

Liebe DCCV'ler

dieser Beitrag ist für CED-Betroffene, die einen Antrag auf Schwerbehinderung beim Versorgungsamt stellen möchten.

Es handelt sich um meinen Erfahrungsbericht mit Informationen zum Verfahren, über Internetrecherchen, Gedanken und Anregungen zu dem komplexen Thema. Es ist auch ein sehr persönlicher Bericht. Ich meine aber, es ist an der Zeit, offen die Probleme zur Sprache zu bringen und damit ins Bewußtsein der Mitglieder und der Öffentlichkeit, die sicher viele Betroffene gleichermaßen haben. Dies ist nur ein Weg durch die Thematik. Einiges mag ausschweifend erscheinen, ist aber für das Verständnis wichtig und kann von anderen benutzt werden. Alle sind aufgerufen, weitere Fragen zu stellen, Wissenslücken zu schließen.

Dieser Bericht ist für Erkrankte, deren Beschwerden nicht so gravierend sind, daß sie gleich bei den schwersten Auswirkungen mit einem Grad der Behinderung GdB von 70 – 80 eingestuft werden könnten, auch wenn diese dann vielleicht nur 60 bekommen. **Er ist für die Gratwanderer, für deren Verfahren nur im Klagewege eine Klärung zu erreichen sein wird.** Bei ihnen wird durch die Verwaltung nur einen GdB von 30-40 festgestellt. Grundlage ist die wortgetreue und eventuell auch restriktive Auslegung der Liste für Colitis ulcerosa cu und Morbus Crohn mc in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit AHP /1/. Trotzdem kann aber doch eine Schwerbehinderung mit einem GdB von 50 angemessen sein. Diesen Personen ist die Erkrankung, wie so häufig besonders bei cu, nicht anzusehen, die labortechnische Untersuchung zeigt keine Auffälligkeiten, eine Entzündung ist durch Koloskopie unzweifelhaft bestätigt und die Einschränkungen im gesellschaftlichen Leben sind einschneidend. Im besonderen wende ich mich mit diesem Bericht an Personen, die einen **chronisch aktiven Verlauf einer cu** haben. Der ist nach der AWMF Leitlinie zur Colitis ulcerosa /2/ definitionsgemäß gegeben, wenn der akute Schub durch eine medikamentöse Therapie gebessert, aber keine vollständige Remission erreicht wird. Aber alle Betroffenen finden sicher eine Menge Informationen.

Ich bin männlich, 52 Jahre alt, 1979 wurde nach Darmblutungen eine cu diagnostiziert. Ich hatte keine Bewältigungsprobleme. Es gab die Erleichterung, nicht an Darmkrebs erkrankt zu sein. Das Bewußtsein über die mögliche Tragweite konnte erst mit den angesammelten Informationen wachsen. Das brauchte Zeit. Damit bekam auch die Erkrankung keine Schrecken für mich. Da der Verlauf nicht vorherzusagen ist, wird durch Gewöhnung vieles kleiner.

1. Krankheitsverlauf und Medikation.

Nach einer anfänglichen Proktitis habe ich mittlerweile eine Linksseitencolitis bis 50 cm. Im Frühjahr 1996 hatte ich meinen ersten schweren Schub. Mit dem Ausschleichen aus der Steroidbehandlung habe ich seitdem immer Blut- und Schleimabsonderungen im Darm, also eine permanente Entzündung. Ich hatte mittlerweile mehrere schwere Schübe bei Arbeitsunfähigkeit und auch leichtere, die aber alle mit systemischen Steroiden (auch Kortikoide genannt, z.B. Prednison, systemisches Steroid wirkt über den gesamten Körper) behandelt werden mußten. Neben Claversal oral (Mesalazin) wurden Claversal-Klysmen und Colifoamschaum rektal (topisches Steroid wirkt direkt am Entzündungsort) verabreicht. Der chronisch aktive Verlauf meiner cu wurde durch Koloskopien meines behandelnden Arztes und auch durch einen späteren REHA-Aufenthalt im Herbst 2003 bestätigt. Der zwischenzeitlich eingeleitete Versuch, die Therapie auf Immunsuppressiva umzustellen, mißlang wegen Unverträglichkeit.

2. Subjektiv empfundene Beschwerden.

Ich bekomme Gänsehaut, wenn ich auf die Toilette muß. Durch eine chronische Fissur in der Darmschleimhaut habe ich regelmäßig Schmerzen beim Stuhlgang und in der Folge ein Brennen, dass bei starken Durchfällen lange nachher anhält. Der plötzliche Druck, das Brennen im Unterbauch oder der Schmerz mit anschließender, zeitlich kaum oder gar nicht zu kontrollierender Stuhlentleerung löst mittlerweile in vielen Situationen Angstgefühle aus. Dabei sind der Stuhlentleerung praktisch gleichzusetzen Blähungen, die mit einem gleichen oder ähnlichen Gefühl ins Freie drängen und dabei von mir aufgrund der meist vorhandenen Darmflüssigkeit nur im Liegen abgegeben werden können. Innenstädte, Veranstaltungen, große Menschenansammlungen etc. sind ein Tabu. Öffentliche Verkehrsmittel ebenso. Panik kann selbst in Geschäften aufkommen.

