

L 7 SB 83/15

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 9 SB 261/13
Datum
15.06.2015
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 83/15
Datum
18.05.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 SB 29/20 B
Datum
27.11.2020
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 30 ab dem 15. April 1996.

Der am ... 1970 geborene Kläger beantragte rückwirkend ab dem 15. April 1996 am 30. Mai 2012 die Feststellung von Behinderungen aufgrund einer Erkrankung an Morbus Crohn. Er machte geltend, aufgrund dieser Diagnose sei er nach Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens mit Verfügung des Landeskriminalamtes Sachsen-Anhalt vom 23. Mai 1996 aus dem Beamtenverhältnis entlassen worden. Durch die rückwirkende Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft möchte er ein Wiederaufgreifen des Verfahrens erreichen. In den von ihm geführten verwaltungsgerichtlichen Verfahren seien das Verwaltungsgericht M. und das Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt zu dem Ergebnis gekommen, dass es keiner weiteren Ermittlungen über das Vorliegen der Erkrankung bedürfe. Das amtsärztliche Gutachten sei daher nicht in Frage zu stellen.

Mit Bescheid vom 17. Oktober 2012 lehnte der Beklagte die Feststellung von Behinderungen ab, da keine konkreten Befunde hätten beigezogen werden können. Dagegen legte der Kläger am 22. Oktober 2012 Widerspruch ein.

Der Beklagte zog daraufhin vom polizeiärztlichen Zentrum medizinische Unterlagen über den Kläger bei. Nach dem Bericht von Dr. S. vom 29. März 1996 sei computertomografisch am ehesten von einer Enteritis regionalis Crohn im terminalen Ileum auszugehen. Unter dem 1. April 1996 berichtete der Facharzt für Radiologie Dr. F., dass der Röntgenbefund einen ausgeprägten Morbus Crohn von Ileum und Colon mit teilweisen Verwachsungen und Verklebungen zeige. Die Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie Dr. U. diagnostizierte am 10. April 1996 einen Morbus Crohn und schilderte, dass es dem Kläger subjektiv gut gehe. Er fühle sich voll leistungsfähig und befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Durchfälle habe er nicht mehr angegeben. Nur gelegentlich bestehe ein Druckgefühl am Nabel. Nach anamnestischen Angaben müsse der Beginn der Erkrankung im November 1994 gesehen werden. Die pathologischen Laborwerte seien als Aktivitätszeichen zu werten.

In einem polizeiärztlichen Gutachten gab die Fachärztin für Innere Medizin Dr. M. unter dem 19. April 1996 an, dass der Kläger sich in einem ausreichenden Allgemein- und Ernährungszustand befinde. Bei einer Größe von 1,75 m habe er 73,5 kg gewogen. Dr. M. diagnostizierte einen ausgeprägten Morbus Crohn von Ileum und Colon mit Aktivitätszeichen. Teilweise Verwachsungen und Verklebungen seine als Komplikationen zu werten. Dr. M. zitierte einen Arztbrief von Dr. S. vom 28. März 1995, wonach die rezidivierenden, insbesondere morgentlichen Durchfälle mit der Verordnung von Medikamenten behandelt worden seien. Abdominelle Schmerzzustände habe der Kläger ab dem 6. Februar 1995 nach Ende der Therapie nicht mehr angegeben.

In einer Begründung zum polizeiärztlichen Gutachten führte Dr. M. am 22. Mai 1996 aus: Sie habe auf Veranlassung des Landeskriminalamts im November 1994 mit der polizeiärztlichen Untersuchung des Klägers vor Beendigung der Probezeit begonnen. Dabei seien krankhafte Laborbefunde aufgefallen. Sie habe dem Kläger eine Frist zur Abklärung gesetzt. Nach Ablauf der Frist habe er mitgeteilt, es gehe ihm gut. Eine weitere internistische Abklärung habe er nicht vornehmen lassen. Er befinde sich wegen anderer Symptome in ärztlicher Betreuung

