

## L 7 SB 2/16

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 28 SB 66/14  
Datum  
09.12.2015  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 7 SB 2/16  
Datum  
17.05.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt noch die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Der am ... 1997 geborene Kläger beantragte am 26. Juli 2013 bei dem Beklagten die Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie die Merkzeichen "G" (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) und "B" (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) und gab als gesundheitliche Beeinträchtigung einen Diabetes mellitus Typ I an. Zur Bekräftigung legte er einen Bericht des Städtischen Klinikums D. vom 17. Juli 2013 (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin) vor. Darin berichtete die Ärztin H. über einen stationären Aufenthalt vom 7. bis 20. Juli 2013 mit der Erstdiagnose eines Diabetes Mellitus Typ I. Der Kläger sei wegen einer starken Gewichtsabnahme mit häufiger Abgeschlagenheit und Durst stationär aufgenommen worden. Er habe sich in einem reduzierten Allgemein- und sehr schlanken Ernährungszustand befunden. Während des stationären Aufenthaltes sei eine multimodale Komplexbehandlung sowie eine umfassende Ernährungsberatung durchgeführt worden. Anfänglich habe eine Spritzenangst bestanden, die er im stationären Verlauf habe überwinden können. Er habe sich mit seiner Erkrankung viel auseinandergesetzt und diese gut angenommen. Prof. Dr. S., Chefarzt der M. I. H., berichtete über eine Anschlussheilbehandlung des Klägers vom 22. Juli bis 11. August 2013. Danach besuche der Kläger die 10. Klasse eines Gymnasiums und widme sich in seiner Freizeit der Selbstverteidigung und dem Segelfliegen. Er spritze sich das Insulin selbst und könne Unterzuckerungen (unterhalb von 4,0 mmol/l) sicher wahrnehmen. Bewusstlosigkeit oder Krämpfe seien bisher nicht aufgetreten. Der Kläger sei mit der Erkrankung sehr selbstständig und verantwortungsbewusst umgegangen. Aufgrund seines sehr zuverlässigen Charakters könne er aus diabetologischer Sicht das bisherige Segelflughobby fortsetzen.

Der Kläger hat Kopien seines Blutzuckertagebuchs zur Verwaltungsakte gereicht.

Der Beklagte ließ diese Befunde durch seine ärztliche Gutachterin Dr. E. am 11. Oktober 2013 auswerten, die den Diabetes mellitus mit einem GdB von 40 bewertete. Dem folgend stellte der Beklagte ab 26. Juli 2013 einen GdB von 40 wegen Diabetes mellitus fest (Bescheid vom 17. Oktober 2013). Hiergegen erhob die Mutter im Namen des Klägers am 25. Oktober 2013 Widerspruch und machte geltend: Die Erkrankung sei eine starke Behinderung und rechtfertige die Zuerkennung der Schwerbehinderung sowie die Feststellung des Merkzeichens G. Infolge der Erkrankung habe der Kläger seinen Traumberufswunsch zum Piloten aufgeben müssen.

Der Beklagte holte einen Befundschein von Chefarzt Dr. M. vom Städtischen Klinikum D. (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin) vom 17. Dezember 2013 ein, der einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus diagnostizierte. Gerade bei Kindern und Jugendlichen seien Blutzuckermessungen während des gesamten Tages und zum Teil auch in den Nachtstunden notwendig. Dies sei mit sechs bis zwölf Messungen pro Tag verbunden. Die Behandlung des Typ I Diabetes mellitus sei ausgesprochen schwierig und komplex. Ein normaler Alltag sei den Patienten nicht möglich. Sowohl Essen als auch Bewegung seien stets in die Blutzuckermessungen und Berechnungen einzubeziehen. Die Kriterien eines GdB von 50 seien nach seiner Einschätzung erfüllt.