Durch die Colitis ulcerosa muß ich bei Bedarf eine Toilette absolut kurzfristig aufsuchen können. Dies ist aber nur in vertrauter Umgebung und ohne Hindernisse möglich und auch mit diesen Voraussetzungen habe ich es trotzdem schon häufig nicht mehr geschafft. Daher bedeutet es regelmäßig Streß für mich, unter Leute zu kommen und eine Toilette nicht in unmittelbarer Nähe zu wissen, die für mich auch wirklich zugänglich ist. So bekomme ich dann mittlerweile ganz ohne „Notsituation“ ein Krampfgefühl im Unterbauch, kalte Schweißausbrüche und weiche Knie sowie eine allgemeine Unruhe, unter der die Situation durch mich möglichst schnell beendet werden muß. Auch bewußte Bauchatmung verschafft dann nur einen kurzen Zeitaufschub.

Auch wenn ein Schamgefühl in diesen Situationen nur hinderlich und eigentlich unangebracht ist, so wird sich doch niemand davon richtig frei machen können.

In einem Aufsatz der Medizinischen Universität Lübeck /3/, wo die Behandlung von CED-Patienten einen Schwerpunkt bildet, wird ausgeführt, daß chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) zu den körperlich unangenehmsten und seelisch belastendsten Krankheitsbildern überhaupt gehören. Viel zu selten, so Dr. Jantschek, wird in der Praxis nach psychosozialen Aspekten gefragt. Ärzte wissen in diesem Bereich viel zu wenig über und von ihren Patienten. Es wird weiter ausgeführt, daß typische Bewältigungsprobleme bestehen, weil es sich um eine in der Öffentlichkeit tabuisierte Erkrankung handelt, Heilung bei einer chronischen Erkrankung nicht in Sicht ist, ständige Angst vor wiederkehrenden Beschwerden und vor weiteren Verschlimmerungen bis zum Darmkrebs vorhanden ist, Gründe für die Erkrankung in der eigenen Person gesucht werden (persönliches Versagen, Schuld oder Schwäche), Angst vor der Zukunft besteht. Viele Betroffene büßen dabei Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühl ein. Sie werden depressiv, können nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten, verlieren Freunde und Bekannte und grenzen sich letztendlich aus der Gesellschaft aus.

3. Gründe zur Antragstellung

Ich habe im April 2001 beim Landesamt für soziale Dienste LAsD einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt. Zu dieser Zeit war ich 21 Jahre lang Sachverständiger im Umweltschutz. Folgende Gründe waren für mich ausschlaggebend. Durch die geschilderten Beschwerden wurde es für mich immer schwerer, selbst mit dem Auto zur Arbeit zu kommen. Bis 1998 hatte ich den öffentlichen Personennahverkehr ÖPNV benutzt. Ich hatte Probleme, meinen Außendienst mit Ortsbesichtigungen Besprechungen, Messungen, Behördenterminen wahrzunehmen. Meine Arbeitsleistung sank, da ich versuchte, mich diesen Terminen zu entziehen und die Arbeiten auf meine Kollegen zu verschieben. Ich hatte nichts in der Hand, das meine Einschränkungen dokumentierte, das ich meinem Arbeitgeber bei Nachfragen als Begründung hätte liefern können, das mich in meiner Situation vor Forderungen des Arbeitgebers schützen konnte, denen ich nach meinem Empfinden nicht mehr hätte nachkommen können und die wahrscheinlich arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich gezogen hätten. Da hätte ich als anerkannter Schwerbehinderter einen anderen Status. Für mich war nicht der weitergehende Kündigungsschutz wichtig, da ich arbeitsvertraglich gut abgesichert war. Ich wollte eine Möglichkeit erhalten, bei Verständnis des Arbeitgebers, in den Bereichen eingeschränkter zu arbeiten, die mir zunehmend schwerer fielen.

Außerdem wollte ich mir die Möglichkeit erhalten, bei dem ungewissen Krankheitsverlauf mit 60 Jahren in Rente gehen zu können.

4. Das behördliche Verfahren

Ich reichte den Antrag mit Formblättern und einem von mir verfaßten Beiblatt mit Angaben zur Behinderung ein, also zu den Auswirkungen meiner Erkrankung im täglichen Leben. Die Erfahrungen bestimmen, was und wann ich esse, was ich wann mache, was ich nicht mehr mache, wie ich mich speziell vorbereite, um etwas tun zu können, wie ich mich fortbewege, welches gemeinschaftliche und kulturelle Leben ich führen kann, wo ich mich aufhalte, welche Art Urlaub ich mache. Vom LAsD wurden Unterlagen (Koloskopie- und Biopsiebefunde) von meinem behandelnden Arzt angefordert, einem Internisten, der nur auf Darmuntersuchungen spezialisiert ist. Jeder, der einen Antrag auf Schwerbehinderung beim Versorgungsamt stellt, wird umgehend mit den AHP 2004 konfrontiert. Diese werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben. Nach dem erstmaligen Erscheinen im Jahr 1977, gab es eine weitere Auflage 1983. Hier wurde das Punkteschema in der Form verändert (es wurde die ursprüngliche Punktebewertung herabgestuft), wie es heute noch Bestand hat, über die Auflage 1996 hinaus bis zur gültigen Version 2004. Der Text mit der Einteilung der Schwere der Erkrankung und der entsprechenden GdB Punktebewertung für Colitis ulcerosa und Morbus Crohn wurde auch im Bauchredner abgedruckt. Ich möchte schon an dieser Stelle darauf hinweisen, daß es sich hier nur um **eine Liste für zwei Erkrankungen** handelt, die in ihrer Ausprägung, ihrem Verlauf, den Therapiemöglichkeiten und auch in ihren Auswirkungen ganz unterschiedlich sind. Dies wird im weiteren Verlauf noch eine wesentliche Bedeutung bekommen. Die Beschlüsse des Sachverständigenbeirates zu den AHP, der dem Ministerium unterstellt ist und aus Medizinern der Verwaltung besteht, sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Selbst Gerichte taten und tun sich schwer, an die Begründungen für irgendwelche Punkteentscheidungen zu kommen, weil sich die Versorgungsbehörden verweigern (siehe hierzu /9/).