und nehme Medikamente ein. Sie habe dagegen unverändert krankhafte Laborbefunde mit eindeutiger Verschlechterungstendenz festgestellt, die auf einen chronischen Entzündungsprozess oder auf ein immunologisches Geschehen hindeuteten. Sie habe den Kläger auf die Notwendigkeit einer weiteren diagnostischen Abklärung hingewiesen. Diese habe er wegen Wohlbefindens abgelehnt. Er sei jedoch bereit gewesen, sich einer erneuten ambulanten internistischen Abklärung zu unterziehen. Im Ergebnis dieser Untersuchungen sei im April 1996 eine chronisch entzündliche Darmerkrankung mit Komplikationen und Aktivitätszeichen festgestellt worden. Im Hinblick auf die Polizeidienstfähigkeit gehe sie davon aus, dass eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung vorliege, bei der eine Kausaltherapie und Heilung derzeit nicht möglich seien. Die Befundentwicklung der letzten zwei Jahre zeige ein Fortschreiten der Erkrankung. Die wiederholt nachgewiesenen krankhaften Laborbefunde seien als Aktivitätszeichen der Darmerkrankung zu bewerten. Bildgebende Untersuchungen ließen bereits Komplikationen im Bereich des Dünndarms erkennen. Den Anforderungen an Polizeibeamte genüge der Kläger aufgrund der chronischen Darmerkrankung nicht mehr. Es sei künftig mit häufigeren Dienstausschlägen sowie mit einer vorzeitigen Zur-Ruhe-Setzung zu rechnen. Für eine Tätigkeit im allgemeinen Verwaltungsdienst als Angestellter mit geregelter Tagesablauf und normaler Arbeitszeit sei er weiterhin geeignet.

In einer weiteren Stellungnahme gab Dr. M. unter dem 25. Oktober 1996 an, die chronische Darmerkrankung verlaufe in akuten Schüben mit symptomfreien Intervallen. Deshalb schlossen die negativen Stuhlbefunde vom 8., 9. und 10. März 1996 das Vorliegen einer chronischen Darmerkrankung nicht aus. Es sei nicht Anliegen ihrer polizeiärztlichen Stellungnahme gewesen, unauffällige medizinische Befunde zu erwähnen.

In Auswertung dieser Unterlagen führte Dipl.-Med. K. in einer versorgungsärztlichen Stellungnahme aus, die entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn) sei mit einem GdB von 10 zu bewerten. Mehrfach sei bei dem Kläger ein guter bzw. ausreichender Allgemein- und Ernährungszustand festgestellt worden. Im April 1996 habe er ein subjektives Wohlbefinden, keine Durchfälle und eine volle Leistungsfähigkeit angegeben. Der Morbus Crohn habe zum damaligen Zeitpunkt geringe Auswirkungen ohne Beeinträchtigungen des Kräfte- und Ernährungszustands gezeigt. Dem folgend wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. Juni 2013 den Widerspruch des Klägers zurück.

Dagegen hat der Kläger am 30. Juli 2013 Klage beim Sozialgericht (SG) M. erhoben und sich auf das Gutachten von Dr. M. gestützt.

Mit Urteil vom 15. Juni 2015 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Für die Erkrankung an Morbus Crohn sei kein GdB von mindestens 20 zu vergeben. Der Kläger habe keine Beschwerden aufgrund der Erkrankung. In der mündlichen Verhandlung habe das Gericht keine Beeinträchtigung des Kräfte- oder Ernährungszustands erkennen können. Auch für die Vergangenheit seien keine mindestens mittelschweren Auswirkungen festzustellen. Dies ergebe sich aus dem polizeiärztlichen Gutachten vom April 1996. Der Allgemein- und Ernährungszustand sei damals ausreichend gewesen. Ein Arztbrief vom März 1995 werde mit der Angabe des Klägers zitiert, er habe bei Abschluss der Behandlungen Beschwerdefreiheit angegeben. Auch der Polizeiarztin gegenüber habe der Kläger im Dezember 1995 erklärt, dass es ihm gut gehe und er keine Beschwerden habe. Die negative polizeiärztliche Prognose sei nicht im Rahmen des Schwerbehindertenrechts zu berücksichtigen.