In Auswertung dieses Befundes gab die ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. S. unter dem 18. Februar 2014 an: Eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung sei nicht gegeben und entsprechend kein höherer Einzel-GdB als 40 zu vergeben. Dem folgend wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20. Februar 2014 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 20. März 2014, nunmehr anwaltlich vertreten, Klage beim Sozialgericht (SG) Dessau-Roßlau erhoben und vorgetragen: Er sei verpflichtet, etwa sechs- bis zwölfmal täglich den Blutzucker zu messen. Infolge der Erkrankung sei er in seiner Teilhabe am Leben massiv eingeschränkt. So habe er eine Klassenfahrt nach Frankreich wegen der mit der Erkrankung verbundenen Haftungsrisiken nicht antreten können. Auch seinen Traumberuf als Pilot könne er aufgrund der Erkrankung nicht mehr verwirklichen, was ihn psychisch belaste. Allein die häufigen Messungen stellten für sich genommen bereits eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung dar. Gerade bei jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren könne der Diabetes mellitus häufig nur schlechter eingestellt werden als dies bei Erwachsenen der Fall sei. Zur Verdeutlichung hat der Kläger eine Übersicht über regelmäßige Blutzuckermessungen und Insulingaben vorgelegt:

6:00 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe (Verzögerungsinsulin Levemir), ca. 6:30 Uhr Insulingabe (Novo Rapid), ca. 9:00 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe für zweites Frühstück (Novo Rapid), ca. 12:00 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe für Mittagessen (Novo Rapid), ca. 14:30 Uhr bis 15:30 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe für Kuchen, Kekse, Eis usw. (Novo Rapid), ca. 18:00 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe für Abendessen (Novo Rapid), ca. 19:30 Uhr bis 20:00 Uhr Blutzuckermessung anschließend Insulingabe (Verzögerungsinsulin Levemir), ca. 20:15 Uhr Insulingabe mit Novo Rapid für Spätmahlzeit (Obst, Joghurt, Schütz, Popcorn usw.).

Das SG hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Chefarzt Dr. M. hat unter dem 23. April 2015 ausgeführt: Der Kläger befinde sich bei ihm ca. zwei- bis dreimal pro Quartal in ambulanter Behandlung. Organschäden der Augen sowie Nieren seien bisher nicht aufgetreten. Infolge intensiver therapeutischer Anstrengung habe der HbA1c-Wert im therapeutischen Zielbereich von 7 % bis 7,5 % gehalten werden können. Hypoglykämien könne der Kläger bislang immer rechtzeitig erkennen, so dass Bewusstseinstörungen oder Krampfanfälle bisher nicht aufgetreten seien. Weitere stationäre Aufenthalte seien auch nicht erforderlich geworden. In Auswertung des Befundberichts hat der Beklagte auf eine weitere prüfärztliche Stellungnahme der ärztlichen Gutachterin S.-S. vom 8. Juni 2015 verwiesen. Hiernach sei die Stoffwechseleinstellung beim Kläger sehr gut, was sich aus den umfangreichen Dokumentationen auch bestätigen lasse. Etwaige Unterzuckerungen würden von ihm rechtzeitig bemerkt. Folgeerkrankungen seien bisher nicht aufgetreten. Der GdB sei wie bisher auf 40 einzuschätzen.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 9. Dezember 2015 hat der Kläger ausgeführt: Er habe sein Leben durch die Erkrankung komplett geändert. So müsse er stets pünktlich um 6:00 Uhr morgens aufstehen, um vermeidbare Blutzuckerschwankungen zu verhindern. Es sei auch wichtig, pünktlich um 19:30 Uhr Insulin zu spritzen. Teilweise sei es zu hohen Blutzuckerschwankungen gekommen. Wegen der Erkrankung habe er Studienfahrten nicht mitmachen können. Die Bestimmung der Kohlenhydrate sei gerade im Ausland schwierig, da er das Essen nicht kenne. Im Durchschnitt müsse er sieben- bis achtmal täglich den Blutzucker messen und ca. sechsmal Insulin spritzen. Das Langzeitinsulin spritze er sich in den Oberschenkel. Die Insulingabe zum Essen erfolge dagegen in den Bauch. Bei Veranstaltungen bestehe immer die Schwierigkeit, aus hygienischen Gründen einen geeigneten Ort zum Spritzen zu finden. Er fahre auch Auto, wobei er nach zwei Stunden eine Unterbrechung einlegen müsse um den Blutzucker zu prüfen. Bis zur 12. Klasse habe er an einem Kurs in Selbstverteidigung teilgenommen, habe diesen jedoch aus zeitlichen Gründen aufgegeben. Eigentlich habe er eine Spitzenphobie gehabt und sich als Kind stets gegen Impfungen gewehrt. Nun habe er aber keine Wahl mehr. Wegen der Erkrankung könne er nur mit einer Begleitperson Segelfliegen. Ab und zu gehe er mit Freunden feiern und trinke auch Alkohol. Allerdings gestalte sich dann die Blutzuckerberechnung problematisch, da es zu Blutzuckerschwankungen durch den Alkohol komme. Niedrige Blutzuckerwerte merke er, da er dann zittrig werde.

