

L 7 SB 33/04

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 SB 89/04

Datum
27.07.2004

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 33/04

Datum
09.12.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

Kategorie

Urteil

Leitsätze

GdB bei Diabetes mellitus

Das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 27. Juli 2004 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Behinderungsgrads streitig.

Der 1965 geborene Kläger beantragte am 18. Juli 1991 die Feststellung von Behinderungen aufgrund eines Morbus Hodgkin (maligne Lymphknotenvergrößerung), Hepatitis und einer Bandscheibenerkrankung. Mit Bescheid vom 21. Dezember 1993 stellte der Beklagte wegen der Erkrankung des lymphatischen Systems im Jahre 1988 einen Grad der Behinderung von 30 fest. Mit Bescheid vom 19. April 1994 stellte er unter weiterer Berücksichtigung eines degenerativen Lendenwirbelsäulensyndroms (Grad der Behinderung von 20) und einer Bluthochdruckerkrankung (Grad der Behinderung von 10) einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 fest.

Am 21. November 1996 beantragte der Kläger die Neufeststellung seiner Behinderungen. In dem beigezogenen Bericht des Städtischen Klinikums D. vom 23. Oktober 1996 wurden ein metabolisches Syndrom mit Adipositas, Diabetes mellitus Typ II b (mit Tabletten geführt), Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte), Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurekonzentration), arterielle Hypertonie und belastungsabhängige ischialgieförmige Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS) diagnostiziert. Hinweise auf ein Rezidiv des Morbus Hodgkin bestünden nicht. Nach Anhörung des Klägers stellte der Beklagte mit Bescheid vom 11. August 1997 ab 21. November 1996 einen Grad der Behinderung von 30 fest.

Am 23. November 1999 stellte der Kläger einen weiteren Neufeststellungsantrag. Nach dem durch Dipl.-Med. K. für die Bundesagentur für Arbeit erstellten Gutachten vom 2. April 1998 seien die Belastbarkeit der LWS dauerhaft herabgesetzt und die Hüftgelenke abgenutzt. Außerdem bestehe ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und die Neigung zur Bluthochdruckerhöhung mit belastungsabhängigen Atembeschwerden. Zudem bestehe bei derzeit erscheinungsfreiem Hautbild eine Neigung zu einer anlagebedingten Hautminderbelastbarkeit wegen eines endogenen Ekzems. Die Erkrankung des lymphatischen Systems im Jahre 1988 sei derzeit symptomfrei. Außerdem hatte die Fachärztin für Allgemeinmedizin S. mit dem am 6. November 1999 für die Landesversicherungsanstalt (LVA) Sachsen-Anhalt erstellten Befundbericht einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus, ein metabolisches Syndrom, Hypertonie, den Verdacht auf Coxarthrose beidseits, degenerative Wirbelsäulenbeschwerden sowie ein depressives Syndrom unterschiedlicher Intensität seit der Erkrankung an Morbus Hodgkin diagnostiziert. Die Leistungsfähigkeit sei durch die Erkrankung der LWS (Druckschmerz beiderseits, Zeichen nach Laségue beidseits bei 60 Grad) und der Hüfte (beidseits eingeschränkte Innenrotation) stark eingeschränkt. Durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus seien regelmäßige Blutzuckerkontrollen und regelmäßige Mahlzeiten erforderlich. Unter Belastung seien die Blutdruckwerte erhöht (150/110 mmHg am 5. November 1999). Die Herzleistung sei normfrequent, es bestehe eine Neigung zur Extrasystolie (Herzrhythmusstörung). In Auswertung dieser Unterlagen schlug der beteiligte Ärztliche Dienst des Beklagten für den Diabetes mellitus einen Grad der Behinderung von 30, für die Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit funktionellen Auswirkungen von 20, für die Funktionsbehinderung der Hüftgelenke infolge degenerativer Veränderungen und den Bluthochdruck jeweils von 10 sowie einen Gesamtgrad der Behinderung von 40 vor. Mit Bescheid vom 25. Februar 2000 stellte der Beklagte einen Grad der Behinderung von 40 ab 23. November 1999 fest. Den dagegen erhobenen Widerspruch wies er mit Widerspruchsbescheid vom 5. Dezember 2000 zurück.

Einen weiteren Neufeststellungsantrag stellte der Kläger am 23. Juli 2003. Er trug vor, der Diabetes mellitus werde nunmehr mit vier

Insulininjektionen am Tag sowie Tabletten geführt. Außerdem führten die Funktionsstörungen der Wirbelsäule und der Hüftgelenke zu einer verminderten Belastbarkeit und der Bluthochdruck zur Atemnot. Zudem bestünden Depressionen sowie ein Hautekzem. Aufgrund der ständigen Medikamenteneinnahme sei auch die Bauchspeicheldrüse entzündet. Er verwies auf den Katalog der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf, wonach bei zwei und mehr Insulininjektionen pro Tag ein Grad der Behinderung von 50 festzustellen sei.