5. Bescheid

Im Feststellungsbescheid wurde ein GdB von 40 festgestellt. Die leidensbedingt üblichen seelischen Begleiterscheinungen oder Schmerzen seien in dem GdB bereits berücksichtigt. Der GdB gäbe die Auswirkungen der Behinderung nach durchschnittlichen Gesichtspunkten und bezogen auf alle Lebensbereiche wieder. Soweit der Text. Die Feststellung des GdB war für mich nicht nachvollziehbar. Es wurden keine Voraussetzungen und Abwägungen genannt, die mich in die Lage versetzen konnten, die Begründung für diese Entscheidung zu verstehen.

6. Widerspruch

Ich legte umgehend Widerspruch ein. Es waren keine zwei Monate vergangen. Ich beschrieb noch mal ausführlicher meine Einschränkungen im täglichen Leben. Nach zwei weiteren Monaten kam der Widerspruchsbescheid. Es blieb bei der Einstufung auf einen GdB von 40. Die Begründung basierte wiederum auf den eingeholten Befundunterlagen meines Arztes. Es gab mehr Text. Die Beurteilung berücksichtige insbesondere die diesem Krankheitsbild eigentümlichen Beschwerden von vermehrt auftretenden drei bis fünfmaligen Stuhlgängen täglich, die rezidivierend auftretenden Durchfälle wie auch die rezidivierenden Entzündungen des Darmes bis 50 cm. Eine erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte – und Ernährungszustandes werde jedoch nicht beschrieben. Auch dieser letzte Satz ist von weitreichender Bedeutung, auf die noch eingegangen wird.

7. Sozialgesetzbuch SGB IX /4/ und Behinderungsbegriff

In §2 ist festgelegt, daß Menschen behindert sind, wenn ihre körperliche Funktion von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Ich war nach diesem Text davon ausgegangen, daß wirklich die Auswirkungen der Erkrankung/Behinderung in allen Lebensbereichen zur Beurteilung des GdB herangezogen werden. Auch Ausführungen in den AHP ließen auf den ersten Blick nichts anderes vermuten. Das Bundessozialgericht BSG schloß sich aber der Begründung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur Einführung des SGB IX an /5/. Mit einer geänderten Formulierung zur Behinderung an Stelle der bisherigen Formulierung im Schwerbehindertengesetz /6/, daß Behinderung die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung ist, sei keine Änderung in der Betrachtungsweise verknüpft. Man hat lediglich in Anlehnung an das „Partizipationsmodell“ in der ICDH2 der Weltgesundheitsorganisation WHO die

Förderung der Teilhabe von behinderten Menschen an der Gesellschaft und insbesondere am Arbeitsleben als Ziel von Sozialleistungen formulieren wollen. Diese Auslegung ist angreifbar. Von der WHO ist sicher ein anderer Weg zur Integration von Behinderten geplant. Seit 2002 gibt es die ICF „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ /7/ als Weiterentwicklung der ICIDH2. Wer sich näher hiermit beschäftigen möchte, dem sei der Kommentar von Welti /8/ empfohlen. Auch die AHP wurden in der Vergangenheit wegen der Rechtmäßigkeit mehrfach angegriffen. Sehr interessant sind hierzu die Ausführungen des Sozialgerichtes Düsseldorf /9/, die aber trotz stichhaltiger Argumentation in den höheren Instanzen /10/ abgekanzelt wurden. Das BSG will die AHP nicht kippen, da sie das einzige vorhandene Gerüst darstellen, um den GdB zu bewerten. Mit dem „Charakter der Anhaltspunkte“, ein eigenes Kapitel in den AHP, legitimiert sich auch die Versorgungsverwaltung selbst. Die Punktebewertung soll sogar eine Vergleichbarkeit in den Auswirkungen ermöglichen. Das gilt für Abweichungen der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit vom typischen Zustand. Es wird sogar betont, daß so eine Gleichbehandlung und damit auch eine Rechtssicherheit für die Betroffenen erzielt wird, die auf anderem Wege nicht zu erreichen wäre. Welch hoher Anspruch. So ist es kein Wunder, daß die AHP noch immer Bestand haben, obwohl das Bundesverwaltungsgericht schon 1995 gefordert hat und sich das BSG anschloß, daß die AHP zumindest durch Gesetz legitimiert werden müssen. Es würde viel Arbeit auf die Gerichte zukommen, wenn die AHP gekippt würden. Mit dem geistigen Wandel, der hinter der ICF steht, war die einmalige Möglichkeit gegeben, tatsächlich die Auswirkungen einer Behinderung auf das gesellschaftliche Leben zu bewerten. So bleibt es bei der Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von Krankheitszuständen. Der rein medizinische Aspekt wird wirklich bewertet, nichts weiter. Aus dem „Charakter der AHP“ geht hervor, daß die normähnliche Wirkung auf die Bewertung medizinischer Sachverhalte beschränkt ist. Nach den AHP erfolgt eine Beschreibung von Gesundheitsstörungen und ihrer funktionellen Auswirkungen sowie die Bewertung des GdB. Ließt man sich in den Text der AHP mit den Anmerkungen hinein, so wird deutlich, daß der Begriff „Auswirkungen“ in verschiedenen Zusammenhängen auftaucht, aber nie im Sinne des SGB IX als Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das ist gewollte Konfusion. Nur eins von 1000 Verfahren vor den Sozialgerichten landet beim BSG. Die mittlere Verfahrenszeit beträgt ca. 3 Jahre. So wird es noch lange dauern, bis vielleicht auch höchstrichterlich ein Umdenken zu Gunsten der Behinderten erfolgt.