Den auf einen GdB von 50 ab 26. Juli 2013 gerichteten Antrag des Klägers hat das SG mit Urteil vom 9. Dezember 2015 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Kläger erreiche die für einen GdB von 50 geforderte Anzahl von selbstständig dosierten Insulininjektionen, da er fünf- bis sechsmal Insulin spritzen müsse. Zusätzlich müsse er zweimal täglich nach Therapieplan auch das notwendige Verzögerungsinsulin spritzen. Sein Therapieaufwand sei daher hoch. Allerdings erreiche der Kläger dadurch eine stabile Stoffwechsellage. So seien stationäre Aufenthalte oder Notfallbehandlungen nicht mehr erforderlich geworden. Wesentliche Einschränkungen in den Freizeitaktivitäten oder der Mobilität bestünden auch nicht. Er sei sportlich aktiv, treffe sich mit Freunden, besuche Partys und fahre nach Erwerb der Fahrerlaubnis Pkw. Die erkrankungsbedingte Verhinderung von Studienfahrten der Schule und der unerfüllte Wunsch als Pilot, seien für die Bewertung des GdB nicht relevant. Bei Gesamtbetrachtung der Einschnitte in allen Lebensbereichen erreiche der Kläger noch nicht die erforderliche Grenze von gravierenden Beeinträchtigungen in der Lebensführung. Die GdB-Bewertung des Beklagten sei daher nicht zu beanstanden.

Gegen das ihm am 14. Januar 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Januar 2016 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen: Er müsse regelmäßig fünf- bis sechs-mal täglich Insulin spritzen. Hinzu komme zweimal täglich die Gabe von sog. Verzögerungsinsulin. Bei körperlicher Belastung müsse er zusätzliche Blutzuckerkontrollen vornehmen. Der Therapieaufwand gehe daher weit über das normale Maß hinaus. An mehreren Studienfahrten ins Ausland habe er nicht teilnehmen können, da kein Lehrer wegen seiner Erkrankung die Verantwortung übernehmen wolle. Zudem leide er an einer Spritzenphobie. Durch die Erkrankung sei er zudem physisch und psychisch beeinträchtigt. Er schlafe schlecht und habe häufig Kopfschmerzen und Unwohlsein.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 9. Dezember 2015 aufzuheben sowie den Bescheid des Beklagten vom 17. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm ab dem 26. Juli 2013 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hält seine Bescheide sowie die Ausführungen des vorinstanzlichen Urteils für zutreffend.

