
S 11 SB 619/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 SB 619/98
Datum	17.01.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 15 SB 23/02
Datum	11.05.2004

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 17.01.2002 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger ein höherer Grad der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) bzw. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) als 40 zusteht.

Der 1943 geborene Kläger stellte erstmals im September 1997 Antrag auf Feststellung nach dem SchwbG wegen der Folgen eines im April 1997 operierten Hypophysentumors. Nach Beiziehung eines Befundberichts von der Internistin Dr. S. (mit Entlassungsbericht des Bundeswehrkrankenhauses U. vom 31.07. 1997, Entlassungsbericht der Kliniken S. vom 16.09.1997 und Arztbrief des Augenarztes Dr. B. vom 02.10.1997) wurden außerdem Entlassungsberichte des Kreiskrankenhauses O. vom 10. und 11.03.1997, ferner des Bundeswehrkrankenhauses U. und der Univ. Klinik U. jeweils vom 16.04.1997 und

schließlich ein Befundbericht des Augenarztes Dr. B. beigezogen. Nach versorgungsärztlicher Stellungnahme durch Dr. T. erging am 05.03.1998 ein Bescheid, mit dem ein GdB von 20 wegen "Hypophysenadenom-Operation, vegetative Störungen" festgestellt wurde.

Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, dass er seit seiner Erkrankung nicht mehr einsatzfähig sei und unter schneller Erschöpfung, Kopfschmerzen, Nervosität und Schlafstörungen leide. Nach Beiziehung eines Entlassungsberichts des Bundeswehrkrankenhauses U. vom 30.04.1998 erteilte der Beklagte nach versorgungsärztlicher Stellungnahme von Dr. S. am 11.08.1998 einen zurückweisenden Widerspruchsbescheid.

Hiergegen hat der Kläger mit Schriftsatz vom 24.08.1998 Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben und einen GdB von mindestens 50 begehrt. Es liege eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz vor, die seit der Operation einer lebenslangen Substitutionstherapie und einer regelmäßigen engmaschigen ärztlichen Überwachung bedürfe. Es werde hinsichtlich der GdB-Bewertung auf das Fachbuch "Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten â Grundlagen und Praxis" von Marx und Klepzig verwiesen.

Das Sozialgericht hat nochmals einen Befundbericht von Dr. S. eingeholt, die einen Arztbrief der Univ. Klinik U. vom 01.10. 1998 vorgelegt hat; darin vertritt Prof. Dr. B., Leiter der Sektion Endokrinologie, die Auffassung, dass die Einstufung des Klägers mit einem GdB von 20 unverständlich und völlig außerhalb des für sein Krankheitsbild vorgesehenen Begutachtungsrahmens liege, der in jedem Fall einen GdB von mindestens 50 vorshe.

Mit Schriftsatz vom 04.05.1999 hat der Beklagte aufgrund einer versorgungsärztlichen Stellungnahme der Nervenrztin B. ein Vergleichsangebot vorgelegt, mit dem er sich bereit erklärt hat, ab 05.09.1997 einen GdB von 30 wegen folgender Behinderungen festzustellen: 1. Beeinträchtigung der Gehirnfunktion, Entfernung eines Hypophysentumors, vegetative Störungen bei Hormonsubstitution. 2. Gesichtsfeldausfälle. Nach Entfernung des großen gutartigen Tumors seien die Folgen der bleibenden Ausfälle der Hypophysenhormone zu bewerten, die weitere Hormondrüsen steuern. Der Ausfall werde teilweise über Tabletten (bezglglich Schilddrüsenhormonen und Cortison) und teilweise als Depotspritze (bezglglich Testosteron) ersetzt. Die GdB-Einschätzung nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996 (Anhaltspunkte) richte sich in Analogie zur GdB-Bewertung der Folgen des Ausfalls der betreffenden Hormondrüsen. So sei nach Seite 111 der Anhaltspunkte bei einem Verlust beider Hoden je nach Ausgleichbarkeit des Hormonhaushalts durch Substitution ein GdB von 20 bis 30 vorgesehen. Der Ausfall der Schilddrüsenhormone werde ebenso wie der der Nebennierenrindenhormone nicht als anhaltende Beeinträchtigung bewertet (Anhaltspunkte Seite 121). Für Behinderung Nr. 1) werde daher ein Teil-GdB von 20 für die Beeinträchtigung der Gehirnfunktion und ebenfalls ein Teil-GdB von 20 für die Notwendigkeit der Hormonbehandlung, das heißt insgesamt ein Einzel-GdB von 30, für die

Behinderung Nr. 2) ein Einzel-GdB von 10 vorgeschlagen.