So fanden meine Argumente zum Widerspruch natürlich kein Gehör.

8. Klage vor dem Sozialgericht

Ich reichte Klage ein und nahm mir einen Anwalt mit Erfahrung im Sozial- und Schwerbehinder-
tenrecht. Trotzdem versuchte ich, ihn zu überzeugen, daß es bei diesen Verfahren Besonderheiten
geben wird. Die meisten Anwälte werden voraussichtlich kaum mit CED-Betroffenen zu tun ge-
habt haben, ebenso wie ein Hausarzt, der statistisch gesehen auch nur einen CED-Patienten in
seiner Praxis haben wird. Meine Erfahrung zeigt, daß man neben den medizinischen Befunden
möglichst selbst alle Fakten, Argumente, Gedanken liefert. Das beinhaltet die Schilderung der
Einschränkungen im täglichen Leben und bezogen auf alle Bereiche, die subjektiv empfundenen
Beschwerden, die Medikation, den Verlauf der Erkrankung, seelische Probleme, subjektiv emp-
fundene chronische Streßbelastungen in Beruf, Familie. Dazu sind alle Symptome (Merkmale)
aufzuführen, die sich aus den weiter unten geschilderten Erkenntnissen ergeben. **Man muß in
der Begründung vorbeugend tätig werden, um eine umfassende Bewertung seines Antrages
zu bekommen und nicht durch eine eingeschränkte Betrachtungsweise vor Gericht mit ei-
nem geringeren GdB abgespeist zu werden.** Diese Vorgehensweise erklärt sich im Verlaufe
der Ausführungen. Kommt weiteres vom Anwalt, um so besser. Die Klagebegründung meines
Anwaltes enthielt im wesentlichen die bereits durch mich eingebrachten Begründungen, also we-
nig. So viel zur Erfahrung.

Alle herausgearbeiteten Punkte müssen ausführlich in die Begründung aufgenommen werden.
Gibt es Unsicherheiten über die Vollständigkeit oder Formulierungen, dann soll der Anwalt das
Schreiben des Mandanten der Begründung als Beweisstück beifügen und vollinhaltlich zu sei-
nem Vortrag machen. So wird nichts versäumt. Bei der Beauftragung des Anwalts unterschreibt
man nämlich eine Erklärung, nach der der Anwalt für den Mandanten die Vertretung vor Gericht
übernimmt. Das merkt man während der Verhandlung. Da ist es dann sehr schwer, sich einzu-
bringen, da der Ansprechpartner des Gerichts der Anwalt ist. Falls man zu Wort kommt oder tat-
sächlich gefragt wird, so wird einem die Zeit knapp bemessen. **Man ist während der Verhand-
lung vor Gericht nicht die Hauptperson. Das ist der sozialmedizinische Sachverständige.**

9. Begutachtung

Das Gericht beauftragte im Zuge seiner Ermittlung einen Internisten als sozialmedizinischen Sachverständigen. Der hat eine weitergehende Ausbildung, ist bei Gericht bekannt. Außerdem wurde ein Befundbericht meines behandelnden Arztes angefordert. Später, in der Verhandlung vor dem LSG, wurde deutlich, daß das Gericht hier eine wirklich ausführliche Stellungnahme erwartet. Man wird zu einem Begutachtungstermin eingeladen. Der Sachverständige hat einen vorgeschriebenen Gutachtensumfang abzuarbeiten. Der ergibt sich aus Vorschriften, die sich bei allen sozialmedizinischen Diensten von Versorgungsbehörden, Rententrägern, Krankenkassen etc. ähneln /11/ oder/und aus speziellen Fragen des Gerichtes. So werden Fragen zur Krankengeschichte, zum aktuellen Beschwerdebild, zur Medikation, zu Risikofaktoren, zur Familien- und Sozialgeschichte gestellt. Hier sollten dem Gutachter konkret Situationen geschildert werden, die Euch widerfahren sind und die Euch in der Folge zu Einschränkungen zwingen. Das ist der einzige Zeitpunkt, zu dem solche Aussagen Gehör finden und durch die Einschätzung des Gutachters zur Glaubwürdigkeit des Betroffenen Eingang in das Verfahren finden können. Dann wird der Gesamtstatus des Betroffenen festgestellt. Dafür werden z.B. Röntgenaufnahme des Thorax, Blutbild, Sonografie des Bauchraumes, Lungenfunktionstest und EKG gemacht. Eine Koloskopie als invasives Verfahren, d.h. in die Integrität des Betroffenen eingreifend, das auch aus medizinischer Sicht Komplikationen hervorrufen kann, wird er nicht durchführen. Dies wäre nur mit ausdrücklicher Zustimmung möglich. Sollte ein Befund lange zurückliegen (deutlich mehr als ein Jahr) und eine aktuellere Untersuchung notwendig sein, so würde sicher im Vorwege über den behandelnden Arzt eine Anfrage nach dieser Untersuchung stattfinden. Da es sich aber bei dieser Art Erkrankungen um i.d.R. langfristige Verläufe handelt, werden die eingereichten Unterlagen wohl zur Beurteilung genügen.