Der Senat hat weitere Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Die Fachärztin für Innere Medizin Dr. H. hat am 24. Mai 2016 ausgeführt: Der HbA1c-Wert habe am 29. Februar 2016 6,6 % betragen (Norm: 4,0 - 6,0 %). Es handele sich um einen Diabetes mellitus vom Typ I ohne Komplikationen. Es erfolge eine intensive Insulintherapie (Novo rapid 2,5/1,7/1,2/2,0/1,8/1,5 IE/BE; Korrektur 1:4 - 1:5 Levimir 11-0-0-28 IE). Der Blutzucker müsse fünf- bis achtmal pro Tag gemessen werden, wobei eine Anpassung der jeweiligen Insulindosis nach Nahrungsaufnahme bzw. körperlicher Aktivität vorzunehmen sei. Mit guter Stoffwechseleinstellung könne er einen Pkw fahren. Hierfür seien jedoch Blutzuckerwerte vor Antritt der Reise und nach ca. zwei Stunden Fahrzeit notwendig. Chefarzt Dr. M. hat am 6. Juni 2016 ausgeführt: Eine leitliniengerechte Intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) bedeute sechs bis acht Blutzuckermessungen. Zusätzliche Kontrollen seien vor und nach dem Sport und bei Blutzuckerauffälligkeiten erforderlich. Die Berufswahl der Betroffenen sei eingeschränkt und beispielsweise waffentragende Berufe, Berufe mit schwerer körperlicher Belastung oder besonderen gesundheitlichen Anforderungen (z.B. Berufspilot) ausgeschlossen. Unter der Therapie habe sich der HbA1c Wert des Klägers von 18,6 % auf 6,9 % verbessert. Den Segelflugsport könne er nur als Copilot ausüben. Nach seiner Einschätzung sei ein GdB von mindestens 50 beim Kläger gerechtfertigt.

In Auswertung dieser Befunde hat der Beklagte eine prüfärztliche Stellungnahme der ärztlichen Gutachterin S.-S. vom 20. Juni 2016 zur Gerichtsakte gereicht. Hiernach sei weiterhin von einer guten Stoffwechselsituation auszugehen. Unterzuckerungen seien selten und allenfalls leicht ausgeprägt. Der Kläger könne einen Pkw fahren und Sport treiben.

In einem Erörterungstermin vom 11. Januar 2017 hat der Kläger angegeben: Seit August 2016 mache er eine Ausbildung zum Tischler. Er arbeite zwei Wochen in der Tischlerei und habe dann eine Woche Berufsschule. Seit August 2016 habe er extreme Zuckerschwankungen. Dies habe sich gegenüber seiner Schulzeit deutlich verändert. Die Schwankungen würden von 17-20 % bis zu 1,5 % erfolgen. Jede Nacht habe er eine Unterzuckerung. Die Arztintervalle seien auch deswegen deutlich kürzer geworden. Gegen morgens um 5:30 Uhr stehe er auf und spritze sich Langzeitinsulin. Dann esse er eine Kleinigkeit, um den Zucker für die Arbeit etwas nach oben zu bringen. Auf der Arbeit esse er dann das zweite Frühstück gegen 9:00 Uhr. Gegen 12:00 Uhr nehme er das Mittagessen zu sich. Um 16:30 Uhr habe er Arbeitsende und esse dann, wenn er nach Hause komme, eine Kleinigkeit. Gegen 18:30 Uhr nehme er dann das Abendbrot zu sich und esse manchmal noch einmal gegen 20:00 Uhr eine Kleinigkeit. Vor dem Essen messe er den Blutzucker und spritze sich die entsprechende Dosis Insulin. Diese Anpassung sei besonders auf der Arbeit schwierig, da er immer nicht genau wisse, wie anstrengend diese werde. Mit dem Segelfliegen habe er erst einmal aufgehört. Andere sportlichen Aktivitäten und Hobbys seien aktuell schwierig, da er immer relativ spät von der Arbeit nach Hause komme und hierfür keine Zeit mehr habe. Unterzuckerungen bemerke er daran, dass er dann Schweißausbrüche und zittrige Hände bekomme sowie ihm manchmal auch schlecht werde. Bisher habe er in derartigen Fällen sich immer rechtzeitig hinsetzen und zusätzliche Proteineinheiten einnehmen können. Der letzte HbA1c-Wert habe nach seiner Erinnerung bei 7,6 % gelegen. Gegen 22:00 Uhr gehe er zu Bett. Nachts wache er regelmäßig nicht auf. Konkrete Müdigkeitsprobleme habe er auch nicht. Vor dem Autofahren müsse er den Wert messen. Wenn der Wert zu tief sei, müsse er entsprechende Kalorien zuführen. Bei längeren Fahrten sei eine Kontrolle nach ca. zwei Stunden vorzunehmen. Wegen der Spritzenphobie müsse er sich immer noch überwinden, um die Spritzen zu setzen. Besonders schlimm sei dies beim Blutabnehmen. Da bekomme er manchmal Panikattacken.