Nachdem der Kläger dieses Angebot nicht angenommen hatte, hat das Sozialgericht ein Gutachten von dem Neurologen Prof. Dr. Dr. W. vom 13.10.1999 eingeholt. Darin wird mitgeteilt, dass der Kläger zunächst Landwirt gewesen sei, dann den Beruf eines Drehers erlernt und die Meisterprüfung abgelegt habe. Er arbeite als Ausbilder bei einer Firma in M. und habe zur Zeit drei Auszubildende zu betreuen. Seit November 1997 arbeite er wieder vollschichtig mit 38 Stunden pro Woche. Seit der Operation sei er irgendwie gedämpft und lustlos. Er habe seither 13 kg zugenommen, obwohl er immer weniger esse. Sein Konzentrationsvermögen habe sehr nachgelassen, er sei sehr vergelich geworden. Er bräuchte mehr Urlaub und einen besseren Kandigungsschutz. Nach Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen sei für die vollständige Entfernung des gutartigen, bislang rezidivfreien Tumors, mit dauerhafter Hormontherapie nach den Anhaltspunkten (Seite 56) wie bei Patienten mit Epilepsie, die nach drei Jahren Anfallsfreiheit eine antikonvulsive Behandlung benötigen, ein GdB von 30 angemessen. Im übrigen liege eine leichte psychische Störung vor, die mit GdB 20 zu bewerten sei. Der Kläger habe eine depressive Reaktion aufgrund fehlender Krankheitsverarbeitung entwickelt. Die pseudoneurasthenische Symptomatik könne als Wirkung der Hormonsubstitution oder auch als Hinweis auf eine aktuelle Lebenskrise verstanden werden. Insgesamt sei seit September 1997 ein GdB von 40 gerechtfertigt.

Dementsprechend hat der Beklagte mit Schriftsatz vom 20.12.1999 aufgrund eines entsprechenden Vorschlags des Nervenarztes Dr. K. ein neues Vergleichsangebot vorgelegt und ab 26.08.1999 einen GdB von 40 angeboten. Der Versorgungsmediziner hat den Nachweis einer seelischen Störung erst ab Gutachtensuntersuchung als erbracht angesehen. Gegen eine frühere Feststellung sprächen insoweit unauffällige aktenkundige Befunde aus dem Jahr 1998 (z.B. der Befundbericht der Internistin Dr. S. vom 28.11.1998: "Zufriedenstellendes Allgemeinbefinden").

Die vom Kläger aufgeworfene Frage, ob eine weitere endokrinologische Begutachtung zwingend erforderlich sei, hat der Beklagte durch die Internistin Dr. L. am 26.01.2000 verneint. Diese hat ausführlich die Folgen eines Ausfalls des Hypophysenvorderlappens dargelegt. Es fehle eine adäquate Stimulation der Nebennierenrinde, der Schilddrüse und der Geschlechtshormonproduktion. Der damit ebenfalls verbundene Ausfall des Wachstumshormons sei bei Erwachsenen von untergeordneter Bedeutung. Am wichtigsten sei eine Substitution mit dem Nebennierenrindenhormon Hydrocortison, zur Vermeidung des Addison-Syndroms, das zu einer ausgeprägten Hypotonie, Muskelschwäche, Müdigkeit mit Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust und Psychosyndrom führen könne. Die Substitution mit Hydrocortison gelinge in der Regel problemlos (lediglich nicht selten mit Gewichtszunahme). Deshalb sei die Bewertung in den Anhaltspunkten 1996 gegenüber denen von 1983 erheblich herabgesetzt worden. 1983 sei bei einer chronischen Nebenniereninsuffizienz mit leichter Verlaufsform ein GdB von 20 bis 40 vorgesehen gewesen. Nun sei auf Seite 121 festgehalten, dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten seien. Selten auftretende Funktionsstörungen seien wie analoge

funktionelle Beeinträchtigungen (zum Beispiel orthostatische Fehlregulation) zu beurteilen. Diese neuen Erkenntnisse seien offenbar in das vom Kläger zitierte Begutachtungsbuch von Marx und Klepzig noch nicht eingegangen. Der Ausgleich einer Schilddrüsenunterfunktion stelle auch bei gelegentlichem Vergessen der Tabletteneinnahme kein größeres Problem dar. Die Geschlechtshormonsubstitution erfolge entweder durch Injektion alle drei Wochen oder zum Teil mit einem Hormonpflaster. Bei der Depot-Injektion könne es zu gewissen Schwankungen des Hormonspiegels kommen, die sich auf die Allgemeinbefindlichkeit ungünstig auswirken könnten. Ein höherer GdB als 40 sei beim Kläger somit nicht anzunehmen.