Im Verwaltungsverfahren zog der Beklagte den Reha-Entlassungsbericht B.- K. vom 21. Juli 2003 bei. Dort war ein mit Insulin (viermal täglich) und Tabletten (einmal täglich) geführter Diabetes mellitus Typ II b ohne diabetische Folgeschäden mit zufrieden stellender Blutzuckereinstellung diagnostiziert worden. Außerdem bestünden ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom bei myostatischer Insuffizienz (Unfähigkeit der Muskulatur, eine aufrechte Körperhaltung zu gewährleisten) sowie eine Wirbelsäulenfehlhaltung (Skoliose) ohne wesentliche Funktionseinschränkungen und ohne radikuläre Symptomatik. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in der Beugung leicht eingeschränkt, der Fingerbodenabstand habe 10 cm betragen. Das Seitwärtsdrehen und das Neigen der Wirbelsäule seien weitgehend frei gewesen. Auch die Extremitäten seien frei beweglich. Die Hyperlipoproteinämie sei unter fettarmer Diabetesdiät und Fettsenkermedikation stark rückläufig. Außerdem bestünde ein rückläufiger ernährungsbedingter toxischer Leberschaden (Steatosis hepatis (Fettleber)). Die zweimal täglich über drei Wochen durchgeführten Blutdruckkontrollen hätten normotone Werte ohne Medikation gezeigt. In psychologischen Einzelgesprächen seien berufliche Probleme und immer noch bestehende Ängste im Zusammenhang mit der Erkrankung an Morbus Hodgkin thematisiert worden. Abschließend war eingeschätzt worden, der Kläger könne mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne übermäßigen Zeitdruck- und Stressbelastung vollschichtig ausüben. Therapeutisch sei ein Blutzuckerüberwachung und ggf. eine weitere Reduzierung der Insulinmedikation vorzuschlagen, da der Kläger eine Insulinanpassung erlernt habe.

In Auswertung dieses Berichts schlug der beteiligte Ärztliche Dienst des Beklagten für den Diabetes mellitus einen Grad der Behinderung von 30, für die Funktionsminderung der Hals- und Lendenwirbelsäule von 20, für die Funktionsbehinderung des rechten und des linken Hüftgelenks sowie Bluthochdruck jeweils von 10 sowie einen Gesamtgrad von 40 vor. Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 17. November 2003 die Neufeststellung des Behinderungsgrads ab.

Mit seinem am 25. November 2003 erhobenen Widerspruch hat der Kläger erneut auf den Therapieaufwand zur Behandlung des Diabetes mellitus hingewiesen. Daraufhin holte der Beklagte einen Befundbericht der Internistin/Diabetologin Dr. L. ein, die unter dem 15. Dezember 2003 über eine intensivierete Insulintherapie berichtete. Sie führte aus, der HbA1c-Wert liege im Tagesprofil zwischen 8 und 14 mol/l. Hypoglykämien seien nicht aufgetreten, eine notfallmäßige Krankenhausbehandlung sei nicht erfolgt. Diabetische Folgeschäden seien bislang nicht festzustellen. Eine Bluthochdruckerkrankung liege derzeit nicht vor. Das chronisch rezidivierende Lumbalsyndrom sei mit keiner radikulären Symptomatik verbunden. Zu den Funktionsstörungen der Hüftgelenke könne sie keine Aussage machen. Nach nochmaliger Beteiligung des ärztlichen Diensts wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22. April 2004 den Widerspruch des Klägers zurück.

Dagegen hat der Kläger am 11. Mai 2004 Klage beim Sozialgericht Dessau erhoben und auf die Notwendigkeit von mindestens fünf Insulininjektionen täglich sowie eine ergänzende Tabletteneinnahme aufgrund des Diabetes mellitus hingewiesen. Auch habe sich der Blutzuckerwert seit der Reha-Maßnahme verschlechtert. Dadurch werde er auch seelisch sehr beeinträchtigt. In Anlage hat er eine Übersicht der zwischen dem 19. März 2004 und 7. Mai 2004 gemessene Blutzuckerwerte übersandt. Das Sozialgericht hat einen Befundbericht der Dr. L. vom 17. Juni 2004 eingeholt, in dem diese ausgeführt hatte, der Grad der Behinderung betrage 40, da dieser mit Insulin schwer einstellbar sei, aber keine Neigung zu Unterzuckerungen vorliege.

Mit Urteil vom 27. Juli 2004 hat das Sozialgericht Dessau den Bescheid des Beklagten vom 17. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. April 2004 abgeändert und den Beklagten verurteilt, bei dem Kläger ab Juli 2003 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen. Für den schwer einstellbaren Diabetes mellitus sei ein Grad der Behinderung von 40 anzunehmen. Die Funktionsminderung der Hals- und Lendenwirbelsäule sei mit 20, die Funktionsbehinderungen des Hüftgelenks und das Bluthochdruckleiden jeweils mit einem Grad der Behinderung von 10 zu bewerten. Der Gesamtgrad der Behinderung betrage 50.