Der Senat hat einen aktualisierten Befundbericht von Dr. H. vom 20. Februar 2017 eingeholt. Der Kläger habe danach keine Beschwerden angegeben. Er müsse fünf- bis achtmal täglich den Blutzucker messen und die Insulindosis nach Nahrungsaufnahme und körperlicher Aktivität anpassen. Patienten mit gleichem Erkrankungsbild hätten dabei ähnliche Einschränkungen. Mit guter Stoffwechseleinstellung könne er einen Pkw fahren, wenn gewisse Vorsichtsmaßnahmen beachtet würden. Es bestünden schwankende Blutzuckerwerte. Der HbA1c-Wert im Juni 2016 habe bei 6,8 %, im September 2016 bei 7,1 % und im Januar 2017 bei 7,2 % gelegen. Seit Aufnahme der beruflichen Tätigkeit sei der Stoffwechsel schlechter eingestellt. Die Blutzuckerwerte schwankten stark.

In Auswertung dieses Berichtes hat der Beklagte eine prüfärztliche Stellungnahme seiner ärztlichen Gutachterin S.-S. vom 3. März 2017 vorgelegt, die darin ausführt hat: Gewisse Anpassungsschwierigkeiten beim Wechsel vom Schulbetrieb ins Arbeitsleben seien wegen des körperlich unterschiedlichen Tätigkeitsprofils plausibel und erforderten eine Anpassung des Therapieplans. Hieraus könne keine Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werden.

Der Kläger hat nochmals hervorgehoben, dass er durchschnittlich sechsmal täglich Insulin spritzen müsse. Dies sei ein besonders hoher Therapieaufwand. In den Befragungen habe er immer wieder seine Einschränkungen durch die Erkrankung hervorgehoben. Zu berücksichtigen sei auch, dass er an einer Spritzenphobie leide und sich bei jeder Injektion in besonderer Weise überwinden müsse, was zusätzliche Zeit in Anspruch nehme.

Der Kläger hat am 12. Mai 2017 eine aktualisierte Blutzuckerdokumentation vom 23. April 2015 bis 9. Mai 2017 vorgelegt. Hiernach erfolgten die Blutzuckermessungen ab dem 22. Juni 2016 mit Hilfe eines Sensors.

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

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte eingelegte und nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Antrag des Klägers auf die Feststellung eines Behinderungsgrades von 50 ab dem 26. Juli 2013. Hierbei handelt es sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§§ 54 Abs. 1, 56 SGG](#)).

Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 17. Oktober 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Februar 2014 nicht in seinen Rechten verletzt, da der festgestellte GdB von 40 und das Urteil des SG vom 9. Dezember 2015 rechtmäßig sind.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 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 Vorschrift 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 4 SGB IX](#) sind die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft als GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen 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, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Abs. 17 ermächtigt worden ist. Nach § 2 VersMedV sind 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 und der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen.