Auf Anfrage des Sozialgerichts hat Prof. Dr. Dr. W. am 18.02.2000 ergänzend Stellung genommen und ausgeführt, dass die Angabe eines GdB von mindestens 40 bis 60 bei Marx und Klepzig lediglich deren subjektive Meinung widerspiegele. Maßgebend seien hier die Anhaltspunkte und Analogschlüsse mit vergleichbaren Krankheiten. Vergleichbar seien ein cerebrales Anfallsleiden und ein Diabetes mellitus. Letzterer werde mit GdB 30 bewertet, wenn er durch Diät, orale Antidiabetika und ergänzende Insulin-Injektion ausreichend einstellbar sei, mit GdB 40, wenn er durch Diät und alleinige Insulin-Behandlung gut einstellbar sei. Der Unterschied zwischen beiden Bewertungen bestehe darin, dass in einem Fall eine komplikationslose, im anderen Fall lediglich eine "gute", also durchaus mit Komplikationen behaftete Einstellung zu erreichen sei. Auch bei Marx/ Klepzig werde von "gut eingestellten" Patienten gesprochen. Seines Erachtens sei es richtig, die beim Kläger bestehende neurasthenische Symptomatik nicht pauschal der Hypophyseninsuffizienz zuzurechnen, sondern sie mit einem Einzel-GdB von 20 getrennt zu bewerten. Ein weiteres endokrinologisches Gutachten könne seines Erachtens keine neuen Aspekte finden, da nicht Laborwerte, sondern konkrete Funktionsbeeinträchtigungen zu begutachten seien.

Auf Antrag des Klägers ([§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG -) ist dennoch am 26.10.2000 von Prof. Dr. B. am 26.10.2000 ein endokrinologisches Gutachten eingeholt worden. Demnach sei die Hypophysenvorderlappeninsuffizienz entsprechend Marx/Klepzig und auch nach den Anhaltspunkten mit GdB 50 zu bewerten, da diese Erkrankung die täglich mehrfache und regelmäßige Einnahme von Tabletten (mit Dosissteigerung bei Belastungen), die intramuskuläre Injektion von Androgenen und die täglich subkutane Injektion von Wachstumshormon erfordere. Dies sei nicht mit dem Ersetzen einzelner Hormone (wie zum Beispiel von Schilddrüsenhormonen) zu vergleichen. Beim Kläger fehle eine bedarfsgerechte Anpassung an Belastungen wie Stress und Krankheit, auch bestehe eine defekte Tag-Nacht-Rhythmik. Das Risiko für Herzinfarkt und ähnliche Erkrankungen sei um 40 % erhöht, die durchschnittliche Lebenserwartung entsprechend eingeschränkt. Die Behandlung mit Wachstumshormonen stelle ein neues Verfahren dar, dessen Langzeitwirkung noch nicht bekannt sei. Die depressive Reaktion mit fehlender Krankheitsverarbeitung sei mit GdB 20 zutreffend bewertet. Insgesamt liege ein GdB von 60 vor.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 04.01.2001 diesem Gutachtensergebnis widersprochen. Der Internist Dr. S. hat in seiner versorgungsärztlichen

Stellungnahme vom 21.12.2000 darauf hingewiesen, dass der KlÄxger tÄxglich drei Tabletten einnehmen mÄxssse, tÄxglich eine subkutane Spritze sowie alle drei Wochen eine intramuskulÄxre Injektion benÄxftige. Der GdB von 40 werde weiterhin als zutreffend angesehen.

In einer ergÄxnzenden Stellungnahme vom 08.02.2001 ist Prof. Dr. B. bei seinem Vorschlag geblieben.

Der Beklagte hat versorgungsÄxrtlich durch Dr. S. am 22.03. 2001 nochmals zur Problematik Stellung genommen und unter anderem Prof. Dr. W. darin zugestimmt, dass zur GdB-Bemessung die Werte fÄxr Zuckerkrankheit vergleichbar herangezogen werden mÄxsssten; diese werde mit Einzel-GdB 30 bewertet, wenn sie durch DiÄxst, orale Antidiabetika und ergÄxnzende Insulin-Injektionen trotz der stÄxndigen Gefahr einer lebensgefÄxhrlichen Unterzuckerung ausreichend einstellbar sei. Im Fall des KlÄxgers liege eine vergleichbare endokrinologische StÄxllung vor. Prof. Dr. W. habe zu Recht darauf hingewiesen, dass Marx/Klepzig bei der Bewertung des Hypophysenausfalls Symptome wie Adynamie, Kraftlosigkeit und Minderung der Vigilanz mitberÄxcksichtigt hÄxssen, die von ihm unter "seelische StÄxllung" getrennt bewertet wÄxrden. Somit bestehe zwischen der Bewertung von Prof. Dr. W. mit Gesamt-GdB 40 und dem GdB-Rahmen von 40 bis 60 im Handbuch Marx/Klepzig kein wesentlicher Unterschied.