10. Verhandlung vor dem Sozialgericht

Im Juni 2003 war Verhandlungstermin. Der Sachverständige trug seine schriftliche Aussage vor, beantwortete Fragen des Gerichtes, gab Erläuterungen. Er lieferte eine Zusammenfassung der Ergebnisse und seine Beurteilung.

Ist der Sachverhalt nach Meinung des Gerichtes genügend geklärt, gibt es eine Verhandlungspause. Das Gericht zieht sich zur Beratung zurück. Der Anwalt bespricht sich mit seinem Mandanten. Wird der Sachverständige durch das Gericht entlassen, gibt er seinen bereits vor Verhandlungsbeginn fertigen Bericht dem Vorsitzenden. Er hat sich in seiner Beurteilung der Schwere

der Behinderung nach der Untersuchung festgelegt. So könnte das Gericht zwar aufgrund der mündlichen Verhandlung mit zusätzlichen Aspekten oder durch Ungereimtheiten zu einer anderen Beurteilung kommen. Damit würde es sich gegen den Sachverständigen stellen. Dieser gilt aber als Fachmann, während die Richter als medizinisch gebildete Laien anzusehen sind. Aus diesem Grunde dürfte der geschilderte Fall selten eintreten und nur bei ganz offensichtlicher Fehleinschätzung durch den Sachverständigen. Vor dem Sozialgericht wurde daraufhin die Verhandlung geschlossen. Das Urteil konnte durch den Anwalt am Nachmittag in der Geschäftsstelle des Gerichtes erfragt werden. Ich hatte verloren. Das Urteil mit Begründung einschließlich der Aussage des Sachverständigen ging dann einen Monat später zu. Nun waren gut 26 Monate seit Antragstellung vergangen.

11. Gründe der Ablehnung

Der Sachverständige bestätigte in seiner Aussage, daß ich meinen Alltag ganz wesentlich auf meine Erkrankung abstimmen muß und in meiner Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkt bin. Beschwerdefreie oder sehr beschwerdearme Intervalle kenne ich praktisch seit vielen Jahren nicht mehr. Aber auch er ordnete den durchschnittlichen Verlauf meine Erkrankung der mittelschweren Auswirkung zu. Es gäbe häufiger Diarrhoen sowie häufig rezidivierende und länger anhaltende Beschwerden. Es seien aber noch keine geringen oder mittelschweren Beeinträchtigungen des Kräfte- und Ernährungszustandes vorhanden. Auch die typischen seelischen Begleiterscheinungen, die bei mir vorhanden sind, wurden berücksichtigt. Damit blieb es bei einem GdB von 40, der auch so vom Sozialgericht übernommen wurde. Für die Kammer war zwar nachvollziehbar, daß ich meine Beschwerden als erheblich empfinde, gleichwohl spräche gegen eine schwere Auswirkung, daß der Kräftezustand nicht beeinträchtigt sei, die Entzündungsaktivität mit 50 cm nur einen kleinen Bereich erfaßt habe, eine Schmerzmedikation nicht erforderlich sei und auch keine weiteren Gesundheitsstörungen festzustellen seien.

Der Sachverständige hatte sich wortgetreu an die Formulierungen aus der Liste der AHP gehalten. Er hatte nichts hinzugefügt, nichts weggelassen. Ebenso das Gericht, das nur weitere Aspekte der AHP in die Betrachtung einbezog, die nicht direkt der cu zuzuordnen sind.

Diese Vorgehensweise erscheint zunächst folgerichtig und schlüssig.

12. Umfassende Berufungsbegründung mit neuen Aspekten

Es wurde bereits erwähnt, daß in den AHP nur eine gemeinsame Liste zur Bewertung der Behinderung bei cu und mc aufgeführt ist. Die in Klammern gesetzten Erläuterungen geben daher nur verschiedene, näher bezeichnete Auswirkungen beider Erkrankungen wieder. Diese Auswirkungen sind aber sicher nicht als in beiden Erkrankungen deckungsgleich anzusehen.

Daraus ergeben sich einige Fragen:

- A. Warum gibt es nur eine Liste?
- B. Welche Symptome sind cu, welche mc zuzuordnen?
- C. Sind die Symptome in dieser Liste abschließend zu verstehen?
- D. Welche weiteren Merkmale gibt es, die die Schwere der Erkrankung markieren?