Der hier streitigen Bemessung des GdB ist die GdS-Tabelle der VMG (Teil B) zugrunde zu legen. Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 1 a) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle die Teilhabe beeinträchtigenden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A, Nr. 2 f) 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 für die Funktionseinschränkungen des Klägers ein GdB von 40 gerechtfertigt und die Schwerbehinderteneigenschaft nicht festzustellen. Dabei stützt sich der Senat auf die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die vorgelegten Diabetikertagebücher, die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten und die eigenen Angaben des Klägers.

Das Leiden des Klägers 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 Blutzuckersebstmessungen 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. Rdnr. 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 abnehmenden 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. Rdnr. 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 selbstständige jeweilige Dosisanpassung eine zusätzliche Wertung notwendig ist, um die

Schwerbehinderung zu rechtfertigen. Der am insulinpflichtigen Diabetes mellitus Erkrankte muss wegen des reinen Therapieaufwandes und/oder den durch die Erkrankung eingetretenen weiteren Begleitfolgen generell gravierende Einschnitte 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 Teilhabe-beeinschränkung 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 also mindestens vier Insulininjektionen pro Tag, ein selbstständiges Anpassen der Insulindosis und im Rahmen einer Gesamtbetrachtung aller Lebensbereiche auch gravierende Beeinträchtigungen in der Lebensführung voraus.

Diese Anforderungen für einen GdB von 50 erreicht der Kläger unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls noch 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 in seiner Bewertung den überzeugenden Einschätzungen der Versorgungsärzte des Beklagten.

Der Kläger führt nach seinen eigenen und den Angaben seiner Diabetologin eine Insulintherapie mit durchschnittlich sechs bis acht täglichen Blutzuckermessungen und sechs täglichen Insulininjektionen durch. Damit erreicht er die für einen GdB von 50 notwendige Therapieintensität. Allerdings fehlt es bei ihm an erheblichen Einschnitten, die sich so gravierend auf seine Lebensführung auswirken, dass die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werden kann. Aufgrund der therapie- und erkrankungsbedingten Einschränkungen in der konkreten Lebensführung 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 dem Kläger nicht in hinreichendem Umfang in den Bereichen der Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten und der Mobilität vorliegen. Die von ihm angegebenen Nachteile sind zwar insgesamt einschränkend und belastend, jedoch nicht gravierend im Sinne der VMG.

Die Therapieintensität von durchschnittlich sechs Injektionen orientiert sich an dem vom Kläger selbst vorgetragenen täglichen Ernährungsablauf, der ausdrücklich Zwischenmahlzeiten mit einschließt und damit auch zusätzliche Insulininjektionen notwendig macht. Dies ist auch keine ungewöhnlich hohe Therapieintensität, sondern entspricht der leitliniengerechten intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) (vgl. Chefarzt Dr. M. vom 6. Juni 2016). Entgegen der Ansicht des Klägers kann hieraus nicht bereits auf das Vorliegen einer Schwerbehinderung geschlossen werden, da sich die Insulingaben noch im Rahmen eines vom Kläger gewollten, keineswegs ungewöhnlichen Ernährungsplans mit mehreren Zwischenmahlzeiten bewegt. Eine ungewöhnlich hohe Therapieintensität, die für sich genommen bereits eine Schwerbehinderung hätte rechtfertigen können, lässt sich aus diesem Insulininjektionsintervall noch nicht ableiten. Dies entspricht auch der Bewertung der ärztlichen Gutachter des Beklagten, denen sich der Senat anschließt.