Das Sozialgericht hat zusÄxtzlich ein Gutachten nach Aktenlage vom 21.05.2001 von dem Internisten Dr. R. eingeholt. Dieser hat die Bewertung von Prof. Dr. W. bestÄxtigt. Obwohl die reaktive depressive Verstimmung auch eine Folgeerscheinung der Hypophysenoperation sei, sei die gesonderte Bewertung mit Einzel-GdB 20 vertretbar. Die Äxbrigen Folgen der Operation seien mit GdB 30 ausreichend bewertet. Die Leistungsbreite des KlÄxgers sei insgesamt eingeschrÄxnkt. Bei vollschichtiger BerufsausÄxbung fÄxhre dies zu einer ErmÄxdung in den letzten Schichtstunden. KÄxrperliche Folgeerscheinungen bestÄxnden nicht. Der neurologische Gutachter habe eine GehirnfunktionsstÄxllung mit Verlangsamung, AntriebsschwÄxche und depressiver Verstimmung festgestellt, jedoch keine auffÄxlligen GedÄxchtnisstÄxllungen. Es bestehe auch eine Kopfschmerzneigung. AusgeprÄxgte hormonelle StÄxllungsbilder lÄxgen nicht vor.

Nach Annahme der Teilvergleichsangebote des Beklagten vom 04.05. sowie vom 20.12.1999 durch den KlÄxger in der mÄxndlichen Verhandlung am 17.01.2002 hat das Sozialgericht durch Urteil im Äxbrigen (hins. GdB 60 ab September 1997) die Klage abgewiesen. In den EntscheidungsgrÄxnden hat sich das Sozialgericht im Wesentlichen der Begutachtung durch Prof. Dr. W. angeschlossen.

Hiergegen hat der KlÄxger Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt und sein Begehren weiterverfolgt. Er hat erneut die Begutachtung durch einen neutralen Endokrinologen beantragt.

Mit gerichtlichem Schreiben vom 15.04.2002 hat die Berichterstatterin den Beklagten zur Stellungnahme aufgefordert, weshalb der Vergleich mit einem allein insulinpflichtigen Diabetes (GdB 40) nicht gerechtfertigt sei. Es ist auch auf einen

Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 15./16.04. 1997, Nr. 1.7 hingewiesen worden, wonach der GdB nach einer Hirnoperation mindestens mit 30 anzusetzen sei. Darauf hat der Beklagte mit versorgungsärztlicher Stellungnahme von Dr. S. vom 10.05. 2002 geantwortet. Seines Erachtens könne die Entfernung eines Hypophysenadenoms nicht als offene Hirnoperation gewertet werden. Auch sei der Insulinmangel-Diabetes nicht mit dem Zustandsbild des KIÄrgers gleichzusetzen. Im erstgenannten Fall müsse der Betroffene durchschnittlich fünfmal pro Tag seinen Blutzucker messen und die Insulin-Dosis unter Beachtung der jeweiligen Nahrungszufuhr und körperlichen Aktivität anpassen. Dem KIÄrger gehe es im Vergleich bei weitem besser. Somit könne die Erkrankung des KIÄrgers am ehesten mit dem durch Sulfonylharnstoffe und Diät einstellbaren Diabetes, der mit GdB 20 bewertet werde, verglichen werden. Der bisherige GdB von 30 tendiere daher eher zu 20 als zu 40.