Gegen das ihm am 24. Juni 2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22. Juli 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Er hat die Auffassung vertreten, die Entlassung aus dem Beamtenverhältnis sei aufgrund des von Dr. M. als dramatisch bewerteten Gesundheitszustands erfolgt. Die damit verbundene gravierende Auswirkung auf seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft rechtfertige einen GdB von mindestens 30.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 15. Juni 2015 aufzuheben;

den Bescheid des Beklagten vom 17. Oktober 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Juni 2013 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, für den Kläger ab 15. April 1996 einen Grad der Behinderung um mindestens 30 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Am 21. Oktober 2016 hat ein Erörterungstermin stattgefunden. In diesem hat der Kläger berichtet, dass er von 1996 bis 1999 wegen der Erkrankung an Morbus Crohn in Behandlung gewesen sei. In dieser Zeit sei er bis auf 44 kg abgemagert. Seit 1999 werde die Erkrankung nicht mehr behandelt. Seit 2002 wiege er ca. 80 kg. Er habe ab und zu Durchfälle, wisse aber nicht, ob diese Folgen der Morbus Crohn-Erkrankung oder eine Nahrungsunverträglichkeit seien.

Der Senat hat zunächst Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. F. hat am 9. Juli 2018 mitgeteilt, die Behandlungskartei des Klägers sei nicht mehr vorhanden. Im Computer noch erfasste Einträge hätten am 4. März 1996 (Behandlung wegen Haarausfall) begonnen. Unter dem 23. April, 29. April, 31. Juli und 10. September 1996 war die Diagnose einer psychischen Dekompensation nach Arbeitsplatzverlust angegeben. Unter dem 12. November 1996 waren die Diagnose Pharyngitis (Entzündung im Rachenbereich) und Behandlungen aufgrund dieser Erkrankung vermerkt. Weitere Aufzeichnungen waren nach Angaben der Ärztin nicht vorhanden, da die zehnjährige Aufbewahrungsfrist abgelaufen sei. Der Facharzt für Innere Medizin Dipl.-Med. S. hat am 10. Juli 2018 berichtet, der Kläger sei nur bis April 1995 Patient in der Praxis gewesen. Die Unterlagen seien nach den geltenden Vorschriften vernichtet worden.

Mit Schreiben vom 24. Oktober 2018 hat der Kläger eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mitgeteilt und einen Arztbrief des Klinikums M. über einen stationären Aufenthalt vom 15. Juli bis 6. September 2018 vorgelegt. Unter dem 5. September 2018 berichtete Assistenzarzt Walter, der Kläger sei über die Notfallambulanz vorstellig geworden. Der Arzt diagnostizierte einen Morbus Crohn mit kotiger Peritonitis (Bauchfellentzündung) bei Dünndarmperforation, Kurzdarmsyndrom, Pneumonie und Langzeitbeatmung. Am 22. August 2018 sei eine Port-Implantation erfolgt. Der Kläger sei bei unauffälligen abdominalen Verhältnissen und in einem deutlich

gebesserten Allgemeinzustand entlassen worden.

Am 1. Oktober 2018 beantragte der Kläger ab 29. August 2018 die Neufeststellung des GdB und verwies auf den Entlassungsbrief vom 5. September 2018.

Der Beklagte hat sich mit Schreiben vom 21. November 2018 bereit erklärt, bei dem Kläger ab Juli 2018 einen GdB von 50 aufgrund eines Darmteilverlustes und künstlichen Darmausgangs festzustellen. Der Kläger hat das Vergleichsangebot abgelehnt und vorgetragen, ihm sei vom 15. Juli bis zum 5. September 2018 keinerlei Teilhabe am Leben in der Gesellschaft möglich gewesen. Seit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus bedürfe er einer parenteralen Ernährung.

Mit Bescheid vom 12. Juli 2019 stellte der Beklagte beim Kläger ab 1. Juli 2018 einen GdB von 50 wegen eines Darmteilverlusts und eines künstlichen Darmausgangs fest.