Zu A. Zum Zeitpunkt der Entstehung der AHP in den 70er Jahren orientierte man sich noch an einem Dualismus von cu und mc. Man ging also von einer Erkrankung mit zwei verschiedenen Ausprägungen aus. Dies ist nach den Leitlinien der AWMF /2/ konzeptionell überholt. Da aber keine neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse in die AHP einfließen, blieb es bei dieser einen Liste.

Zu B. Insbesondere ist der oben zitierte Kräfte- und Ernährungszustand zu betrachten. Aus der AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zur Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa /2/ geht hervor, dass bei cu nur während eines fulminanten Schubes, der immer stationär behandelt wird, ein reduzierter Allgemeinzustand sowie Gewichtsabnahme zu den entscheidenden Symptomen gehören. Demgegenüber ist in der Leitlinie zum Morbus Crohn /2/ in dem Kapitel Ernährung unter „Einfluß von mc auf den Ernährungszustand“ bei den Erläuterungen folgende Feststellung zu finden: „Ein Gewichtsverlust findet sich bei 54 % (ambulant) bis 75 % (stationär) der Patienten“. Das gesamte Kapitel macht deutlich, dass bei mc Ernährung und Mangelerscheinungen ein wichtiges Thema sind. So gibt es in der Leitlinie zur Gastroenterologie /2/, die die Grundlage der Kapitel Ernährung in den anderen Leitlinien bildet, im Literaturverzeichnis 85 Einträge für mc und Ernährung, aber nur 18 Einträge für cu. Dies ist auch leicht erklärbar durch das häufige Befallsmuster bei mc mit Dünndarmbeteiligung. Dieser bewirkt die eigentliche Verdauung sowie Energie- und Stoffaufnahme (Vitamine, Spurenstoffe). Bei cu ist dagegen die Ernährung im wesentlichen ohne Einfluß, weil der

üblicherweise befallene Dickdarm nur Wasser und Salze resorbiert und nicht weiter zur Verdauung beiträgt. So kann man zwar ohne Dickdarm, aber nicht ohne Dünndarm leben (s.a. Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. P. im anonymisierten Urteil vom LSG Brandenburg L 2 RA 130/01 zum Nichteintritt eines Gewichtsverlustes bei ausgeprägtem Durchfall) /12/.

Es ist also äußerst wichtig, diesen Aspekt in der Begründung abzuhandeln, auch wenn man erst einmal meint, gar nicht davon betroffen zu sein. Gerade dies wird vor Gericht zum Argument und muß beweiskräftig widerlegt werden.

Die weiteren Symptome können beiden Krankheiten, je nach Befallsmuster, zugeordnet werden.

Zu C. Dies ist zu verneinen. Im Anhörungstermin vor dem LSG wurde vom Vorsitzenden Richter eine Veröffentlichung von Frau Dr. Sprenger-Klasen in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ Med Sach 98 (2002) No 4 /13/ zitiert. Es handelt sich um eine Sozialmedizinerin aus dem Versorgungsamt Düsseldorf. Die Zeitschrift ist das Sprachorgan des Herausgebers der AHP, des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (siehe /9/). Die Anregungen wurden allerdings 2004 nicht in die AHP aufgenommen, was aber vor Gericht unschädlich war.

Durch die Befragung des Vorsitzenden Richters hat auch der sozialmedizinische Sachverständige weitere Einlassungen zur Bewertung der Schwere der Behinderung gemacht.

Zu D. 1. Folgende, weitergehende Betrachtungsweisen zu den AHP sind der Veröffentlichung von Frau Dr. Sprenger-Klasen zu entnehmen:

Cu und mc verlaufen überwiegend schubweise. Daher müssen den hieraus resultierenden „Schwankungen im Gesundheitszustand“ mit einem „Durchschnittswert“ Rechnung getragen werden. Bei der GdB-Beurteilung muß das durchschnittliche Ausmaß der Beeinträchtigungen zugrunde gelegt werden. Zur genaueren Ermittlung dieses „Durchschnittswertes“ sind die bisherigen Kriterien unzureichend, da zum einen unklar ist, ob sich diese auf den entzündlichen Schub oder auf das schubfreie Intervall beziehen, zum anderen sind Beschwerden und Frequenz der Durchfälle schwer zu objektivieren. Die Verfasserin möchte die AHP unter Einbeziehung des **Krankheitsverlaufes** (Verlauf ohne oder mit Progredienz (fortschreitend), längere oder kürzere beschwerdefreie Intervalle bis hin zur

chronisch aktiven Verlaufsform), des **Befallsmusters** (z.B. Rektum, größere Darmabschnitte, große Darmabschnitte) und der **Therapie** (therapiebedürftig bis weder konservativ noch operativ beherrschbar) sinnvoll ergänzen. Dazu kommt die Berücksichtigung von Sekundärleiden durch medikamentöse Therapie.

Von der Verfasserin wird auch gesehen, daß, je nach Schweregrad der CED, die doch oft großen psychischen Belastungen für die Betroffenen erheblich über die üblichen „seelischen Begleiterscheinungen“ hinausgehen können.

Zu D. 2. Der Sozialmediziner führte während der Verhandlung vor dem Landessozialgericht in der Befragung noch eine weitere wichtige Möglichkeit aus, die Schwere der Erkrankung zu bewerten. Es handelt sich um den Ansatz, nach dem der **Steroidverbrauch** eines Betroffenen in der Höhe der Dosierung und in der Länge der Verabreichung beim Ausschleichen die Schwere der Schübe erkennen lasse. Der wiederholte Einsatz eines Steroids über insgesamt mehrere Monate in einem Jahr, auch in niedrigerer Dosis, ließe Rückschlüsse auf die Rückfallneigung zu. Und der Gesamtverbrauch liefere Hinweise auf die Schwere des Krankheitsverlaufs und auf mögliche Therapieresistenz.

