L 7 SB 94/14

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 22 SB 392/12
Datum
21.05.2014
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 94/14
Datum
21.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Bei der am ... 1972 geborenen Klägerin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 12. April 1999 einen GdB von 40 wegen eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus fest. Den Neufeststellungsantrag der Klägerin, den diese mit der Notwendigkeit von fünf täglichen Insulininjektionen begründete, lehnte er mit Bescheid vom 20. Februar 2008 ab. Am 6. Februar 2012 stellte die Klägerin einen weiteren Neufeststellungsantrag und verwies auf den neu festgestellten Bluthochdruck. Der Beklagte holte einen Befundschein des Facharztes für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. vom 14. Februar 2012 ein, der über die derzeitige Therapieoptimierung des seit Januar 2012 bekannten Bluthochdrucks berichtete. Darunter seien die Blutdruckwerte rückläufig, aber noch nicht zufriedenstellend. Der Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie K. teilte mit: Der Diabetes mellitus werde mit fünf bis sieben Insulininjektionen (je nach Ernährung) behandelt. Blutzuckermessungen seien vier- bis sechsmal täglich erforderlich. Die Insulinanpassungen erfolgten in Abhängigkeit von Blutzuckerwert, folgender Mahlzeit und körperlicher Belastung. In Anlage übersandte er die protokollierten Blutzuckermessungen für den Zeitraum vom 19. November 2011 bis 16. Februar 2012.

Mit Bescheid vom 17. April 2012 lehnte der Beklagte nach Beteiligung seines ärztlichen Dienstes (Dr. G.) die Neufeststellung des GdB ab, da der Bluthochdruck unter Medikation gut eingestellt sei und keinen Einzel-GdB erreiche. Nach Widerspruch der Klägerin am 26. April 2012 holte der Beklagte eine prüfärztliche Stellungnahme seines ärztlichen Gutachters Dr. B. vom 30. Mai 2012 ein, der ausführte: Es liege bei der Klägerin eine Zuckerkrankheit mit stabiler Stoffwechsellage vor. Eine durch erhebliche Einschnitte gravierend beeinträchtigte Lebensführung mit ausgeprägter Teilhabebeeinträchtigung sei aus den Befunden nicht ableitbar. Ein höherer GdB lasse sich daher nicht begründen. Mit Widerspruchsbescheid vom 7. September 2012 wies der Beklagte dem folgend den Widerspruch der Klägerin zurück und führte ergänzend aus: Spürbare Leistungseinbußen in Folge wechselnder Blutzuckerwerte und erheblich behindernder Auswirkungen des Diabetes mellitus bei der Planung des Tagesablaufs, der Freizeitgestaltung, der Mobilität und der Berufsausübung seien aus den vorliegenden Dokumentationen nicht erkennbar.

Dagegen hat die Klägerin am 27. September 2012 Klage beim Sozialgericht (SG) Halle erhoben und vorgetragen: Der Bluthochdruck sei nicht zufriedenstellend eingestellt. Im Februar und März 2012 sei sie wegen des Bluthochdrucks und einer Stoffwechselstörung für die Dauer von fünf Wochen arbeitsunfähig gewesen. Auch sei der Blutzucker nicht optimal eingestellt. Der letzte HbA1c-Wert habe 6,2 % betragen. Sie führe seit April 2012 auch ein Diabetikertagebuch. Sportliche Aktivitäten seien nur eingeschränkt möglich. Sie sei berufstätig und müsse fünf- bis siebenmal täglich ca. eine Viertelstunde vor den Mahlzeiten den Blutzucker messen, um die zu spritzenden Einheiten zu berechnen. Im Übrigen habe auch ihre Sehstärke nachgelassen. Dazu verwies sie auf einen Untersuchungsbefund der Fachärztin für Augenheilkunde Dipl.-Med. K., wonach der Visus rechts 0,9 und links 1,0 betragen habe. Eine diabetische Retinopathie liege danach nicht vor. Der HbA1c-Wert wurde mit 7,9 % angegeben. Außerdem verwies die Klägerin auf eine Heilmittelverordnung des Dipl.-Med. M. vom 10. Dezember 2012 aufgrund einer Erkrankung der Halswirbelsäule (HWS).