Gegen das ihm am 17. August 2004 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 2. September 2004 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Es vertritt die Auffassung, der Diabetes mellitus rechtfertige einen Grad der Behinderung von 30, sodass in der Gesamtschau aller vorliegenden Behinderungen nur ein Grad der Behinderung von 40 gerechtfertigt sei. Die festgestellten Behinderungen betreffen verschiedene Bereiche des täglichen Lebens. Soweit durch das Wirbelsäulenleiden und die minimale Funktionsbehinderung der Hüftgelenke die Gehfähigkeit betroffen sei, seien diese Beeinträchtigungen insgesamt zu geringfügig, um damit eine besonders nachteilige Auswirkung auf das Gehvermögen und damit eine höhere Bewertung des Gesamtgrades der Behinderung zu begründen.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 27. Juli 2004 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 17. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. April 2004 abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 27. Juli 2004 zurückzuweisen.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 4. Oktober 2004 auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands hingewiesen. Zur Unterstützung seines Vortrags hat er Entlassungsscheine des Städtischen Klinikums D. vom 21. September 2004 und 22. Oktober 2004 vorgelegt. Ergänzend hat er am 1. Januar 2005 ausgeführt, sein Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren verschlechtert. Durch die täglichen Blutzuckermessungen und Insulininjektionen (fünf pro Tag) sowie die Einnahme von Tabletten sei er in den Tagesabläufen sehr stark eingeschränkt. Mit Schreiben vom 27. November 2006 und 24. November 2007 hat der Kläger seine aktuellen Einnahmeverfahren vorgelegt. Danach müsse er vor dem Frühstück, vor dem Mittagessen, vor dem Abendessen und um 23 Uhr Insulin injizieren sowie einmal täglich eine Tablette aufgrund der Diabeteserkrankung einnehmen.

Der Senat hat die Epikrisen des Städtischen Klinikums D. über die stationären Aufenthalte des Klägers eingeholt. In der Epikrise vom 30. September 2004 ist ausgeführt worden, der Kläger sei unter dem Verdacht einer akuten Pankreatitis aufgrund einer massiven Fettstoffwechselstörung aufgenommen worden. Der zum damaligen Zeitpunkt dekompensierte Diabetes mellitus sei nach Besserung der Akutproblematik auf eine intensiviertere Insulintherapie umgestellt worden. Danach hätten die Werte zwischen 4,6 und 9,6 mmol/l gelegen. Die oralmedikamentöse Therapie sei nicht fortgesetzt worden. In der Epikrise vom 2. November 2004 ist über eine stationäre Aufnahme des Klägers wegen einer erneuten Blutzuckerentgleisung berichtet worden. Er habe linksseitige Thoraxschmerzen, Muskelschmerzen, Schweißausbrüche, Hautausschläge und allgemeines Unwohlsein geschildert. In dem Bericht ist weiterhin ausgeführt worden, diese Symptomatik entspreche als Nebenwirkung dem vom Kläger seit ca. vier Wochen eingenommenen blutfettsenkenden Präparat Niaspal. Nach Absetzen dieses Medikaments sei die Symptomatik innerhalb weniger Tage komplett rückläufig gewesen. Das Langzeit-EKG sei unauffällig, die linksventrikuläre (LV) Funktion aber global eingeschränkt gewesen (EF 44 %). Da eine koronare Herzerkrankung auszuschließen sei, seien die Veränderungen der LV-Funktion am ehesten als toxische Nebenwirkung nach erfolgter Chemotherapie zu sehen. Die Belastungsergometrie habe bei 125 Watt über 3 Minuten ohne Angina-pectoris-Symptomatik, ohne Herzrhythmusstörungen und ohne signifikanten Ischämien durchgeführt werden können. Die Diabetesführung sei erneut verändert worden. Unter der Applikation von früh 20 IE und 21 Uhr 14 IE Levemir sowie 28-14-24 IE Actrapid zu den Hauptmahlzeiten seien die Blutzuckerwerte zufriedenstellend eingestellt. Bei einer nachstationären Vorstellung seien jedoch bereits wieder deutliche Blutzuckerschwankungen zu erkennen gewesen, die der Kläger durch eine Stresssituation aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit erklärt habe.

Mit Befundbericht vom 17. November 2004 haben die Orthopäden Dr. Lo./Dipl.-Med. T. eine beidseitige Retropatellaarthrose (Kniescheibenarthrose) diagnostiziert. Der Kläger sei nur einmal am 18. Mai 2001 untersucht und ihm Krankengymnastik verschrieben worden. Dr. L. hat mit Befundbericht vom 30. November 2004 über Stoffwechselschwankungen (Blutzuckerwerte und Fettwerte zu hoch) berichtet. Sie hat eine Pankreatitis durch Hyperlipidämie, Diabetes mellitus mit Nephropathie (Nierenerkrankung) sowie eine toxische Kardiomyopathie diagnostiziert und auf die Epikrisen des Städtischen Klinikums vom 30. September 2004 und 2. November 2004 verwiesen.

Der Beklagte hat unter Hinweis auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. W. nach Auswertung der Unterlagen mitgeteilt, der Diabetes mellitus rechtfertige einen Grad der Behinderung von 30. Die geschilderten Blutzuckerentgleisungen seien Teil der Krankheit, führten aber nicht zu einer dauerhaft erschwerten Stoffwechselführung. Zudem seien nach einer weiteren Anpassung der Insulindosis die Werte zufriedenstellend. Die nunmehr mitgeteilte diabetische Nephropathie bedinge ohne Nierenfunktionseinschränkung keinen höheren Behinderungsgrad. Die Schmerzen der LWS bedingten ohne wesentliche Funktionseinschränkungen und ohne Wurzelreizsymptomatik maximal einen Grad der Behinderung von 10. Die Herzleistungsminderung sei ebenfalls mit einem Grad der Behinderung von maximal 10 zu bewerten. Insgesamt sei selbst der Behinderungsgrad von 40 zu hoch.