Auf die vorstehenden Aspekte muß detailliert in der Begründung eingegangen werden.

Der Artikel von Fr. Dr. Sprenger-Klasen ist insgesamt wertvoll. Die Verfasserin entfernt sich mit der Berücksichtigung des „durchschnittlichen Ausmaßes“ vom Grundsatz der AHP, daß nur der tatsächliche Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Begutachtung zugrunde zu legen ist. Damit wird auch der zukünftige Verlauf interessant, wenn es denn aus dem bisherigen Krankheitsgeschehen abzulesen ist, daß keine Verbesserung eintritt, Therapieversuche wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden müssen, ein chronisch aktiver Verlauf gegeben ist oder auch eine Häufung von Schüben zu beobachten ist.

Allerdings ist die Interpretation der Verfasserin zum Befallsmuster fraglich. Da wird ein großer Darmabschnitt mit einer Pancolitis gleichgesetzt. Der Begriff Pancolitis sagt aber aus, daß der gesamte Dickdarm entzündlich ist. Bei einer Linksseitencolitis bis 50 cm haben bereits bei einer üblichen Dickdarmlänge zwischen 1,2 m und 1,4 m immerhin 35 % – 40 % des Darmes Entzündungszeichen. Dies wird aber wohl nur als größerer Darmabschnitt definiert. Besonders die Feststellung, daß eine cu durch operative Entfernung des Dickdarmes (Kolektomie) zu heilen sei, muß man als unverständlich bewerten.

Es gibt eine Menge Prozentzahlen in der Literatur, betreffend alle möglichen Sachverhalte. So auch über die Verteilung der Befallsmuster unter den Betroffenen mit cu und mc. Dabei werden oft unterschiedliche Zahlen für die selben Sachverhalte aufgeführt, aber gleiche Quellen zitiert. In dem Artikel der Verfasserin ist zu bemerken, daß die von ihr genannten Prozentzahlen zur Ausdehnung der Erkrankung bei cu so gewählt sind, daß nach der Einteilung der AHP möglichst wenig Betroffene einen höheren GdB bescheinigt bekommen.

13. Berufung vor dem Landessozialgericht

Nach dem Zugang des Urteils der 1. Instanz hat man, wie in all den vorangegangenen Phasen des Antrags, eine vierwöchige Frist, Rechtsmittel einzulegen. Danach gibt es keine feste Zeitschiene. Bei mir vergingen Monate, bis eine Begründung erstellt wurde., obwohl ich den Anwalt mehrfach mahnte und alle wichtigen Informationen durch mich zusammengetragen und ihm mitgeteilt worden waren. Auch das Gericht hat einen langen Atem, bis es nachfragt, wann das Verfahren weitergeführt werden kann.

Die Begründung enthielt diesmal alle Angaben zum Krankheitsverlauf, zum Befallsmuster, zur Therapie mit Medikation, zu den körperlichen Beschwerden, über lange währenden Streß, zu den empfundenen seelischen Belastungen. Auf die bereits beschriebenen Auswirkungen und Ängste im täglichen Leben wurde verwiesen. Die Argumentation zum Kräfte- und Ernährungszustand wurde dargelegt.

Es wurde auch noch mal darauf hingewiesen, daß mit Einführung des Sozialgesetzbuches IX und durch die von der Weltgesundheitsorganisation formulierte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ein Umdenken bei der Anerkennung als Schwerbehinderter dringend erforderlich und geboten ist. Die Gerichte müssen immer wieder darauf hingewiesen werden. Nur dann läßt sich in Zukunft tatsächlich eine Behinderung an den Auswirkungen auf die Teilhabe im gesellschaftlichen Leben beurteilen und nicht nach den medizinischen Gesichtspunkten zur Schwere der Erkrankung. Der falsche Ansatz und das fragliche Vorgehen nach den AHP wurde in diesem Beitrag deutlich gemacht. Wie durch alle vorgebrachten Argumente belegt, genügen die AHP nicht mehr dem aktuellen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft. Dies gilt es zu vermitteln.

14. Anhörung vor dem Landessozialgericht

Im Juli 2004 gab es eine Anhörung vor dem LSG. Wieder ist gut ein Jahr vergangen. Der Vorsitzende Richter wollte meine Schilderungen zu Beschwerden, Einschränkungen, Urlaub und Medikation hören. Ich berichtete von der abgebrochenen Therapie mit Immunsuppressiva und daß ich im April 2004 einen Antrag auf unbefristete, volle Erwerbsminderungsrente gestellt hatte.

Das LSG fertigte ein Sitzungsprotokoll. Mein Anwalt nahm den durch den Vorsitzenden Richter uns bekannt gemachten Artikel von Frau Dr. Sprenger-Klasen /13/ zum Anlaß, in einer kurzen Stellungnahme noch einmal den chronisch aktiven Verlauf und den Einsatz von Steroiden explizit hervorzuheben.