Schließlich hat auf Veranlassung des Senats die Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin und Betriebsmedizin Dr. H. ein Gutachten nach Aktenlage unter dem 5. Juli 2019 erstattet. Die Sachverständige hat ausgeführt, dass das Ausmaß des Morbus Crohn unter retrospektiver Sichtung der vorhandenen Befundberichte nicht so ausgeprägt gewesen sei, dass ein höherer GdB als 10 im April 1996 gerechtfertigt sei. Zu diesem Zeitpunkt hätten nur geringe Auswirkungen und Beschwerden, keine bzw. nur geringe Beeinträchtigungen des Kräfte- und Ernährungszustandes sowie selten Durchfälle vorgelegen. Konkrete Informationen zum Gesundheitszustand für den Zeitraum von 1996 bis 2012 seien nicht dokumentiert. Die Entscheidung zur Eignung im Polizeidienst sei an den Kriterien zur Polizeitauglichkeit zu messen. Daraus seien aber keine Schlussfolgerungen für das Schwerbehindertenrecht zu ziehen, weil andere Bewertungsgrundlagen anzuwenden seien. Ab Juli 2018 sei das Ausmaß der Komplikationen nach perforiertem Dünndarm mit einem Entzündungsschub der chronisch entzündlichen Darmerkrankung mit einem künstlichen Darmausgang und der Notwendigkeit zur Fortführung einer parenteralen Ernährung nach Entlassung aus der Klinik mit einem GdB von 60 zu bewerten. Der GdB von 60 berücksichtige die schweren Auswirkungen der Enteritis mit erheblicher Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands. Anhaltende und häufige erhebliche Beschwerden seien aufgrund des intraoperativ festgestellten Verwachsungsbauches zu vermuten, auch häufige Durchfälle des verbliebenen restlichen Dünndarms. Zu berücksichtigen sei auch ein Kurzdarmsyndrom. Eine ausgeprägte Anämie sei bis zu Entlassung aus dem Krankenhaus nicht nachweisbar, sodass für das Funktionssystem Verdauungsorgane im April 1996 ein GdB von 10 und ab Juli 2018 von 60 gerechtfertigt sei. Weitere Gesundheitsstörungen seien nicht zu berücksichtigen. Die Ausführungen und Einschätzungen des versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten seien insgesamt nachvollziehbar.

Der Beklagte hat daraufhin vorgeschlagen, beim Kläger ab Juli 2018 einen GdB von 60 festzustellen. Der Kläger hat diesen Vorschlag nicht angenommen und vorgetragen: Da der Vorschlag auf dem Gutachten von Dr. H. basiere, sei keinerlei Nachgeben des Beklagten im Vergleichswege erkennbar. Außerdem komme es ihm auf die rückwirkende Feststellung des GdB von 30 ab 15. April 1996 an. Das Gutachten weise erhebliche Fehler auf. Er habe zum damaligen Zeitpunkt gerade keinen guten Ernährungszustand aufgewiesen. Vielmehr habe er im großen Umfang an Gewicht verloren (von 75 kg auf 44 kg). Er sei am 31. März 1999 durch Dr. F. in das nicht mehr existente Altstadt Krankenhaus M. eingewiesen worden, wo eine erste Dünndarmteilresektion erfolgt sei. Wo sich die Unterlagen des vor ca. 20 Jahren verstorbenen Dr. F. und des Altstadt Krankenhauses befinden, sei ihm nicht bekannt. Auch verkenne das Gutachten, dass ihm vom 15. Juli 2018 bis 5. September 2018 keine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft möglich gewesen sei.

Dr. H. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 10. September 2019 ausgeführt: Die begehrte Anerkennung eines GdB von 30 ab 1996 sei medizinisch nicht zu begründen. Der Kläger versuche, mit dem Gewichtsverlust von 75 kg auf 44 kg zu suggerieren, dass es sich um einen überdauernden Zustand gehandelt habe. Dabei habe er die anderen Tatsachen außer Acht gelassen. Der Kläger habe u.a. im Dezember 1995 mitgeteilt, dass er wegen Wohlbefindens und Gewichtszunahme auf 70 kg keine Diagnostik veranlasst habe. Auch nach dem hämatologischen Bericht vom April 1996 habe der Kläger Durchfall verneint. Er habe nur gelegentlichen Druck im Nabelbereich angegeben, sich ansonsten aber wohl und voll leistungsfähig gefühlt. Auch im Antragsformular für die Feststellung des GdB vom Mai 2012 habe der Kläger keine weiteren Klinikaufenthalte und auch keine Reha-Maßnahme mitgeteilt. Der stationäre Aufenthalt im Jahr 1999 sei erst mit dem Klinikbericht 2018 bekannt geworden. Es könne daher nur vermutet werden, dass der Eingriff ihn nicht überdauernd beeinträchtigt habe. Sofern der Kläger angegeben habe, die Polizeiarztin habe den Gesundheitszustand als dramatisch bewertet, handele es sich um seine eigene Interpretation. Ein dramatischer Gesundheitszustand sei aus den Befunden nicht abzuleiten und auch nie so formuliert worden. So habe die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. F. Behandlungen wegen Rachenentzündungen und einer psychischen Dekompensation mitgeteilt. Der Internist habe über die letztmalige Konsultation im April 1995 sowie über Konsultationen im März und Dezember 1994 wegen Bronchitis sowie im Februar 1995 wegen Lungenbeschwerden, Sodbrennen und Durchfall berichtet. Der Klinikaufenthalt im Jahre 1999 beweise gleichermaßen einen nur vorübergehenden Zustand. Danach erfolgten die Konsultationen nach den Arztberichten nur sporadisch und teils auch nicht wegen der chronischen Darmerkrankung. Seit 1999 habe der Kläger keine Medikamente mehr eingenommen. Es sei auch keine spezifische Behandlung notwendig gewesen, obwohl schon seit 1996 Verklebungen und Verwachsungen im Bauchraum bekannt gewesen seien. Seit 2002 habe sich der Kläger sportlich konditioniert und durchschnittlich 80 kg gewogen. Der Kläger widerlege mit seinen eigenen Ausführungen, dass er ab April 1996 zum Kreis der den Schwerbehinderten Gleichgestellten gehört habe. Relevante Einschränkungen bestünden erst seit Juli 2018. Eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sei zwangsläufig bei längerem Krankenhausaufenthalt eingeschränkt, rechtfertige aber keine höhere Bewertung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2019 hat der Beklagte den Bescheid vom 12. Juli 1999 abgeändert und beim Kläger ab 1. Juli 2018 einen GdB von 60 festgestellt.