Der Senat hat weitere Befundberichte eingeholt. Mit Befundbericht vom 27. Februar 2009 hat Dr. L. mitgeteilt, seit 2004 sei keine neue Pankreatitis aufgetreten. Die im Jahr 2004 festgestellte und seitdem unverändert fortbestehende toxische Kardiomyopathie sei eine Herzerkrankung mit leichter Funktionseinschränkung. Eine Ergometerbelastung sei nicht erfolgt. Bezüglich der medikamentös mit Diovan behandelten Bluthochdruckerkrankung hat sie ausgeführt, es seien Werte bis 160/90 mmHg festgestellt worden. Der Diabetes mellitus sei durch orale Antidiabetika und ergänzende Insulininjektionen (Insulindosisanpassungen dreimal täglich sowie um 23 Uhr) eingestellt. Es läge eine hohe Insulinresistenz aufgrund der schwachen Hyperlipidämie vor. Da die Behandlung die natürliche Stoffwechselregulation nicht vollständig ersetzen könne, träten auch beim Kläger Hypoglykämien auf. Fremdhilfe oder ärztliche Hilfe sei nicht notwendig gewesen. Zuletzt sei der Kläger vom 4. bis 7. Januar 2005 arbeitsunfähig gewesen.

Der Facharzt für Augenheilkunde Dipl.-Med. M. hat mit Befundbericht vom 8. März 2009 über den Verdacht einer links beginnenden Retinopathia diabetica (diabetische Netzhauterkrankung) ohne Funktionseinschränkungen berichtet. Mit Schreiben vom 12. Februar 2009 hat Dipl.-Med. T. mitgeteilt, er habe den Kläger letztmalig im Jahr 2001 behandelt.

Am 6. Mai 2009 hat eine nichtöffentliche Sitzung vor dem Landessozialgericht stattgefunden. In dieser haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Mit Einverständnis der Beteiligten hat der Senat ohne mündliche Verhandlung nach [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) entschieden.

Die form- und fristgerecht eingelegte und nach [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung des Beklagten ist auch begründet. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft liegen beim Kläger nicht vor. Insoweit war das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 27. Juli 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG v. 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) = [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#), Seite 22).

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 25. Februar 2000 einen Grad der Behinderung von 40 festgestellt und damit über den Grad der Behinderung des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach [§ 48](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X). Nach dieser Vorschrift 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 des Behinderungszustands eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Behinderungsbezeichnung oder das Hinzutreten weiterer Teil-Behinderungen ohne Auswirkung auf den Gesamtbehinderungsgrad allein stellen aber noch keine wesentliche Änderung dar (BSG, Urteil vom 24. Juni 1998 - [B 9 SB 18/97 R](#), zitiert nach juris). Für die wesentliche Änderung kommt es weder auf den Inhalt des Vergleichsbescheids noch auf die von der Behörde bei der Bewilligung oder später angenommenen Verhältnisse, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse und deren objektive Änderung an

(KassKomm-Steinwedel, SGB X, § 48 Rdnr. 14 m.w.N.).

Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 25. Februar 2000 vorgelegen haben, ist keine Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten, die eine Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads auf 50 rechtfertigen können. Die Funktionsstörungen des Klägers rechtfertigen seit der Antragstellung am 23. Juli 2003 bis zum heutigen Tag der Entscheidung durch den Senat weiterhin einen Grad der Behinderung von 40.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). Der hier anzuwendende [§ 69 SGB IX](#) ist durch die Gesetze vom 23. April 2004 ([BGBl. I S. 606](#)) und vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Rechtsgrundlage für den von dem Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines Grads der Behinderung von mindestens 50 ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX. Infolge der verfahrensrechtlichen Änderungen des [§ 69 SGB IX](#) durch das Gesetz vom 23. April 2004 (a.a.O.) hat sich im Übrigen nur die Satzzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzzählung zitiert.

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 Grad der Behinderung fest. Diese Vorschrift knüpft materiellrechtlich 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 Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Behinderung 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 Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe 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 Grad der Behinderung 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 Absatz 17 ermächtigt worden ist.

Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt und sind damit nunmehr der Beurteilung der erheblichen medizinischen Sachverhalte mit der rechtlichen Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung zugrunde zu legen. Zuvor dienten der Praxis als Beurteilungsgrundlage die jeweils vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter-tätigkeit im sozialen Entschädigungs-recht und nach dem Schwerbehindertenrecht", die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als vorweggenommene Sachverständigengutachten eine normähnliche Wirkung hatten (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2003 – [B 9 SB 3/02 R](#) – [SozR 4-3800 § 1 Nr. 3](#) Rdnr. 12, m.w.N.). Die in den Anhaltspunkten (Ausgabe von 2008) enthaltenen Texte und Tabellen, nach denen sich die Bewertung des Grades der Behinderung bzw. der Schädigungsfolge bisher richtete, sind in diese Anlage übernommen worden (vgl. die Begründung [BR-Drucks. 767/08, S. 3](#) f.). Die im vorliegenden Fall heranzuziehenden Abschnitte aus den Anhaltspunkten in den Fassungen von 1996, 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind allerdings für die Bewertung des Diabetes mellitus geändert worden. Um eine mit höherrangigen Recht und dem Stand der medizinischen Wissenschaft vereinbare Bewertung des Diabetes mellitus vornehmen zu können, sind jedoch Besonderheiten zu beachten, auf die bei der konkreten Bewertung der beim Kläger vorliegenden Erkrankung eingegangen werden soll. Für alle anderen Gesundheitsstörungen sind indes die gegenüber den Anhaltspunkten inhaltsgleichen Versorgungsmedizinischen Grundsätze maßgeblich. Im Folgenden werden daher nur die Vorschriften der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zitiert.