Es ist daraufhin von Amts wegen ein endokrinologisches Gutachten von Dr. E. vom 03.01.2003 eingeholt worden. Seines Erachtens sei bisher nicht berücksichtigt, dass die teilweise unzureichende Hormonsubstitution möglich anzupassen sei und dass ein Verdacht auf organisches Psychosyndrom nach Kompression des Hypothalamus durch den (vor der Operation) extendierenden Hypophysentumor bestehe, ferner eine Osteopenie (Abnahme an Knochengewebe) durch langjährigen Hormonmangel. Auch die Depression des KIÄrgers beruhe überwiegend auf den langjährigen Hormonstörungen. Mit der Bezeichnung "vegetative Störung bei Hormonsubstitution" werde nicht ausreichend verdeutlicht, dass es sich um den Ausfall von vier zu substituierenden Funktionsachsen und ein komplexes Zustandsbild handle. Durch den nicht vollständig möglichen Ersatz der ausfallenden Hormonproduktion bestehe ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko in den Bereichen Herz/Kreislauf/Stoffwechsel. Ein Vergleich mit einem epileptischen Krankheitsbild nach einem Hirntumor sei unzutreffend. In diesen Fällen werde maximal mit zwei verschiedenen Tabletten möglich ohne akute Dosisanpassung behandelt. Der Begriff "Beeinträchtigung der Gehirnfunktion" sei unspezifisch, er erfasse nicht den Verlust der Tag-/Nachtrhythmik und auch nicht das organische Psychosyndrom. Allein die Diagnose "Gesichtsfeldausfälle" sei unmissverständlich. Seines Erachtens seien die Folgen der Hypophysenvorderlappeninsuffizienz mit GdB 60 zu bewerten, die depressive Reaktion mit GdB 20, insgesamt sei ab September 1997 ein GdB von 70 anzunehmen.

In einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 10.02.2003 hat Dr. S. ausführlich zum Gutachten von Dr. E. Stellung genommen und seinem Vorschlag hinsichtlich eines GdB von 60 bezüglich Behinderung Nr. 1) widersprochen. Das von ihm angegebene erhöhte Risiko für cardiovasculäre Erkrankungen sei ebenso wie andere eventuell künftig eintretende Verschlimmerungen beim aktuellen GdB nicht zu berücksichtigen. Aktuelle internistische Standardlehrbücher würden die hormonelle Ersatztherapie bei Hypophysenvorderlappeninsuffizienz als gewöhnlich komplikationsfrei beschreiben. Lediglich hinsichtlich des Hydrocortisons werde auf eine gewissenhafte Dosisanpassung während stressreicher Ereignisse wie akuter Erkrankungen etc. hingewiesen. Die Annahme eines organisch bedingten Psychosyndroms stimme mit

den Feststellungen des Neurologen und Nervenarztes Prof. Dr. W. nicht überein.

Am 18.05.2003 haben Dr. E. und am 03.06.2003 Dr. S. ihre Standpunkte nochmals verteidigt.

In der mündlichen Verhandlung am 28.10.2003 hat die Ehefrau des Klägers für ihren nicht persönlich anwesenden Ehemann erklärt, dieser arbeite seit Februar 2003 nicht mehr. Er fühle sich den Belastungen nicht mehr gewachsen, leide unter Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Konzentrationsmangel. Er habe auch Beschwerden von seiten des Ischias und der Kniegelenke. Die mündliche Verhandlung ist daraufhin zur Durchführung weiterer Ermittlungen vertagt worden. Es sind anschließend Befundberichte von dem Augenarzt Dr. B. , von der Internistin Dr. S. , die auch Arztbriefe des Orthopäden Dr. G. vom Oktober 2003, des Universitätsklinikums U. von Juli 2001 bis Juni 2003, einen Reha-Entlassungsbericht vom 18.09.2001 für die BfA und einen Arztbrief von Dr. E. vom 22.12.2002 übersandt hat, sowie eine Auskunft der AOK M. eingeholt worden. Von Klägersseite ist ein Schreiben des Arbeitgebers des Klägers (M.-GmbH & CoKG) vom 25.11.2003 vorgelegt worden, in dem dem Kläger unter anderem mitgeteilt wurde, dass bei ihm am 01.03.2003 die Ruhephase der Altersteilzeit begonnen habe. In einem Schreiben an seine Prozessbevollmächtigte hat der Kläger erklärt, er sei gezwungen gewesen, vorzeitig aus seinem Beruf, der sein Hobby gewesen sei, auszuscheiden, wegen häufiger Benommenheit im Kopf, großer Rückenprobleme und ständiger Schmerzen. Es sind auch ein Befundberichte der Heilpraktikerin E. und des Dr. G. beigezogen worden. Letzterer hat mitgeteilt, dass sich der Kläger zweimal (am 29.10. und 28.11.2003) wegen akuter Kreuzbeschwerden in seiner Behandlung befunden habe. Es habe sich um ein Lumbalsyndrom mit Blockierungen gehandelt. Im übrigen liege ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei deutlichen LWS-Degenerationen sowie eine Valguscoxarthrose beidseits vor. Die Heilpraktikerin E. , bei der der Kläger seit April 2001 und zuletzt am 30.10.2003 in Behandlung war, hat angegeben, der Kläger habe über Kopfschmerzen, Erschöpfung, Atembeschwerden (Kurzatmigkeit), Schlafstörungen, Schmerzen im Schulter-Arm-Gelenk, Schmerzen im rechten Ellenbogen, rezidivierende grippale Infekte sowie Ischialgie geklagt. Die Internistin Dr. S. hat angegeben, der Kläger sei bei adäquater HVL-Substitution weitgehend beschwerdefrei. Hinzu gekommen sei ein labiler Hypertonus.

