlässlich einer Ileocoloskopie vom 30.09.2014 wurde jedoch eine ausgeprägte Pancolitis ulcerosa mit hoher entzündlicher Aktivität der Schleimhaut im gesamten Colon (in der Koloskopie zeigte sich eine kontinuierliche ödematöse Schwellung der Schleimhaut im Coecum, Colon ascendens, Colon transversum, Colon descendens, Sigma und Rektum mit deutlicher Neigung der Oberfläche zur Kontaktblutung. Es fanden sich zahlreiche Fibrinauflagerungen und entzündliche Exsudate, keine Fistelungen oder tumorsuspekte Veränderungen) dokumentiert. Eine wesentliche Befundbesserung sei, verglichen zu den Voruntersuchungen, unter der intensiven medikamentösen Therapie nicht eingetreten. Diese könne zwar noch eskaliert werden. Unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufes und der aktuell erhobenen endoskopischen Befunde müsse jedoch auch eine Proktokolektomie in Betracht gezogen werden. Vor einer Therapieentscheidung solle noch das Ergebnis einer histologischen Untersuchung abgewartet werden, über die sodann mit Arztbrief vom 10.10.2014 berichtet wurde. Histologisch habe sich eine Proktokolitis ulcerosa, aktuell in einer stark aktiven Phase, gezeigt. Es wurde eine Eskalation der medikamentösen Therapie auf täglich 150 mg Azathioprin bei Fortsetzung der Behandlung mit Remicade empfohlen, gleichwohlkonnte – wie bereits dargelegt – keine Remission erreicht werden, sondern es kam gegenteilig zu einer weiteren Verschlechterung im Januar 2015 auf die die Dickdarmentfernung folgte.

B. Über den zunächst schriftlich gestellten Antrag nach § 109 Abs. 1 SGG des Bevollmächtigten des Kläger, dem die Kammer zunächst wegen verspäteter Einzahlung des angeforderten Kostenvorschusses nicht nachgekommen ist (vgl. § § 109 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 SGG, Kühl in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 109, Rn. 13) muss letztlich nicht entschieden werden, weil der Antrag in der mündlichen Verhandlung nicht weiter verfolgt worden ist (vgl. BSG, Beschluss vom 08. Mai 2018 – B 1 KR 3/18 B –, Rn. 5, juris, m.w. Nachw.; BSG, Beschluss vom 14. Juni 2005 – B 1 KR 38/04 B –, Rn. 5, juris).

C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und bildet die Quote des klägerischen Obsiegens nach dem Teilanerkenntnis des Beklagten insofern ab, als die Kammer in ständiger Rechtsprechung den Zehnergrad des GdB von 40 zu 50 wegen der besonderen Rechtswirkungen der Feststellung einer Schwerbehinderung doppelt berücksichtigt.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2018-06-08