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dipl.-Med. M. hat am 5. April 2013 über eine Zunahme der diabetischen Neuropathie berichtet. Es bestünden Kribbelparästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, insbesondere beider Hände, im Bereich der Unterschenkel und beider Füße. Die Klägerin sei bereits bei geringer Belastung schnell erschöpft und schildere rezidivierende Schwindelanfälle. Der sekundär insulinbedürftige Diabetes mellitus Typ II sei die Ursache dieser Beschwerden. Der Blutdruck sei unter Therapie nicht erhöht und damit ausreichend therapiert. Augenhintergrundveränderungen oder eine hypertensive Herzerkrankung (z. B. eine Linksherzhypertrophie) bestünden nicht. Folgende HbA1c-Werte seien vom 21. September 2009 bis 9. August 2012 festgestellt worden: 7,0; 6,8; 7,2; 7,1; 7,9. Ergänzend hat der Arzt am 10. Dezember 2013 über Müdigkeit und Konzentrationsstörungen berichtet. Der Diabetologe K. hat am 30. April 2014 mitgeteilt: Die Befunde seien unverändert, was beim Diabetes mellitus durch HbA1c-Werte von relativ konstant um 7 % zum Ausdruck komme. Die anhaltend instabile Stoffwechsellage zeige sich im Wechsel von zu hohen und zu niedrigen Blutzuckerwerten ohne eindeutig erkennbares und damit nicht behandelbares System. Leichte Hyper- und Hypoglykämien träten regelmäßig auf. Die Instabilität beruhe auf der erloschenen Insulineigenproduktion der Klägerin. Auch der erhebliche Behandlungsaufwand (sechs bis sieben Insulininjektionen und Blutzuckermessungen täglich, Anpassung von Ernährung, Bewegung und Alltagsleben) könne dies nicht ausgleichen.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme seiner ärztlichen Gutachterin Dr. W. vom 5. Juni 2013 verwiesen, wonach der Diabetes mellitus mit einem GdB von 40 und der Bluthochdruck mit 10 zu bewerten seien. Unter der intensivierten Insulintherapie bestünden die üblichen krankheitsimmanenten Blutzuckerschwankungen. Schwere Stoffwechselentgleisungen, die zu gravierenden Einschnitten in den Tagesablauf führen könnten, seien nachweislich nicht aufgetreten. Der Therapieaufwand und die üblichen Schwankungen bzw. die damit einhergehenden Beschwerden seien in dem GdB von 40 berücksichtigt. Der Diabetologe habe ausdrücklich eine wesentliche Veränderung verneint und mit HbA1c-Werten um 7 % einen stabilen Verlauf belegt. Organkomplikationen und Folgeerscheinungen lägen nicht vor. Die Polyneuropathie sei fachärztlich nicht bestätigt und bedinge beim Fehlen neurologischer Ausfälle keine zusätzliche Behinderung. Der Blutdruck sei gut eingestellt. Ohne Herz- oder andere Organbeteiligungen sei allenfalls ein GdB von 10 zu begründen. Orthopädische Befundberichte zu Funktionsbehinderungen der HWS lägen nicht vor. Die Klägerin habe auch keine diesbezüglichen Beschwerden geltend gemacht.

Ergänzend hat die Klägerin nach Hinweisen des SG vorgetragen: Bereits gegen 5 Uhr müsse sie die erste Messung des Blutzuckers durchführen. Für die Messungen, das Spritzen, die Berechnung der Broteinheiten und die Dokumentation im Diabetikertagebuch müsse sie täglich zu jeder Mahlzeit ca. 10 Minuten zusätzlich einplanen. Die exakte Einhaltung des Tagesablaufs werde durch die berufliche Situation erschwert. Sie fahre gegen 5:45 Uhr von zu Hause mit dem PKW zum Bahnhof H. und dann weiter mit dem Zug nach M ... Dort komme sie gegen 7:50 Uhr an. Sie arbeite dann in Gleitzeit täglich sechs Stunden. Die Rückfahrt erfolge mit dem Zug um 14:26 Uhr, die Ankunft in H. auf dem Bahnhof sei um 15:18 Uhr. Danach fahre sie mit dem Auto weiter, sodass sie gegen 16:15 Uhr zu Hause ankomme. Zweimal monatlich absolviere sie Bereitschaftsdienste, wobei sie erst gegen 20:00 Uhr zu Hause sei. Im Büroalltag habe sie das Messen und Spritzen mit in den Arbeitsablauf eingeplant. Dazu könne sie in ihrem Büro direkt am Schreibtisch sitzen bleiben, die Messung durchführen, die Spritzen geben und die Dokumentation führen. Währenddessen übernehme die Kollegin die Tätigkeiten, wie z. B. Kundengespräche. Die letzte Messung des Blutzuckers erfolge bis ca. 23:00 Uhr, die früheste habe sie auf ca. 5:00 Uhr verlegt. Sie könne nicht noch in der Nacht den Wecker stellen, um nochmals zu messen und zu spritzen. Blutzuckerschwankungen habe sie bei zu viel Stress. Sie bemerke die Unterzuckerungen durch Schweißausbrüche und Zittern. Diese seien mit Kopfschmerzen, Kreislaufschwankungen, Unwohlsein und Schlafstörungen verbunden. Auch leide sie unter Konzentrationsmängeln. Weil sie jedoch überwiegend einen geregelten Tagesablauf habe, seien in der letzten Zeit keine erheblichen Kreislaufprobleme aufgetreten. Bei niedrigen Blutzuckerwerten habe sie Probleme bei ihrer beruflichen Tätigkeit, insbesondere wenn sie Kundengespräche führe. Durch regelmäßiges Essen komme es aber zu weniger Unterzuckerungen. Sie betreibe auch keine sportlichen Aktivitäten mehr. Den Kurs im Fitnessstudio könne sie wegen Kreislaufproblemen nicht mehr durchführen. Fahrradfahren könne sie nur kürzere Strecken. Auch fahre sie keine längeren Strecken mehr mit dem Auto. Im Haushalt könne sie nur leichte Tätigkeiten ausführen. Gartenarbeit könne sie nicht mehr erledigen. Sie könne auch keinen spontanen Aktivitäten nachgehen. Sie müsse immer vorher planen, zu welchem Zeitpunkt sie sich wann und wo befinde. Längere Krankschreibungen seien seit Anfang 2012 nicht mehr notwendig gewesen. Dennoch leide sie weiter unter Bluthochdruck.