Das LSG benannte den mir aus der 1. Instanz bekannten Sachverständigen erneut und beauftragte ihn, sein Gutachten zu ergänzen und im Gerichtstermin zu erläutern. Dem Sachverständigen lagen nun zusätzlich die ausführliche Begründung zur Berufung vor, der REHA-Entlassungsbericht und ein neuer Befundbericht meines behandelnden Arztes zu dem zwischenzeitlichen Krankheitsgeschehen und dem vergeblichen Versuch der Behandlung mit Immunsuppressiva. Der Sachverständige sah für dieses Verfahren von einer weiteren persönlichen Begutachtung ab.

15. Verhandlung vor dem Landessozialgericht

Warum nun die obigen Ausführungen, daß möglichst sämtliche Fakten, Argumente, Gedanken schon in der Begründung zur Klage vorhanden sein müssen?

Wenn alle Überlegungen mit den entsprechenden Literaturhinweisen in die Begründung aufgenommen wurden und damit in der Prozeßakte stehen, dann hat das Auswirkungen auf den begutachtenden Sozialmediziner. Er würde sich auf ganz dünnes Eis begeben, wenn er, wie in meiner ersten Verhandlung geschehen, seine Bewertung nur auf die Beantwortung der wenigen Symptome in der Liste der AHP stützt. Der Vorsitzende Richter wird ihn jetzt ganz gewiß zu den weiteren medizinischen Sachverhalten befragen. So wird sich der erfahrene Sachverständige also schon darauf vorbereitet und in seiner Aussage dazu Stellung genommen haben. Er ist auf der sicheren Seite, wenn er sich den medizinisch begründeten Aussagen anschließt und darauf seine Beurteilung aufbaut. Dann wird es vielleicht nicht erst in der zweiten Verhandlung vor dem LSG zu einer intensiven Befragung durch den Vorsitzenden Richter an einen gut vorbereiteten Sachverständigen kommen. Dies wird nämlich notwendig, um zu einer anderen Entscheidung als in

der ersten Instanz kommen zu können. Nur auf diesem Wege bleibt die Integrität von Gericht und Sachverständigem gewahrt.

Im Verhandlungstermin März 2005 gab es ein Anerkenntnis des Versorgungsamtes. Mir wurde ein GdB von 50 nicht seit Antragstellung, sondern mit Beginn eines schweren Schubes im Februar 2003 zuerkannt. Ich habe gewonnen. Gerichte machen gern Vergleiche. Urteile machen nämlich Arbeit und man legt sich in seiner Entscheidung fest. So wird nur ein kurzes Sitzungsprotokoll gefertigt. Dafür gab es keine Revisionsmöglichkeit. Der Spruch war sofort rechtskräftig.

Ich hoffe, daß dieser Bericht dazu beiträgt, anderen den Weg durch die Instanzen zu ebnet, die Anerkennung als Schwerbehinderter zu beschleunigen. Es ist nicht jedermanns Sache, vier Jahre auf eine positive Entscheidung zu warten. Und wenn man schon vor dem Sozialgericht erfolgreich ist, so sind vielleicht nur eineinhalb Jahre seit Antragstellung vergangen.

Michael R.

Literaturverzeichnis

- /1/ AHP „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit 2004“
www.uwendler.de
- /2/ Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
AWMF Leitlinien zu Colitis ulcerosa, Morbus Crohn und Gastroenterologie
Google (awmf)
- /3/ Medizinische Universität Lübeck
Google (dr. jantschek colitis) → [www.innovationsreport.de/...](http://www.innovationsreport.de/)
Kombitherapie hilft Patienten mit CED
- /4/ Sozialgesetzbuch SGB IX
Google (sgb ix)
- /5/ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
Begründung zum Regierungsentwurf SGB IX
www.grvs.de
- /6/ Schwerbehindertengesetz
www.schwerbehindertengesetz.de
- /7/ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF,
herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information
(DIMDI)
www.dimdi.de → Klassifikation → ICF
- /8/ Kommentar von Welti
Google (welti, behinderungsbegriff) → Rechtskommentar Welti
- /9/ Urteil S 31 SB 282/01 vom 13.02.2002 SG Düsseldorf
www.anhaltspunkte.de/rspr → zum Schwerbehindertenrecht → Sonstiges →
Nr. 5 „Zur Verfassungsmäßigkeit der AHP für die ärztliche Gutachtertätigkeit“
- /10/ Urteil L7 SB 70/02 vom 08.08.2002 LSG NRW
www.anhaltspunkte.de/rspr → zum Schwerbehindertenrecht → Sonstiges →
Nr. 11 „der ärztliche Sachverständigenbeirat beim BMA ist verpflichtet, die kompletten
Niederschriften seiner Sitzungen zu veröffentlichen.“
- /11/ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR
Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen nach einheitlichen
Grundsätzen vom 22.03.2004
www.bar-frankfurt.de
- /12/ Urteil L2 RA 130/01 vom 19.08.2003 LSG Brandenburg
www.sozialgerichtsbarkeit.de → Brandenburg → Entscheidungen → 2003 → 19.08.2003
- /13/ Dr. Sprenger-Klasen, Med Sach 98 (2002) No 4
Begutachtung von Colitis ulcerosa und Crohn-Krankheit im Schwerbehindertenrecht
Eine Kopie liegt der DCCV e.V. vor

Sehr gut kommt man über eine Google-Suchanfrage, Google (Suchbegriff), an die entsprechenden Adressen.