Der Beklagte hat diese beigezogenen ärztlichen Unterlagen ausgewertet. Dr. S. hat in seiner Stellungnahme vom 08.01.2004 hervorgehoben, dass laut Arztbrief der Medizinischen Universitätsklinik U. vom 24.06.2003 bei der Untersuchung am 13.05. 2003 ein Kontrolltermin am 11.05.2004 (das heißt nach zwölf Monaten) vorgesehen worden sei. Der hinzu gekommene labile Bluthochdruck sei medikamentös gut eingestellt. Der Versorgungsmediziner Dr. H. hat in seiner chirurgischen Stellungnahme vom 19.01.2004 dauerhafte Funktionseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule verneint.

Der Kläger beantragt, den Beklagten unter Änderung des Bescheides/Widerspruchsbescheides vom 05.03./11.08.1998 in der Fassung des Teilvergleichs vom 17.01.2002 sowie Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts

Augsburg vom 17.01.2002 zu verurteilen, bei ihm ab September 1997 einen GdB von mindestens 50 festzustellen; hilfsweise: von Amts wegen ein weiteres endokrinologisches Gutachten einzuholen.

Der Bevollmächtigte des Beklagten beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 17.01.2002 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die beigezogene Schwerbehindertenakte des Beklagten sowie die Gerichtsakten des ersten und zweiten Rechtszugs Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig ([Â§ 51 Abs.1 Nr.7 SGG](#) i.V.m. [Â§ 69 SGB IX](#), [Â§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -), erweist sich jedoch als unbegründet.

Zwischen den Beteiligten besteht Streit, mit welchem GdB die Folgen des beim Kläger am 09.04.1997 operativ entfernten Hypophysentumors zu bewerten sind.

Das Sozialgericht Augsburg ist zu Recht davon ausgegangen, dass dem Kläger kein höherer GdB als 30 ab September 1997 bzw. 40 ab August 1999 zusteht. Den über den am 17.01.2002 von den Beteiligten geschlossenen Teilvergleich hinausgehenden Klageantrag hat das Sozialgericht zutreffend abgewiesen.

Wie das Sozialgericht bereits ausführlich dargelegt hat, richtet sich die Feststellung von Behinderungen und des GdB seit 01.07.2001 nach [Â§§ 69](#) und [2 SGB IX](#) (vorher nach [Â§§ 3](#) und [4 SchwbG](#)). Der Grad einer Behinderung wird nach Zehnergraden abgestuft entsprechend ihren Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft festgestellt. Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt ([Â§ 69 Abs.1](#) und [3 SGB IX](#)). Dabei ist zu beachten, dass die Auswirkungen von einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen einander verstärken, sich überschneiden, aber auch gänzlich voneinander unabhängig sein können. Gleichgültig ist, auf welche Ursachen die Auswirkungen zurückzuführen sind. Entscheidend ist, dass sie Krankheitswert haben. Dann sind sie als Behinderungen zu berücksichtigen (vgl. BSG-Urteil vom 09.04.1997 [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr.19](#)). Der GdB ist unter Heranziehung der Anhaltspunkte festzulegen. Obwohl diese weder auf dem Gesetz noch auf einer Verordnung oder Verwaltungsvorschrift beruhen, haben sie nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts normähnliche Auswirkungen und sind im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen zu beachten (BSG-Urteil vom 11.10.1994 [SozR 3-3870 Â§ 3 Nr.5](#)).

Die Folgen einer Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, wie sie beim Kläger vorliegt, sind in den Anhaltspunkten nicht ausdrücklich geregelt. Unter Nr.26.15 (S.121) der Anhaltspunkte ist lediglich die "chronische

Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)" erwähnt, das gut behandelbar sei, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten seien. Selten auftretende Funktionsstörungen seien analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z.B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen. Diese Lücke in den Anhaltspunkten zwingt nach Auffassung des Senats dazu, die GdB-Bewertung für die Folgen der Tumoroperation des KIärgers (ohne die psychische und die Sehbeeinträchtigung) in erster Linie in Analogie zu den Vorgaben in den Anhaltspunkten Nr.26.15 (S.119) für die Zuckerkrankheit vorzunehmen. Hier wie dort geht es um den Ausgleich eines Hormonmangels. Da der KI rgler sowohl mit Tabletten (täglich je 1 Tablette zur Substitution des Schilddrüsenhormons bzw. 2 Tabletten Hydrocortison   bei Belastungen auch mehr -) als auch mit Spritzen (täglich 1 Spritze bezüglich des Wachstumshormons und alle drei Wochen oder auch kürzer 1 Spritze bezüglich des Geschlechts- hormons) behandelt wird, ist dies vergleichbar mit der Behandlung eines Diabetikers durch Diät, orale Antidiabetika und ergänzende Insulin-Injektionen. Hierfür ist ein GdB von 30 auf Seite 119 der Anhaltspunkte vorgesehen. In seinen Stellungnahmen vom 10.02. und 03.06.2003 hat Dr. S.  berzeugend darauf hingewiesen, dass sowohl im Falle des KIärgers als auch bei Zuckerkranken Hormonsubstitutionen die physiologischen Hormonbiorhythmen nur im Ansatz imitieren können. Wegen dieser verbleibenden Defizite und Stoffwechselschwankungen ist die Annahme einer Behinderung mit einem entsprechenden GdB gerechtfertigt. Vor allem, weil auch die Hydrocortison-Therapie eine vorübergehende Dosisanpassung an besondere Ereignisse erfordert, ist sie einem Diabetes mellitus mit Einzel-GdB 30 vergleichbar, bei dem bekannt ist, dass zum Beispiel im Falle einer akuten Infektion oder verhinderten Nahrungsaufnahme eine akute Unter- zuckerung droht und die Gefahr einer Schädigung besteht, die unter Umständen höher anzusetzen ist als die Gefahr einer akuten Gefährdung wegen unterdosierter Hormonersatztherapie mit Nebennierenhormonen. Auch wenn die Gefahr der Unterzuckerung bereits bei einem allein mit Diät und Sulfonylharnstoff-Tabletten eingestellten Diabetiker, dessen GdB 20 beträgt, besteht, erscheint das Zustandsbild des KIärgers, der vier ausgefallene Hormone mit Tabletten und Spritzen ersetzen muss, doch schwerwiegender und insbesondere auch wegen des größeren st ndigen Behandlungsaufwands belastender. Auch leidet der KI rgler infolge der Tumoroperation an einer gewissen Beeinträchtigung seiner geistigen Leistungsfähigkeit, wird schneller müde und neigt zu Kopfschmerzen. Ferner treten Schlafstörungen auf, weil der Tag- und Nachtrhythmus hormonell bedingt beeinträchtigt ist. Die Störung des Stoffwechsels hat zu einer Gewichtszunahme von 10 bis 13 kg seit April 1997 geführt. Auch im sexuellen Bereich bestehen Beeinträchtigungen, jedoch keine Impotenz. Somit erscheint die Auffassung der gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. W. und Dr. R. nachvollziehbar, die allein diese physischen Beeinträchtigungen des KIärgers mit einem GdB von 30 bewertet haben.

Ein Vergleich mit der antikonvulsiven Behandlung eines Anfallsleidens liegt nach hiesiger Ansicht ferner. Die Vorgaben für die Folgen einer offenen Gehirnoperation in den Anhaltspunkten sind nicht heranzuziehen, da eine solche Operation nicht stattgefunden hat.

Unter Einbeziehung einer Bewertung mit GdB 20 für die reaktive depressive Verstimmung des Klägers ab der Untersuchung durch Prof. Dr. W. am 26.08.1999 ergibt sich insgesamt für die Folgen der Hypophysenoperation ein GdB von 40. Die depressive Verstimmung kann auch nach den Anhaltspunkten Nr. 26.3 (S.60) nicht höher bewertet werden, da insbesondere noch keine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit beim Kläger angenommen werden kann und er auch nicht in entsprechender psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung ist.

Auch im Hinblick darauf, dass die leichte psychische Störung des Klägers zumindest größtenteils Folge der Hypophysenerkrankung ist, erscheint der Gesamt-GdB von 40 nicht zu niedrig, da diese Bewertung der eines Typ-I-Diabetikers entspricht, dessen Blutzucker durch Diät und alleinige Insulin-Behandlung gut einstellbar ist. Ein solcher Diabetiker hat, wie Dr. S. am 10.05.2000 dargelegt hat, durchschnittlich fünfmal am Tag seinen Blutzucker zu messen und die Insulin-Dosis unter Beachtung der jeweiligen Nahrungszufuhr und der körperlichen Aktivität zu berechnen.