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2019 hat der Kläger vorgetragen: Die Gutachterin verkenne, dass seit Feststellung der Polizeidienstuntauglichkeit seine damaligen Angaben zu seinem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand von den Polizeiarzten und auch im Verwaltungsprozess stets in Abrede gestellt worden seien. Auch habe er nach Bekanntgabe der Diagnose Morbus Crohn im Jahr 1996 keine Kenntnis davon gehabt, dass diese Erkrankung zur Feststellung einer Schwerbehinderung führen könne.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch die Berichterstatterin einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstands wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der

Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin entscheiden, weil die Beteiligten sich damit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2](#), [§ 155 Abs. 3](#), 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die Berufung hat keinen Erfolg. Sie ist zwar zulässig. Insbesondere ist sie gemäß [§ 143 SGG](#) statthaft und auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)). Sie ist jedoch begründet.

Die vom Kläger erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1](#), [§ 56 SGG](#)) ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Sie ist aber unbegründet. Der Kläger hat ab Juli 2018 einen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 60. Diese Feststellung hat der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2019 bereits getroffen. Für den Zeitraum vom 15. April 1996 bis zum 30. Juni 2018 ist kein GdB von mindestens 20 festzustellen.

Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist seit 1. Januar 2018 [§ 152 Abs. 1](#) und 3 des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs – Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), zuvor [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX in der jeweils geltenden Fassung. Nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) (zuvor [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) a.F.) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest.

Diese Regelung knüpft materiell-rechtlich an den in [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) bestimmten Begriff der Behinderung an. Nach der seit dem 1. Januar 2018 anzuwendenden Fassung des [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen solche, 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 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Fassung dieser Vorschrift 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 [§ 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) (zuvor [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) bzw. Satz 5 SGB IX a.F.) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) (zuvor [§ 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.

Zwar muss der Kläger für die rückwirkende Feststellung des GdB ab 15. April 1996 ein besonderes Interesse glaubhaft machen. Das Erfordernis eines über das allgemeine Rechtsschutzbedürfnis hinausgehenden besonderen Interesses für eine rückwirkende Feststellung ist mit Wirkung zum 30. Dezember 2016 in [§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) a.F. bzw. in [§ 152 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) aufgenommen worden. Damit hat der Gesetzgeber aber nur die in der Rechtsprechung bereits zuvor anerkannten Grundsätze kodifiziert (Goebel in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 152 Rn. 25 mwN). Hier kann aber dahingestellt bleiben, ob das vom Kläger beabsichtigte Wiederaufgreifen des Verwaltungsverfahrens, das zu seiner Entlassung aus dem Beamtenverhältnis geführt hatte, zur Glaubhaftmachung des besonderen Interesses ausreicht. Denn nach den medizinischen Ermittlungen ist die Klage jedenfalls unbegründet.