Soweit der streitigen Bemessung des Grads der Behinderung die GdS (Grad der Schädigung)-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, Seite 17 ff.) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, Seite 8 ff.) 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, Seite 8) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, Seite 18).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers kein höherer Grad der Behinderung als 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten sowie die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen.

a) Das Hauptleiden des Klägers betrifft aufgrund der Erkrankung an Diabetes mellitus das Funktionssystem Innere Sekretion und Stoffwechsel. Dieses kann maximal mit einem Grad der Behinderung von 40 bewertet werden.

Für die Bewertung des Diabetes mellitus können allerdings weder die Anhaltspunkte in ihren Fassungen von 1996 2004 und 2008 noch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze herangezogen werden. Das BSG hat mit vom 24. April 2008 ([B 9/9a SB 10/06 R](#)) nach Beweisaufnahme entschieden, dass die diese Krankheit betreffenden Nr. 26.15 der Anhaltspunkte 1996 und 2004 nur mit gewissen

Maßgaben dem höherrangigen Recht und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Neben der Einstellungsqualität sei auch der Therapieaufwand zu berücksichtigen, soweit er sich auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirkt. Der Behinderungsgrad sei relativ niedrig anzusetzen, wenn mit geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht werde. Mit (in beeinträchtigender Weise) wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabilerer Stoffwechsellage) sei der Grad der Behinderung höher einzuschätzen. Dabei seien jeweils - im Vergleich zu anderen Behinderungen - die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in Betracht zu ziehen. Dagegen komme es für die Bewertung des Behinderungsgrads auf die Unterscheidung nach dem Typ I und dem Typ II des Diabetes mellitus nicht an. Weiterhin hat das BSG ausgeführt, dass auch die Kriterien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft keine Anwendung finden könnten.

Angesichts dieser Entscheidung des BSG hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat "Versorgungsmedizin" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bis zur abschließenden Klärung die Anwendung der folgenden Tabelle vorgeschlagen (Rundschreiben des BMAS vom 22.9.2008 - IV C 3-48064-3 - an die zuständigen obersten Landesbehörden):

Bei Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) 0 mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen 10 mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung erhöhen 20 unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, je nach Stabilität der Stoffwechsellage (stabil oder mäßig schwankend) 30 - 40 unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage einschließlich gelegentlicher schwerer Hypoglykämien 50 Häufige, ausgeprägte oder schwere Hypoglykämien sind zusätzlich zu bewerten. Schwere Hypoglykämien sind Unterzuckerungen, die eine ärztliche Hilfe erfordern.

Doch auch in Bezug auf diesen in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 15.1, Seite 73 f.) übernommenen Bewertungsmaßstab hat das BSG entschieden, dass dieser nicht abschließende Grundlage der Beurteilung des Behinderungsgrads sein könne (BSG, Urteil vom 24. April 2009 - [B 9 SB 3/08 R](#), zitiert nach juris). Denn auch er erfasse den aufgrund von [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) zwingend zu berücksichtigenden Therapieaufwand nicht. Daher sei bis zu einer mit [§ 69 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 SGB IX](#) in Einklang stehenden Neufassung der Bestimmungen über den Diabetes mellitus dieser Bereich durch Verwaltung und Gerichte nach den Grundsätzen des Urteils vom 24. April 2008 zu prüfen und zu entscheiden.

Wird der Behinderungsgrad für den insulinpflichtigen Diabetes mellitus unter Beachtung von Einstellungsqualität und dem dafür erforderliche Therapieaufwand unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Teilhabebeeinträchtigungen und im Vergleich zu anderen Behinderungen nach dem Maßstab des Urteils des BSG vom 24. April 2008 bewertet, rechtfertigt der beim Kläger vorliegende Diabetes mellitus allenfalls einen Grad der Behinderung von 40.

Der Kläger leidet seit 1996 an einem Diabetes mellitus, der bei seiner Antragstellung im Jahre 2003 mit vier Insulininjektionen sowie Tabletten geführt wurde. Für diesen ist grundsätzlich, also unabhängig von Einstellbarkeit, Therapieaufwand und Teilhabebeeinträchtigung mindestens nach den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil B, Nr. 15.1., Seite 73 f.) ein Grad der Behinderung von 30 anzusetzen. Dieser kann unter Beachtung von Einstellbarkeit, Therapieaufwand und Teilhabebeeinträchtigung allenfalls auf 40 erhöht werden, weil eine intensiviertere Therapie mit derzeit vier Insulininjektionen sowie Tabletten notwendig ist, um eine zufrieden stellende Führung des Diabetes mellitus zu erreichen und mit diesem Therapieaufwand eine Teilhabebeeinträchtigung einhergeht. So hat auch der Kläger auf seinen durch die Therapie des Diabetes mellitus eingeschränkten Tagesablauf hingewiesen. Regelmäßige Mahlzeiten und Blutzuckerkontrollen sowie Insulininjektionen sowie die Tabletteneinnahme sind erforderlich. Zudem wird die Einstellbarkeit des Diabetes mellitus durch die schwache Hyperlipidämie erschwert.

Eine weitere Erhöhung des Einzelbehinderungsgrads und damit die Begründung der Schwerbehinderteneigenschaft allein aufgrund des Diabetes mellitus kann auch nach dem Maßstab des BSG (Urteil vom 24. April 2008) nicht erfolgen. Es liegt keine instabile Stoffwechsellage vor. Die zufrieden stellende Einstellung wird auch nicht nur durch einen großen Therapieaufwand und eine erhöhte Teilhabebeeinträchtigung erreicht.