Der Beklagte hat auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 13. Mai 2014 verwiesen. Danach sei im gesamten erfassten Zeitraum ausweislich der vorgelegten Diabetestagebücher keine einzige Unterzuckerung aufgetreten. Die Klägerin könne ihre Stoffwechselführung sehr gut an die Tagesgestaltung anpassen, indem z. B. die tägliche dritte Messung zwischen 12:00 und 16:00 Uhr sowie die fünfte zwischen 20:00 und 0:00 Uhr variiert werde. Die Schilderungen zum Tagesablauf zeigten den üblichen Therapieaufwand beim insulinpflichtigen Diabetes mellitus, der mit einem GdB von 40 angemessen berücksichtigt werde. Gravierende Einschnitte in den Tagesablauf seien den Schilderungen und den Blutzuckerverläufen bzw. den Diabetestagebüchern nicht zu entnehmen. Der Verzicht auf Sport sei bei dem hier vorliegenden stabilen Erkrankungsverlauf nicht notwendig.

Mit Urteil vom 21. Mai 2014 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Diabetes mellitus der Klägerin sei mit einem GdB von 40 zu bewerten. Die Blutzuckerwerte lägen im normalen Bereich und zeigten keine schwerwiegenden Unter- oder Überzuckerungen. Leichte Unterzuckerungen könnten von der Klägerin selbständig behandelt werden. Wesentliche Folgeschäden seien nicht aufgetreten. Bei der Klägerin lägen HbA1c-Werte zwischen 6,9 und 7,9 % vor, so dass von einem gut eingestellten Diabetes mellitus auszugehen sei. Zu schweren hypoglykämischen Entgleisungen mit ärztlicher Fremdhilfe sei es seit Jahren nicht gekommen. Soweit der Diabetologe angebe, die Stoffwechsellage sei trotz der Behandlung mit enormem Aufwand anhaltend instabil, so lasse sich dies anhand der HbA1c-Werte medizinisch nicht objektivieren. Die Klägerin sei Ende 2012 letztmalig arbeitsunfähig erkrankt. Häufige stationäre Aufenthalte, Nachschulungen und Therapieumstellungen seien nicht erforderlich. Die sonstigen von der Klägerin vorgetragenen Einschränkungen durch die Notwendigkeit der ständigen Kontrolle bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und die häufigen Blutzuckermessungen führten noch nicht zu einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung, die einen GdB von 50 rechtfertigten. Dass die Klägerin aus Angst vor Unterzuckerungen mittels öffentlicher Verkehrsmittel den Arbeitsweg zurücklege und dadurch eine Stunde länger täglich unterwegs sei, begründe keine gravierende Beeinträchtigung. Die stabile, medikamentös behandelte Hypertonie erhöhe den Gesamt-GdB nicht.