Die für diese Feststellung maßgeblichen Grundsätze ergeben sich aus der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV). Deren Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VMG) ist nach § 2 VersMedV Bestandteil dieser Verordnung und ist deshalb der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Die zuvor anzuwendenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" (in den Fassungen 1996 bis 2008) haben für die Bewertung des Morbus Crohn keinen davon abweichenden Maßstab, sodass nachfolgend die aktuelle Fassung der VMG zitiert wird.

Bei der hier streitigen Bemessung des GdB ist die Tabelle zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) der VMG (Teil B) anzuwenden. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B Nr. 1 a) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle die Teilhabe beeinträchtigenden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Teil A Nr. 2 e VMG genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut einschließlich blutbildendes Gewebe und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B Nr. 1 a VMG).

Nach diesem Maßstab ist wegen der Erkrankung des Klägers an Morbus Crohn für die Zeit vom 15. April 1996 bis zum 30. Juni 2018 kein GdB von 20 und für die Zeit ab 1. Juli 2018 kein höherer GdB als 60 festzustellen.

Der Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund des Morbus Crohn sind nach Teil B Nr. 10.2.2 VMG zu bewerten:

Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)

mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, selten Durchfälle)

10- 20

mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle)

30-40

mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle)

50-60

mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie)

70-80

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

Der Senat folgt den Feststellungen der Sachverständigen Dr. H. zu den medizinischen Auswirkungen der Erkrankung. Diese hat überzeugend ausgeführt, dass das Ausmaß des Morbus Crohn unter retrospektiver Sichtung der vorhandenen Befundberichte keinen höheren GdB rechtfertigt.

Die Feststellung des GdB folgt den Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund der nachgewiesenen Funktionsbeeinträchtigungen. Für den Zeitraum vom 15. April 1996 bis 30. Juni 2018 sind keine dauerhaften Funktionseinschränkungen nachgewiesen, die eine höhere Bewertung als mit einem GdB von 10 rechtfertigen.

Im April 1996 waren nach den Feststellungen von Dr. H. die Funktionseinschränkungen so gering, dass zwar der Bewertungsrahmen von 10 bis 20 anzuwenden, aber nicht auszuschöpfen war. Der Kläger selbst hatte im April 1996 Beschwerden und Durchfälle gegenüber der Polizeiarztin Dr. M. verneint. Sein Kräfte- und Ernährungszustand war nach den Feststellungen der Ärztin nicht beeinträchtigt. Die Stuhlproben vom März 1996 waren negativ. Die wegen auffälliger Blutwerte bei Dr. S. im Jahre 1994 begonnene internistische Behandlung hat der Kläger im Jahre 1995 wegen Beschwerdefreiheit nach erfolgter Therapie abgebrochen. Auch die Unterlagen der weiteren behandelnden Ärzte haben – soweit noch vorhanden – keinerlei Funktionseinschränkungen für den April 1996 und die nachfolgenden Monate dokumentiert, die Grundlage für eine Bewertung mit einem höheren GdB als 10 hätten sein können. Insbesondere lässt der Röntgenbefund vom 1. April 1996, mit dem Dr. F. einen ausgeprägten Morbus Crohn von Ileum und Colon mit teilweisen Verwachsungen und Verklebungen festgestellt hatte, keine höhere Bewertung zu. Denn nicht die bildgebenden Befunde sind für die Bewertung des GdB maßgeblich, sondern die mit einer Erkrankung einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen. Auch Dr. M. hat keine Funktionseinschränkungen im April 1996 aufgezeigt. Schließlich ist aus ihrer Prognose für die weitere Verwendung im Polizeidienst kein Rückschluss auf die Bewertung des GdB zu ziehen. Denn Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, können bei der Feststellung des GdB nicht berücksichtigt werden (Teil A Nr. 2h VMG).