Nachdem im Reha-Entlassungsbericht vom 21. Juli 2003 von einer zufrieden stellenden Blutzuckereinstellung aufgrund der erlernten Insulinanpassung berichtet worden war, sind im Herbst 2004 Stoffwechselschwankungen aufgetreten, die zwei stationäre Aufenthalte mit einer veränderten Stoffwechselführung notwendig gemacht haben. In der Epikrise vom 2. November 2004 (Klinikum D.) sind darüber hinaus nachstationäre Blutzuckerschwankungen aufgrund einer beruflichen Stresssituation mitgeteilt worden. Doch haben sich daraus in der Folgezeit keine weiteren Konsequenzen in Form eines erhöhten Therapieaufwands ergeben. Vielmehr hat Dr. L. mit Befundbericht vom 27. Februar 2009 über vier Insulininjektionen (dreimal und einmal täglich) berichtet, also sogar von einer Verringerung des Therapieaufwands im Vergleich zum Jahre 2004 (fünf Insulininjektionen). Unter dieser Therapie sind weder Blutzuckerentgleisungen aufgetreten, die einen stationären Aufenthalt erforderlich gemacht haben, noch ist der Kläger zwischen Januar 2005 und Februar 2009 arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Damit können die Entgleisungen des Diabetes mellitus im Jahre 2004 nicht als dauerhaft und für die Bewertung maßgeblich angesehen werden. Zwar hat Dr. L. in ihrem Befundbericht vom 17. Februar 2009 auch von Hypoglykämien berichtet, da eine hohe Insulinresistenz aufgrund der schwachen Hyperlipidämie vorliege. Doch sind Hypoglykämien Teil der Krankheit. So hat Dr. L. auch darauf hingewiesen, dass die Insulinbehandlung die natürliche Stoffwechselregulation nicht ersetzen könne. Eine schwere Einstellbarkeit, die sich auch in einem erhöhten Therapieaufwand niederschlagen würde, kann allein damit nicht begründet werden. Auch sind keine Umstände erkennbar, die eine besondere Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die regelmäßigen Mahlzeiten, die erforderlichen Blutzuckermessungen sowie die Insulininjektionen und die Einnahme der Tabletten erkennen lassen, sodass jedenfalls allein für den Diabetes mellitus nicht die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt werden kann. Dies zeigt schließlich auch der Vergleich zu anderen Behinderungen. Denn die Gesamtauswirkung des Diabetes mellitus be-einträchtigt die Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft nicht so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung.

Darüber hinaus bestehen keine diabetischen Folgeschäden, die eine Bewertung mit einem Grad der Behinderung rechtfertigen würden. Die von Dr. L. am 27. Februar 2009 diagnostizierte Nephropathie führt nicht zu einer Nierenfunktionsstörung. Auch die diabetische Retinopathie ist nach dem Befundbericht des Augenarztes Dipl.-Med. M. nicht mit Funktionseinschränkungen verbunden.

Weitere Gesundheitsstörungen im Funktionssystem Stoffwechsel liegen nicht vor. Die im Bericht vom Städtischen Klinikum D. vom 23.

Oktober 1996 diagnostizierte Fettstoffwechselstörung, die im Jahre 2004 zu einer akuten Pankreatitis geführt hatte, wurde in der Folgezeit mit Diät und Fettsenkermedikation behandelt, so dass Dr. L. im Befundbericht vom 27. Februar 2009 nur noch von einer schwachen Hyperlipidämie berichtet hat, die nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 15.3., 74) ohne behinderungsgradrelevante Folge- und Begleitschäden keinen Einzelbehinderungsgrad bedingt.

b) Das Bluthochdruckleiden des Klägers ist dem Funktionssystem Herz-Kreislauf zuzuordnen und rechtfertigt unter Berücksichtigung der geringgradig eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens einen Grad der Behinderung von 10.

Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 9, Seite 46) kommt es bei Herz-Kreislauferkrankungen nicht auf die Art der Erkrankung, sondern auf die jeweilige konkrete Leistungseinbuße an. Bei der Beurteilung des Behinderungsgrads ist daher zunächst grundsätzlich von dem klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Ergometerdaten und andere Parameter stellen dabei lediglich Richtwerte dar, die das klinische Bild ergänzen. Auch gestatten allein elektrokardiografische Abweichungen in der Regel keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

Nach Teil B, Nr. 9.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Seite 51) ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen, mit einem Grad der Behinderung 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 Grads (Augenhintergrundsveränderungen - Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung.

Danach ist von einer leichten Form des Bluthochdrucks auszugehen, die einen Behinderungsgrad von 10 rechtfertigt. Zwar findet sich in zahlreichen medizinischen Unterlagen die Diagnose der Hypertonie (Bericht des Städtischen Klinikums D. vom 23. Oktober 1996, Befundbericht S. vom 6. November 1999). Teilweise wurde aber auch nur die Neigung zur Hypertonie (Gutachten Dipl.-Med. K.) mitgeteilt und sogar davon berichtet, dass während der Reha-Maßnahme im Juli 2003 bei über drei Wochen durchgeführten Blutdruckkontrollen normotone Werte ohne Medikation festgestellt worden seien. Auch Dr. L. hat mit Befundschein vom 15. Dezember 2003 mitgeteilt, dass derzeit kein Bluthochdruck bestehe. Zwar wird der Bluthochdruck mit Werten bis 160/90 mmHg nach ihrem Befundbericht vom 27. Februar 2009 nunmehr wieder medikamentös behandelt, insgesamt ist aber nur von einer leichten Form auszugehen, die mit einem Grad der Behinderung von 0 bis 10 zu bewerten ist. Denn auch Organbeteiligungen aufgrund der Bluthochdruckerkrankung liegen nicht vor.