Gegen das ihr am 10. Juni 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10. Juli 2014 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und zur Begründung vorgetragen: Aufgrund der Blutzuckerschwankungen habe sie Kreislaufprobleme, leide unter Kopfschmerzen und Unwohlsein sowie Angstzuständen vor Unterzuckerungen. Eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung sei anzunehmen, da sie 50 bis 70 Minuten mehr für die Einnahme der Mahlzeiten benötige. Unter Berücksichtigung des zusätzlichen Zeitaufwandes von

mindestens 60 Minuten für die Wegstrecke müsse von einem erheblichen Einschnitt in die Lebensführung ausgegangen werden. Es müsse der Zeitaufwand für zusätzliche Tätigkeiten, wie Parken am Zwischenstopp in H., Gehen zum Bahnhof, Wartezeit am Bahnsteig etc. berücksichtigt werden. Dies stelle einen erheblichen Mehraufwand gegenüber dem Fahren der gesamten Strecke mit einem PKW dar. Schließlich hätte die Entscheidung über das Bestehen einer stabilen bzw. instabilen Stoffwechsellage nur durch einen Sachverständigen erfolgen können. Allein die Feststellung durch das SG anhand eines Vergleichs der Werte der Klägerin mit den Normalwerten reiche nicht aus, weil dafür hinreichende medizinische Kenntnisse notwendig seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 21. Mai 2014 sowie den Bescheid des Beklagten vom 17. April 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. September 2012 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab 6. Februar 2012 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, auch nach der weiteren Sachaufklärung seien die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht gegeben.

Der Senat hat weitere Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Der Hautarzt Dr. Z. hat am 9. März 2015 über die Behandlung der Klägerin zwischen dem 20. Oktober und 9. Dezember 2014 wegen einer Psoriasis capitis und Haarausfall berichtet. Der Zustand habe sich nach Behandlung verbessert. Dipl.-Med. M. hat am 18. März 2015 einen sich im Normbereich befindenden Blutdruck mitgeteilt. Es sei insgesamt von einer leichten Form mit geringen bzw. keinen Leistungsbeeinträchtigungen auszugehen. Die bei ihm festgestellten HbA1c-Werte hat er mit 7,6 (11. Februar 2014) und 7,9 (9. August 2012) angegeben. Außerdem bestehe ein Zervikothorakalbrachialsyndrom bei Myogelosen. Unter physikalischer Therapie sei eine positive Beeinflussung der Beschwerden möglich. Der Diabetologe K. hat am 27. März 2015 über einen unveränderten Gesundheitszustand berichtet. Organkomplikationen lägen nicht vor. Die Klägerin könne prinzipiell einen PKW führen, müsse vor Fahrtantritt und während der Fahrt aber regelmäßig den Blutzucker zur Erkennung von eventuellen Unterzuckerungen messen bzw. dürfe bei unzureichenden Blutzuckerwerten die Fahrt nicht antreten bzw. fortsetzen. Sie könne prinzipiell auch Sport treiben, müsse aber vor und während der Aktivität regelmäßig den Blutzucker messen. Folgende HbA1c-Werte hat der Arzt mitgeteilt: 7. September 2013: 6,7; 28. November 2013: 6,6; 6. März 2014: 7,0; 26. Juni 2014: 6,9; 2. Oktober 2014: 6,8; 15. Januar 2015: 6,8.

In Auswertung der Unterlagen hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme seiner Gutachterin Dr. W. vom 22. April 2015 verwiesen. Danach führten unspezifische Befindlichkeitsstörungen nicht zu einem GdB. Der Blutdruck liege im Normbereich und die Blutzuckerwerte befänden sich im therapeutischen Zielbereich. Auch die angegebenen Wirbelsäulenbeschwerden rechtfertigten keinen GdB. Die im Oktober 2014 festgestellten Psoriasiserscheinungen auf dem Kopf sowie der Haarausfall hätten sich im Dezember 2014 gebessert und bedingten keinen GdB.

Am 6. Oktober 2015 hat eine nichtöffentliche Sitzung des Senats stattgefunden. In dieser hat die Klägerin erklärt: Seit dem Jahr 2000 sei sie bei einer Versicherung in M. beschäftigt. Sie fahre immer mit dem Auto von ihrem Wohnort nach H. (ungefähr 45 min) und anschließend mit dem Zug weiter. Die Fahrzeit sei für sie sehr belastend. Sie könne ohne direkten Publikumsverkehr arbeiten, nehme aber Anrufe entgegen und bearbeite Anträge. Längere PKW-Strecken fahre ihr Mann. Bei Urlaubsreisen bevorzugten sie Kurzstreckenflugreisen wie z. B. nach Mallorca oder Bulgarien. Sportliche Aktivitäten führe sie nicht durch. In der Woche bleibe nicht viel Freizeit. Am Wochenende müsse sie die Hausarbeit nachholen. Gelegentlich gehe sie in das Kino. Es belaste sie sehr, dass sich das ganze Leben nur noch um den Diabetes drehe. Schon früh müsse sie daran denken, was sie essen wolle und ob sie noch etwas einkaufen müsse. Sie kenne auch ein Leben ohne Diabetes mellitus. Das sei komplett anders gewesen. Spontane Dinge habe sie sich abgewöhnt. Sie könne einfach nicht essen gehen, wenn sie gefragt werde, ob sie Lust darauf habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen. Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat der Beklagte mit Bescheid vom 17. April 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. September 2012 die Neufeststellung des Behinderungsgrades ab 6. Februar 2012 abgelehnt. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft liegen weiterhin nicht vor.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 6. Februar 2012. Hierbei handelt es sich um eine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, für die bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitraum vom Neufeststellungsantrag bis zur Entscheidung durch den Senat maßgeblich ist.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 12. April 2009 einen GdB von 40 festgestellt und damit über den Behinderungsgrad der Klägerin entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach § 48 Abs.1 des Zehnten Buches des (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 12. April 2009 vorgelegen haben, ist keine Änderung eingetreten. Die Funktionsstörungen der Klägerin rechtfertigen auch weiterhin die