Auch wenn sich durch die Aufnahme der Berufsausbildung im August 2016 die Blutzuckerwerte verschlechtert haben, ist hieraus keine gravierende Teilhabebeeinträchtigung im beruflichen Bereich entstanden. Einschränkungen des Klägers, die Berufsausbildung in dem körperlich belastenden Beruf als Tischler überhaupt umzusetzen, sind ebenfalls weder erkennbar noch vorgetragen. Die vom Kläger vorgetragene Spritzenphobie kann auch nicht zu einer anderen Bewertung führen. So wurde bereits im Bericht vom 17. Juli 2013 die anfängliche Spritzenangst aus ärztlicher Sicht als überwunden angesehen. Aktuelle Befunde, die für ein Wiederaufleben dieser Angst beim Kläger mit gravierenden Einschränkungen sprechen könnten, sind nicht zur Gerichtsakte gelangt. Nachdem der Kläger ab 22. Juni 2016 die Blutzuckermessungen mittels Sensor vornimmt, dürfte sich diese Belastungslage ohnehin verringert haben. Auch fehlt es an Hinweisen, dass sich der Kläger wegen der Ängste in psychiatrischer Behandlung begeben musste bzw. dass die Insulintherapie deswegen nicht mehr oder nur eingeschränkt durchgeführt werden konnte. Die vom Kläger vorgetragenen begleitenden Nachteile (erkrankungsbedingten Veränderungen des Tagesablaufes usw.) sind für den Diabetes mellitus typisch und daher in der GdB Bewertung von 40 bereits umfassend berücksichtigt. Seinen Berufswunsch, Tischler zu werden, konnte der Kläger durch Aufnahme seiner Lehre verwirklichen. Auch wenn er nach Angaben seiner Mutter erkrankungsbedingt mit keinen Montagearbeiten an fremden Einsatzorten betraut wird, ist darin keine gravierende Teilhabebeeinschränkung im Berufsleben zu erkennen. Allein der Ausschluss eines einzigen Berufswunsches – hier Pilot – kann unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Auswahlmöglichkeiten nicht die gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung begründen. Gegen eine einschneidende Beeinträchtigung innerhalb des beruflichen Bereichs spricht darüber hinaus, dass keine Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers infolge der Diabeteserkrankung eingetreten sind.

Auch im Freizeitbereich zeigen sich beim Kläger keine gravierenden Einschränkungen. Er trifft sich mit Freunden, fährt Auto und kann – sofern es seine Zeit erlaubt – Sport betreiben.

Der Kläger wird (bislang) über den einschränkenden Therapieaufwand hinaus auch nicht zusätzlich durch eine schlechte Einstellungsqualität in seiner Leistungsfähigkeit und damit in seiner Teilhabefähigkeit am Leben erheblich beeinträchtigt. Der Senat folgt auch insoweit den prüfärztlichen Stellungnahmen des Beklagten. Eine instabile Stoffwechsellage ist jedenfalls bis zum hier maßgeblichen Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung nicht nachgewiesen. Die von Dr. H. im Befundbericht vom 20. Februar 2017 mitgeteilten Verschlechterung des Stoffwechsels bedarf offenbar einer Änderung des Therapieplanes (so die ärztliche Gutachterin S.-S. in der prüfärztlichen Stellungnahme vom 3. März 2017). Eine damit begründbare gravierende Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit ist damit jedoch noch nicht eingetreten. Notwendig gewordene stationäre Aufenthalte oder signifikante Zwischenfälle in der Insulintherapie sind nicht aktenkundig geworden. Die schlechter gewordenen HbA1c-Werte bewegen sich noch zwischen 6,8 % und 7,2 % und damit in der Nähe des Normwertes. Gegenteiliges hat auch der Kläger nicht vorgetragen. So fehlt es z.B. auch an dokumentierten nächtlichen Blutzuckermessungen oder gravierenden Unterzuckerungssituationen.

Der Kläger leidet nach den vorliegenden Befunden und seinem eigenen Sachvortrag unter keinen weiteren Erkrankungen, die einen weiteren (Einzel-)GdB begründen könnten, so dass für eine Erhöhung des GdB aufgrund von Behinderungen in einem weiteren Funktionssystem kein Raum verbleibt.

Letztlich widerspräche die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei dem Kläger 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 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 beim Kläger nicht vor.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) ist nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2017-07-26