Der Gesamt-GdB von 40 befindet sich auch im Rahmen der Empfehlung bei Marx/Klepzig, die in Fällen wie dem des Klägers einen GdB-Rahmen von mindestens 40 bis 60 vorgeschlagen haben. Dabei ist diese Empfehlung weniger bedeutsam und entscheidungsrelevant als die Vorgaben der Anhaltspunkte, die in erster Linie zu beachten sind, obwohl sie keine spezielle GdB-Bewertung enthalten, aber Analogien ermöglichen. (Die auf Seite 121 der Anhaltspunkte erwähnte chronische Nebennierenrindeninsuffizienz stellt nur einen Ausschnitt der beim Kläger vorliegenden Hypophysenvorderlappeninsuffizienz dar.)

Auch die zuletzt beigezogenen Befunde von der Internistin Dr. S., dem Orthopäden Dr. G., dem Augenarzt Dr. B. und der Heilpraktikerin E. geben keinen Anlass, von zusätzlichen Behinderungen des Klägers und einem höheren Gesamt-GdB auszugehen. Der Beklagte hat nachvollziehbar durch versorgungsärztliche Stellungnahmen auf internistischem und orthopädischem Fachgebiet dargelegt, dass ein gut eingestellter neu hinzugekommener labiler Hypertonus allenfalls einen Einzel-GdB von 10, aber keinen höheren Gesamt-GdB rechtfertigt. Ein im Oktober 2003 aufgetretenes akutes Lumbalsyndrom (eventuell rezidivierend bis 28.11.2003) kann noch nicht als dauerhafte (mindestens sechs Monate anhaltende) Behinderung im Bereich der Lendenwirbelsäule angesehen werden. Der Reha-Entlassungsbericht vom 18.09.2001 enthielt ausdrücklich im Aufnahmebefund die Feststellung, dass die Wirbelsäule nicht klopfschmerzhaft sei und die Gliedmaßen frei beweglich seien.

Die in der mündlichen Verhandlung am 28.10.2003 von der Ehefrau des Klägers angegebene geringere Belastbarkeit bei Kopfschmerzen und eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit wurde auch erneut von der Internistin Dr. S. in ihrem Befundbericht vom 03.12.2003 bestätigt. Eine Zunahme dieser Beschwerden hat sie nicht bestätigt. Der Kläger und seine Ehefrau haben bereits bei der Untersuchung durch den Nervenarzt Prof. Dr. W. am 26.08.1999 über Konzentrationsstörungen, Erschöpfungszustände und eine verminderte

Belastbarkeit geklagt. Aufgrund ausführlicher neurologischer, psychiatrischer und zusätzlicher psychologischer Untersuchung hat Prof. Dr. W. damals widerspruchsfrei und in Übereinstimmung mit den Anhaltspunkten ausgeführt, dass diese geklagten Symptome bei nicht ausreichender Substitution, zum Beispiel bei außergewöhnlichen Belastungen und Erkrankungen auftreten können; es handle es sich dabei um eine fehlende Krankheitsverarbeitung mit depressiver Reaktion, die jedoch insgesamt nicht als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit angesehen werden könne, sondern nur als leichtere psychische Störung. Gegen die weitere Gültigkeit dieser Einschätzung spricht nicht die Tatsache, dass sich der Kläger seit 1. März 2003 in der passiven Phase (demnach wohl seit März 1998 in der aktiven Phase) seiner Altersteilzeit befindet, auch wenn die Folgen der Tumoroperation ausschlaggebend für die Entscheidung des Klägers gewesen sein mögen. Ein bestimmter GdB kann weder einer rentenversicherungsrechtlichen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit oder den Gründen für eine Altersteilzeitbeschäftigung zugeordnet werden.

Den Vorschlägen der gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B. und Dr. E. hat sich der Senat nicht anschließen können. Der letztgenannte Sachverständige hat sich bedauerlicherweise trotz entsprechender Hinweise in der Beweisanordnung nicht mit den Anhaltspunkten und der speziellen Problematik der erforderlichen Analogie-Schlüsse bezogen auf vergleichbare und in den Anhaltspunkten bewertete Gesundheitsstörungen auseinander gesetzt.

Auch Prof. Dr. B. hat keine überzeugende Begründung für seinen Bewertungsvorschlag mit GdB 50 für die Hypophysenvorderlappeninsuffizienz gefunden. Entgegen den Anhaltspunkten Nr.18 Abs.7 hat er eine durchschnittliche eingeschränkte Lebenserwartung bei diesem Krankheitsbild berücksichtigt und sich vor allem an den GdB-Vorgaben von Marx/Klepzig und weniger an denen der Anhaltspunkte orientiert.

Die Berufung war aus diesen Gründen in der Sache nicht erfolgreich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§Â§ 183, 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 27.09.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024