Feststellung eines GdB von 40.

Nach § 69 Abs. 1 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) 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. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412) aufgestellt worden. Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (VMG, Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt.

Soweit der streitigen Bemessung des GdB die GdS-Tabelle der VMG (Teil A) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 1) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut 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).

Nach diesem Maßstab ist bei der Klägerin weiterhin ein GdB von 40 ab 6. Februar 2012 bis zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen. Dabei stützt sich der Senat auf die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die Arztbriefe, die vorgelegten Diabetikertagebücher der Klägerin, ihre eigenen Angaben sowie die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten.

a)

Das zentrale Leiden der Klägerin betrifft das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" und wird durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ I geprägt. Auf der Grundlage der Zweiten Verordnung zur Änderung der VMG vom 14. Juli 2010 gilt nach Teil B, Nr. 15.1:

"Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 30 bis 40.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdS beträgt 50.

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen."

Das BSG hat mit Urteil vom 2. Dezember 2010 (B 9 SB/09 R, juris) diese Neufassung der VMG für rechtmäßig erklärt (vgl. BSG a.a.O. Rdn. 26) und für die Zeit vor Inkrafttreten der Verordnung unter Hinweis auf das Urteil vom 24. April 2008 (B 9/9a SB 10/06) bei der Bewertung des Einzel-GdB eines insulineingestellten Diabetes mellitus neben der Einstellungsqualität insbesondere den jeweiligen Therapieaufwand hervorgehoben, soweit sich dieser auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirkt. Hierbei ist der GdB eher niedrig anzusetzen, wenn bei geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht werden kann. Bei einem beeinträchtigenden, wachsenden Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabilere Stoffwechsellage) wird der GdB entsprechend höher zu bewerten sein. Dabei sind – im Vergleich zu anderen Behinderungen – die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu prüfen (BSG a.a.O. Rdn. 33). Bei therapiebedingten Einschränkungen in der Lebensführung können z.B. die Planung des Tagesablaufs, die Gestaltung der Freizeit, die Zubereitung der Mahlzeiten, die Berufsausübung und die Mobilität beachtet werden (vgl. Begründung zur Verordnungsänderung, BR-Drucksache 285/10 S. 3 zu Nr. 2).

Durch die Neufassung der VMG zum Diabetes mellitus erfordert die Feststellung eines GdB von 50 nicht nur mindestens vier Insulininjektionen pro Tag und ein selbständiges Anpassen der Insulindosis. Zusätzlich muss es - sei es bedingt durch den konkreten Therapieaufwand, die jeweilige Stoffwechselqualität oder wegen sonstiger Auswirkungen der Erkrankung (z.B. Folgeerkrankungen) - zu einer krankheitsbedingten erheblichen Beeinträchtigung in der Lebensführung kommen (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, B 9 SB 2/12 R, juris). Die Formulierung in Teil B, Nr. 15.1 VMG "und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind" ist daher nicht nur therapiebezogen gemeint, sondern dahingehend zu verstehen, dass neben dem eigentlichen Therapieaufwand durch die notwendigen Insulininjektionen und die selbständige jeweilige Dosisanpassung eine zusätzliche Wertung notwendig ist, um die Schwerbehinderung zu rechtfertigen. Der am insulinpflichtigen Diabetes mellitus Erkrankte muss daher wegen des reinen Therapieaufwandes und/oder den durch die Erkrankung eingetretenen weiteren Begleitfolgen generell gravierende Einschritte in der Lebensführung erleiden. Dass zusätzlich ein gravierender Einschnitt in die Lebensführung festgestellt werden muss, ergibt sich aus den vorhergehenden Formulierungen der VMG für einen GdB von 30 bis 40. Hiernach sind für die Bewertung der Teilhabeeinschränkung der konkrete Therapieaufwand und die jeweilige Stoffwechselqualität von wertungserheblicher Bedeutung. Diese beiden Kriterien müssen entsprechend auch bei der höheren Bewertungsstufe eines GdB von 50 noch bedeutsam sein. Für die besondere Bedeutung der Stoffwechsellage spricht auch, dass nach den VMG außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen allein bereits eine Erhöhung des GdB rechtfertigen können.