Eine höhere Bewertung lässt sich auch nicht für die Folgezeit bis zum 30. Juni 2018 begründen. Dauerhafte, also mindestens sechs Monate anhaltende, GdB-relevante Beschwerden aufgrund des Morbus Crohn sind nicht dokumentiert. Regelmäßige Behandlungen aufgrund der Erkrankung sind bis zum Jahre 2018 nicht erfolgt, sodass keine weitere Sachaufklärung möglich war. Der Kläger hat weder bei seinem erstmaligen Antrag auf Feststellung des GdB im Jahre 2012 noch während des weiteren Verfahrens ärztliche Behandlungen angegeben. Er hat im Erörterungstermin im Oktober 2016 mitgeteilt, dass er sich nicht in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinde. Er hat weder den Krankenhausaufenthalt im Jahre 1999 erwähnt, noch seitdem bestehende Funktionseinschränkungen geschildert. Daher rechtfertigt auch nicht der Klinikaufenthalt im Jahre 1999 die Annahme eines GdB, denn insoweit ist von einem akuten Behandlungsleiden auszugehen. Auch waren bis zum Jahre 2018 keine dauerhaften Auswirkungen auf den Ernährungs- und Kräftezustand des Klägers feststellbar. Im Erörterungstermin im Jahre 2016 hat er über ein konstantes Gewicht von 80 kg seit dem Jahre 2002 berichtet. Bei Aufnahme im Krankenhaus im Jahre 2018 hat sein Gewicht 85 kg betragen, sodass auch für die Folgezeit keine Beeinträchtigungen des Kräfte- und Ernährungszustands nachgewiesen sind. Der akute Gewichtsverlust auf 44 kg kann damit nicht als dauerhafte Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands bewertet werden.

Für den Zeitraum ab dem 1. Juli 2018 hat der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25. Oktober 2019 beim Kläger einen GdB von 60 - wie von Dr. H. vorgeschlagen - festgestellt. Unter Zugrundelegung des oben dargelegten Maßstabs ist diese Bewertung rechtmäßig. Der GdB von 60 für den Morbus Crohn entspricht dem Ausmaß einer schweren Erkrankung, wobei der Bewertungsrahmen von 50 bis 60 auszuschöpfen ist. Dr. H. hat überzeugend dargelegt, dass der perforierte Dünndarm als Komplikation eines Entzündungsschubs der chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu sehen ist. Bei der Feststellung des GdB sind als weitere Komplikationen der künstliche Darmausgang und die Notwendigkeit zur Fortführung einer parenteralen Ernährung sowie die Auswirkungen auf den Kräfte- und Ernährungszustand zu berücksichtigen. Für einen GdB von 60 spricht schließlich, dass ein künstlicher Darmausgang nach Teil B Nr. 10.2.4 VMG mit einem GdB von 50 zu bewerten ist, der Kläger aber darüber hinaus unter Auswirkungen auf seinen Kräfte- und Ernährungszustand leidet.

Eine höhere Bewertung als mit einem GdB von 60 lässt sich unter Zugrundelegung der VMG nicht begründen, denn schwerste Auswirkungen des Morbus Crohn - wie nach dem oben dargelegten Maßstab vorausgesetzt - sind medizinisch nicht nachgewiesen. Dr. H. hat nachvollziehbar gegen eine Bewertung als "schwerste Auswirkung" angeführt, dass eine ausgeprägte Anämie zu keinem Zeitpunkt feststellbar gewesen sei. Auch das Gewicht des Klägers spricht gegen eine schwerste Auswirkung der Erkrankung. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im September 2018 hat sein Gewicht 72,8 kg betragen, sodass auch keine schweren Beeinträchtigungen des Kräfte- und Ernährungszustandes vorlagen.

Schließlich kann auch für den Zeitraum des Klinikaufenthalts im Jahre 2018 kein höherer GdB angenommen werden. Denn die Dauer des Krankenhausaufenthalts hat weniger als sechs Monate betragen, sodass der Gesundheitszustand während der Behandlung im Krankenhaus nicht als Behinderung nach [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) zu bewerten ist.

Weitere GdB-relevante Erkrankungen hat der Kläger nicht geltend gemacht. Sie lassen sich auch aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht ableiten. Insbesondere die von Dipl.-Med. F. am 9. Juli 2018 mitgeteilten Diagnosen (Haarausfall, psychische Dekompensation, Pharyngitis) sind nicht mit dauerhaften Teilhabebeeinträchtigungen verbunden, denn Folgebehandlungen sind nicht nachgewiesen. Daher ist bezüglich dieser Erkrankungen lediglich von einem Behandlungsleiden auszugehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beklagte auf die durch Dr. H. nachgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustands durch ein entsprechendes Vergleichsangebot reagiert hat, sodass auch keine Kostenübernahme durch den Beklagten gerechtfertigt ist.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2021-02-10