Hier kann aber ein Einzelgrad von 10 für das Funktionssystem Herz-Kreislauf angenommen werden, weil neben der Bluthochdruckerkrankung die LV-Funktion als toxische Nebenwirkung der Chemotherapie eingeschränkt ist.

Nach Nr. 9.1.1. der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Seite 46) ist bei Herzkrankheiten von einem Bewertungsrahmen von 0 bis 10 auszugehen, wenn eine Herzerkrankung ohne wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen, keine Einschränkung der Sollleistung bei einer Ergometerbelastung) vorliegt. Sofern die Herzerkrankung mit einer Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen [5-6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit) einhergeht und Beschwerden und das Auftreten pathologischer Messdaten bei einer Ergometerbelastung von 75 Watt vorliegen, ist ein Bewertungsrahmen von 20 bis 40 eröffnet.

Nach diesem Maßstab ist von einer geringen Leistungsbeeinträchtigung auszugehen. Die in der Epikrise vom 2. November 2004 festgestellte Pumpfunktion von 46 % (normal 55 %, mittelschwer unter 39%, schwer unter 30%) spiegelt eine etwas mehr als geringgradig eingeschränkte Pumpfunktion wider, die auch im Grad der Behinderung für das Funktionssystem Herz-Kreislauf Niederschlag finden muss. Eine höhere Bewertung als mit 10 kommt aber nicht in Betracht, weil der Kläger nach der Epikrise vom 2. November 2004 eine Belastungsergometrie bei 125 Watt über 3 Minuten ohne Angina-pectoris-Symptomatik, ohne Herzrhythmusstörungen und ohne signifikanten Ischämien durchführen konnte. Eine Verschlechterung des Herz-Kreislauf-Leidens ist nach dem Befundbericht der Dr. L. vom 27. Februar 2009 auch in der Folgezeit nicht eingetreten, sodass keine mittelgradigen Beeinträchtigten und damit auch kein Grad der Behinderung von 20 festgestellt werden kann.

c) Der Kläger leidet außerdem unter Gesundheitsstörungen aus dem Funktionssystem Rumpf. Dafür ist allerdings nur ein Grad der Behinderung von 10 festzustellen. Soweit der Beklagte sowie das Sozialgericht dafür einen Grad der Behinderung von 20 angenommen hat, kann dem nicht gefolgt werden.

Für Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen sind die maßgeblichen Bewertungskriterien in Teil B Nr. 18.9 (Seite 89 ff.) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vorgegeben. Danach folgt der Grad der Behinderung bei Wirbelsäulenschäden primär aus dem Ausmaß der Bewegungseinschränkung der Wirbelsäulenverformung, der Wirbelsäuleninstabilität sowie aus der Anzahl der betroffenen Abschnitte der Wirbelsäule. Erst mittelgradige funktionelle Auswirkungen von Wirbelsäulenschäden in einem Wirbelsäulenabschnitt, z.B. eine anhaltende Bewegungseinschränkung oder eine Instabilität mittleren Grads, rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 20. Funktionsstörungen geringeren Grads bedingen allenfalls einen Einzelgrad von 10. Schwere funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome) rechtfertigen einen Einzelgrad der Behinderung von 30, mittelgradige bis schwere in zwei Wirbelsäulenabschnitten einen Grad der Behinderung von 30 bis 40. Anhaltende Funktionsstörungen infolge Wurzelkompression mit motorischen Ausfallerscheinungen - oder auch intermittierenden Störungen bei einer Spinalkanalstenose - sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Nach diesem Maßstab rechtfertigen die Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen einen Grad der Behinderung von 10. Es liegen bei dem Kläger allenfalls geringgradige funktionelle Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt, nämlich der LWS, vor. Bei dem Kläger bestehen nach dem Reha-Entlassungsbericht vom 21. Juli 2003 ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom bei myostatischer Insuffizienz sowie eine Wirbelsäulenfehlhaltung. Doch sind diese keinesfalls mit mittelgradigen Funktionseinschränkungen verbunden. Auch eine radikuläre Symptomatik besteht nicht. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war bei der Reha-Maßnahme im Jahre 2003 in der Beugung leicht eingeschränkt gewesen, der Fingerbodenabstand hatte 10 cm betragen. Das Seitwärtsdrehen und das Neigen der Wirbelsäule waren aber weitgehend frei gewesen. Weitergehende Einschränkungen lassen sich auch den weiteren medizinischen Unterlagen nicht entnehmen. So