Ein GdB von 50 setzt damit mindestens vier Insulininjektionen pro Tag, ein selbständiges Anpassen der Insulindosis und durch erhebliche Einschnitte gravierende Beeinträchtigungen in der Lebensführung voraus. Diese Anforderungen für einen GdB von 50 erreicht die Klägerin unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls während der gesamten streitbefangenen Zeitraums nicht. Dabei hat der Senat unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16. Dezember 2014, B 9 SB 2/13 R, juris) eine Gesamtbetrachtung aller Lebensbereiche angestellt. Der Senat folgt insoweit den Einschätzungen der Versorgungsärzte des Beklagten.

Die Klägerin führt nach den Angaben ihres behandelnden Diabetologen K. und ausweislich ihres Diabetikertagebuchs die Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen und selbständigen Dosisanpassungen der Insulingabe durch. Neben der täglichen Injektion mit einem Langzeitinsulin muss sie zu jeder Mahlzeit das kurz wirkende Insulin einsetzen und dabei auch die jeweilige Insulindosis variieren. Hinzu kommen Blutzuckermessungen zu jeder Mahlzeit und bei körperlichen Aktivitäten, sodass oftmals sechs tägliche Messungen erfolgen. Allerdings fehlt es bei der Klägerin an erheblichen Einschnitten, die sich so gravierend auf ihre Lebensführung auswirken, dass die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werden kann. Aufgrund der therapie- und erkrankungsbedingten Einschränkungen in der konkreten Lebensführung der Klägerin lässt sich eine gravierende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund der Erkrankung an Diabetes mellitus nicht erkennen.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Teilbereiche, in denen sich therapie- und krankheitsbedingte Einschränkungen in der Lebensführung auswirken können, lässt sich feststellen, dass gravierende Auswirkungen bei der Klägerin nicht in den Bereichen der Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten und der Mobilität vorliegen. Die von ihr angegebenen Nachteile durch ihre Stoffwechselerkrankung sind insgesamt zwar einschränkend und belastend, jedoch nicht gravierend im Sinne der VMG. So ist die Klägerin in ihrer Mobilität nicht gravierend eingeschränkt. Sie fährt Fahrrad und kann nach dem Bericht des Diabetologen K. einen PKW führen, sofern sie vor Fahrtantritt und während der Fahrt den Blutzucker zur Erkennung von eventuellen Unterzuckerungen misst. Sie fährt auch tatsächlich mit dem PKW zweimal täglich eine Strecke von ca. 45 zum Bahnhof H. bzw. von diesem zu ihrem Wohnort. Auch unternimmt sie regelmäßig Urlaubsreisen, wie z. B. nach Mallorca oder Bulgarien. Wie die Urlaubsreisen und Kinobesuche zeigen, erfährt auch ihr Freizeitverhalten durch die Erkrankung keine gravierenden Einschränkungen. Die von ihr angegebenen Aktivitäten sind, wenn auch mit einem erhöhten planerischen Aufwand verbunden, jedenfalls zumindest unter erschwerten Bedingungen (weitere Blutzuckermessungen und ggf. Reaktion durch Insulingaben) möglich. Auch die Haushaltsführung ist ihr weiterhin möglich. Der Umstand, dass die Insulindosis auf die Mahlzeiten abgestimmt werden muss, ist Teil der Therapie und nicht zusätzlich zu berücksichtigen. Gleiches gilt auch für den damit verbundenen zeitlichen Aufwand, den alle an Diabetes Erkrankten mit intensivierter Insulintherapie haben. Auch Zwischenmahlzeiten (wie z. B. spontanes Essen) sind nicht krankheitsbedingt ausgeschlossen, sondern ebenfalls unter Beachtung eines Mehraufwandes möglich. Sportliche Aktivitäten sind nach dem Befundbericht des Diabetologen K. auch nicht ausgeschlossen, sondern ebenfalls unter Beachtung eines gewissen Mehraufwandes durchführbar (weitere Blutzuckermessungen, ggf. Insulininjektionen). Daher ist nicht nachvollziehbar, weshalb bei Beachtung dieses Mehraufwandes Tätigkeiten im Haushalt und die Gartenarbeiten ausgeschlossen sein sollten.

Auch gravierende Beeinträchtigungen im Bereich der Berufsausübung liegen nicht vor. Eine krankheitsbedingte Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bzw. eine Veränderung des Arbeitsbereichs wegen der Diabeteserkrankung hat es bislang nicht gegeben. Auch erhebliche diabetesbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten sind nicht nachgewiesen. Die fünfwöchige Arbeitsunfähigkeit Anfang 2012 ist im Zusammenhang mit der damals neu festgestellten Bluthochdruckerkrankung und der Therapieeinstellung dieser Erkrankung zu sehen. Seit über vier Jahren sind vergleichbare Ausfälle nicht aufgetreten. Die Klägerin arbeitet bei einer Versicherung in Gleitzeit sechs Stunden täglich und kann diese Tätigkeit nach ihren eigenen Angaben mit der Diabeteserkrankung vereinbaren. Lediglich bei Kundengesprächen erfährt sie bei Blutzuckerschwankungen Einschränkungen. Arbeitsrechtliche Konsequenzen sind damit aber nicht verbunden, sodass nicht auf gravierende Beeinträchtigungen in der Lebensführung insgesamt geschlossen werden kann. Auch der durch die Kombination von PKW- und Bahnanreise längere Arbeitsweg kann nicht als eine gravierende Beeinträchtigung im Bereich der Berufsausübung berücksichtigt werden. Aus medizinischer Sicht bestehen nach dem Befundbericht des Diabetologen K. keine Einschränkungen hinsichtlich der Wegstrecke beim Führen eines PKW, sofern die Klägerin vor Fahrtantritt und während der Fahrt den Blutzucker zur Erkennung von eventuellen Unterzuckerungen misst. Damit ist aus medizinscher Sicht das teilweise Zurücklegen der Strecke mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht erforderlich, sodass der damit verbundene Zeitaufwand auch nicht als gravierende Beeinträchtigung berücksichtigt werden kann.

Die Klägerin wird über den einschränkenden Therapieaufwand hinaus nicht auch noch zusätzlich durch eine schlechte Einstellungsqualität in ihrer Leistungsfähigkeit und damit in ihrer Teilhabefähigkeit am Leben erheblich beeinträchtigt. Eine äußerst schwer regulierbare Stoffwechsellage liegt nicht vor. Die vom Diabetologen K. am 30. April 2014 mitgeteilte "anhaltend instabile Stoffwechsellage" wird nicht medizinisch belegt. Der Senat folgt insoweit den prüfärztlichen Stellungnahmen des Beklagten, sodass keine weitere medizinische Sachaufklärung durch ein Gutachten von Amts wegen erfolgen musste. Der HbA1c-Wert liegt danach stabil im Normalbereich für Diabetiker. Auch der Diabetologe K. hat am 30. April 2014 von "relativ konstanten" HbA1c-Werten um 7 % berichtet. Daran hat sich auch in der Folgezeit nichts geändert, wie die von ihm übermittelten HbA1c-Werte im Zeitraum vom 7. September 2013 bis 15. Januar 2015 zeigen (6,7; 6,6; 7,0; 6,9; 6,8; 6,8). Auch die mit der Erkrankung üblicherweise einhergehenden Blutzuckerschwankungen und die damit verbundenen Symptome wie Konzentrationsschwankungen, Schwindel und Müdigkeit sind Teil der Erkrankung und damit auch bei der Höhe des GdB nach den VMG bereits berücksichtigt. Darüber hinausgehende erhebliche Blutzuckerschwankungen sowie damit verbundenen Symptome lassen sich den Berichten des Diabetologen K. nicht entnehmen. Auch der Diabetologe K. hat die Blutzuckerschwankungen der Klägerin auf die erloschene Insulineigenproduktion zurückgeführt und diese damit als krankheitsimmanent eingeordnet. Es werden von der Klägerin auch keine regelmäßigen nächtlichen Blutzuckermessungen durchgeführt. Schließlich musste sich die Klägerin seit dem Neufeststellungsantrag bis zum heutigen Zeitpunkt keinen weiteren stationären Behandlungen wegen des Diabetes mellitus unterziehen.

Bei der Klägerin führen auch nicht Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu erheblichen Einschnitten in die Lebensführung. Der Diabetologe K. hat am 27. März 2015 Organkomplikationen ausgeschlossen. Sofern Dipl.-Med. M. am 5. April 2013 über eine Zunahme der diabetischen Neuropathie mit Kribbelparästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, insbesondere beider Hände, im Bereich der Unterschenkel und beider Füße berichtet hat, führt dies nicht zu einer GdB-relevanten Bewertung. Zutreffend hat die Prüfärztin Dr. W. am 5. Juni 2013 darauf verwiesen, dass die Polyneuropathie fachärztlich nicht bestätigt sei und beim Fehlen neurologischer Ausfälle keine zusätzliche Behinderung bedinge.