wurde im Bericht des Städtischen Klinikums D. vom 23. Oktober 1996 zwar über belastungsabhängige ischialgieförmige Schmerzen der LWS berichtet, Funktionseinschränkungen aufgrund der myostatischen Insuffizienz wurden aber nicht mitgeteilt. Zwar hat Dipl.-Med. K. in dem für die Bundesagentur für Arbeit erstellten Gutachten vom 2. April 1998 eine dauerhaft herabgesetzte Belastbarkeit der LWS diagnostiziert. Doch aus diesem Gutachten sind keine Funktionseinschränkungen zu entnehmen. Schließlich hatte die Fachärztin für Allgemeinmedizin Sch. mit Befundbericht vom 6. November 1999 zwar über ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom berichtet, das die Leistungsfähigkeit des Klägers einschränkt. Doch hat auch sie lediglich Druckschmerz und ein beidseits bei 60° positives Zeichen nach Laségue mitgeteilt, sodass auch aus ihrem Bericht keine mittelgradigen Funktionseinschränkungen abgeleitet werden können. Für allenfalls geringgradige Einschränkungen spricht schließlich auch die Tatsache, dass nach dem Schreiben von Dipl.-Med. T. vom 12. Februar 2009 und seinem Befundbericht vom 18. Mai 2001 eine letztmalige orthopädische Behandlung des Klägers im Jahre 2001 wegen einer beidseitigen Retropatellaarthrose stattgefunden hat.

c) Die psychische Behinderung des Klägers ist dem Funktionssystem Gehirn einschließlich Psyche zuzuordnen und mit einem Grad der Behinderung von 10 zu bewerten.

Nach Nr. 3.7. der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Seite 27) ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 bis 20 vorgesehen. Stärkere behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, so-matoforme Störungen) sind mit einem Einzelgrad von 30 bis 40 zu bewerten.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Sch. hatte mit dem am 6. November 1999 erstellten Befundbericht ein depressives Syndrom unterschiedlicher Intensität seit der Erkrankung an Morbus Hodgkin diagnostiziert. Auch im Reha-Entlassungsbericht vom 21. Juli 2003 wurde ausgeführt, dass in psychologischen Einzelgesprächen berufliche Probleme und noch immer bestehende Ängste im Zusammenhang mit der Erkrankung an Morbus Hodgkin thematisiert worden waren. Weitere Hinweise auf eine psychische Erkrankung sind den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht zu entnehmen, sodass allenfalls von einer leichten psychischen Störung mit einem Bewertungsrahmen von 0 bis 20 ausgegangen werden kann. Da keine Auswirkungen beschrieben wurden, die ein Ausschöpfen des Bewertungsrahmens von 0 bis 20 rechtfertigen, auch zu keinem Zeitpunkt eine fachärztliche oder medikamentöse Behandlung der seelischen Gesundheitsstörung stattgefunden hat und damit kein erheblicher Leidensdruck vorgelegen haben kann, ist allenfalls eine Bewertung mit einem Grad der Behinderung von 10 möglich.

d) Weitere Gesundheitsstörungen, die einem anderen Funktionssystem zuzuordnen sind und zumindest und mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 zu bewerten wären, sind nicht erkennbar.

Die von Dipl.-Med. K. und Frau Sch. mitgeteilten degenerativen Veränderungen des Hüftgelenks bedingen keinen Behinderungsgrad, weil lediglich im Jahr 1999 die Innenrotation eingeschränkt war. Im Reha-Entlassungsbericht vom 21. Juli 2003 und in den weiteren medizinischen Unterlagen war diese oder eine andere Funktionseinschränkung der Hüftgelenke aber nicht mehr festzustellen. Auch aufgrund der Erkrankung des lymphatischen Systems bestehen keine Funktionseinschränkungen. Zudem hat die erhöhte Harnsäurekonzentration keine mit einem Behinderungsgrad zu bemessenden Auswirkungen. Das endogene Ekzem wurde von Dipl.-Med. K. als symptomfrei beschrieben, andere Ärzte haben diese Diagnose nicht gestellt. Auch der im Jahre 2004 als ernährungsbedingt eingeordnete Leberschaden hat keine Funktionseinschränkungen nach sich gezogen und wurde in der Folgezeit von den behandelnden Ärzten des Klägers nicht mehr diagnostiziert.

e) Da bei dem Kläger Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren Grad der Behinderung vorliegen, ist nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der Grad der Gesamtbehinderung zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Seite 8) 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 ist von dem Behinderungsgrad von 40 für den Diabetes mellitus als höchstem Einzelbehinderungsgrad auszugehen. Dieser kann auch nicht erhöht werden, weil mehrere andere Funktionssysteme (Herz-Kreislauf, Rumpf, Psyche einschließlich Gehirn) mit einem Einzelgrad von 10 zu bewerten sind. Denn nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A, Nr. 3 ee, Seite 10) führen - von hier fern liegenden Ausnahmefällen abgesehen - zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen Einzelgrad von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen und verschiedene Lebensbereiche betreffen (vgl. BSG, Urteil v. 13.12.2000 - [B 9 V 8/00 R](#) = SozR 3 - 3870 § 4 Nr. 28).

Letztlich widerspricht hier die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft dem nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil A Nr. 3b, Seite 10) zu berücksichtigenden Gesamtmaßstab. Im Vergleich mit Gesundheitsschäden, zu denen in der GdS-Tabelle feste Werte angegeben sind, ist bei dem Kläger ein höherer Gesamtgrad als 40 auch unter Berücksichtigung der neben dem Diabetes mellitus vorliegenden Gesundheitsstörungen nicht gerechtfertigt. Denn auch die Gesamtauswirkung seiner verschiedenen Funktionsstörungen beeinträchtigt seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insbesondere nicht so schwer wie die Behinderungen, für die nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen die Schwerbehinderteneigenschaft anzuerkennen ist.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02