Die mit dem Diabetes mellitus verbundene psychische Belastung der Klägerin, insbesondere durch die Angst vor Unterzuckerungen insbesondere bei Stress und körperlichen Aktivitäten geht typischerweise mit der Krankheit einher und ist in der GdB–Bewertung für den

Diabetes mellitus bereits berücksichtigt (dazu VMG, Teil A, Nr. 2 i). Gleiches gilt für die psychische Belastung durch den Umstand, dass der Tagesablauf der Klägerin im Wesentlichen von der Krankheit geprägt wird. Eine eigenständige psychische Erkrankung hat keiner der behandelnden Ärzte mitgeteilt. Die Klägerin nimmt auch keine fachärztliche psychiatrische Behandlung wahr, die eine über die typischen Belastungen hinausgehende seelische Funktionsstörung zeigen würde.

Nach alledem kann unter Beachtung der Gesamtumstände im Einzelfall für den Diabetes mellitus bei der Klägerin kein höherer GdB als 40 festgestellt werden.

b)

Das Bluthochdruckleiden der Klägerin rechtfertigt einen GdB von 10. Nach Teil B, Nr. 9.3 VMG ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen, mit einem GdB von 0 bis zu 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form eröffnet je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Kriterien dafür sind Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung. Nach diesem Maßstab kann maximal ein Einzel-GdB von 10 für die Bluthochdruckerkrankung festgestellt werden, weil Dipl.-Med. M. über einen sich unter Therapie im Normbereich befindenden Blutdruck berichtet und die Erkrankung als leichte Form mit geringen bzw. keinen Leistungsbeeinträchtigungen eingeschätzt hat.

c)

Die weiteren von den behandelnden Ärzten der Klägerin mitgeteilten Erkrankungen waren Behandlungsleiden bzw. rechtfertigen keinen Einzel-GdB. Nach ca. sechswöchiger Behandlung der Psoriasis capitis und des Haarausfalls durch den Hautarzt Dr. Z. im Herbst 2014 hat die Erkrankung in der Folgezeit keine Erwähnung mehr gefunden, sodass von einem Ausheilen auszugehen ist. Auch die von Dipl.-Med. M. geschilderten Funktionseinschränkungen aufgrund des Zervikothorakalbrachialsyndroms bei Myogelosen rechtfertigen keinen GdB. Unter physikalischer Therapie ist nach dem Befundbericht des Dipl.-Med. M. eine positive Beeinflussung der Beschwerden möglich, sodass ebenfalls von einem Behandlungsleiden auszugehen ist. Außerdem hat der Arzt keine GdB-relevanten Einschränkungen der Wirbelsäule mitgeteilt. Es erfolgt auch keine Behandlung der Wirbelsäulenbeschwerden durch einen Orthopäden, wie dies bei erheblichen Funktionsstörungen zu erwarten wäre. Somit ist von keiner dauerhaften GdB-relevanten Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule auszugehen. Schließlich kann aufgrund des Untersuchungsbefundes der Fachärztin für Augenheilkunde Dipl.-Med. K. bei einem Visus von 0,9/1,0 und bei Ausschluss von hypertonischen Augenhintergrunderscheinungen bzw. diabetischer Retinopathie kein GdB festgestellt werden (VMG, Teil B, Nr. 4.3).

d)

Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der VMG anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden.

Danach kommt ausgehend von dem Einzel-GdB von 40 für das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" keine weitere Erhöhung aufgrund der weiteren Funktionsstörungen in Betracht. Die mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete Bluthochdruckerkrankung erhöht nicht das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung (dazu VMG, Teil A Nr. 3 ee). Für einen Ausnahmefall, der bei einem Einzel-GdB von nur 10 auch den Gesamtbehinderungsgrad erhöht, liegen hier keine Anhaltspunkte vor.

Letztlich widerspräche die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei der zwar krankheitsbedingt eingeschränkten, aber voll im beruflichen und auch gesellschaftlichen integrierten Klägerin dem nach Teil A Nr. 3 VMG zu berücksichtigenden Vergleichsmaßstab. So spricht gegen die Annahme einer Schwerbehinderung ein wertungsmäßiger Vergleich mit anderen Erkrankungsgruppen, für die ein Einzel-GdB von 50 festgestellt werden kann. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Eine derartig schwere Funktionsstörung liegt bei der Klägerin nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegt nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2016-07-14