L 7 SB 69/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 24 SB 190/03
Datum
14.10.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 69/05
Datum
07.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 14. Oktober 2005 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen, soweit der Beklagte verurteilt wurde, vor dem 10. Januar 2003 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten in beiden Instanzen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab dem 1. Januar 1997.

Die 1960 geborene Klägerin beantragte beim Beklagten am 10. Januar 2003 die Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) und begründete dies mit einem Diabetes mellitus Typ 1 sowie mit degenerativen Veränderungen im Wirbelsäulenbereich. Im Antragsformular begehrte sie zunächst, den Schwerbehindertenausweis rückwirkend ab dem 1. Januar 2001 auszustellen.

Der Beklagte zog einen Befundbericht von dem Facharzt für Orthopädie Dr. K. vom Januar 2003 und Direktor Prof. Dr. L. (O.-Universität, Medizinische Fakultät, Zentrum für Innere Medizin) vom Januar 2003 bei. Dr. K. diagnostizierte ein chronisch rezidivierendes Cervical- und Lumbalsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, eine Skoliose sowie muskuläre Dysbalancen bei Blockierungen der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule. Prof. Dr. L. gab häufige Hypoglykämien an. Die Klägerin legte weitere Arztbriefe von Prof. Dr. L. vor. Dieser berichtete unter dem Oktober 2001 über gelegentliche etwas niedrige Blutzuckerwerte am Nachmittag. Am Oktober 2001 sei der HbA 1c-Wert mit 5,9 % sehr zufriedenstellend gewesen. Die letzte augenärztliche Untersuchung habe einen regelhaften Befund gezeigt. Unter dem Februar 2002 gab er morgentlich häufige niedrige Blutzuckerwerte (bis minimal 1,5 mmol/l) an. Der HbA 1c-Wert sei mit 6,4 % zufriedenstellend. Die Ursache für die von der Klägerin angegebene Leistungsminderung sei nicht erklärbar. Unter dem April 2002 gab er an, der Blutzucker läge mittags zu hoch. Der HbA 1 c-Wert sei mit 6,06 % gut und werde nicht durch zu viele Unterzuckerungen "erkauft". Am Januar 2003 berichtete er über eine Besserung und einen stabilen HbA 1 c-Wert von 6,21 %.

Die Versorgungsärztin Dr. W. bewertete diese Befunde unter dem Februar 2003 mit einem Gesamt-GdB von 40. Die Zuckerkrankheit sei mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Das Wirbelsäulenleiden sei nicht ausgeprägt und rechtfertige keinen Einzel-GdB.

Mit Bescheid vom 17. März 2003 stellte der Beklagte einen Gesamt-GdB von 40 ab dem 1. Januar 2001 fest. Dagegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom 3. April 2003, in dem sie ausführte: Seit ca. 1989 sei sie auf eine intensivierte Insulintherapie eingestellt. Sie müsse regelmäßig fünf Mal am Tag den Blutzucker messen und die Insulindosierung vor jedem Essen in Abhängigkeit von dem gemessenen Wert und der beabsichtigten Nahrungsaufnahme bestimmen. Unterzuckerungen hätten sich von den Vormittagsstunden auf die Nachmittagsstunden verlagert. In ihrer Tätigkeit als Referatsleiterin käme es je nach körperlicher und sonstiger Belastung zu Anpassungsproblemen. Insbesondere die niedrigen Blutzuckerwerte von bis zu 1,5 mmol/l führten zu längeren Unterzuckerungszeiten (mindestens 15 bis 30 Minuten), die mit einer deutlichen Leistungseinschränkung von über ein bis zu zwei Stunden verbunden seien. Bei hohen Blutzuckerwerten träte eine Schlappheit, Unwohlsein und Müdigkeit ein. Die ständigen Schwankungen zwischen 8 bis 15 mmol/l bzw. 2,5 bis 4,4 mmol/l seien medizinisch nicht erklärbar und für sie weder vorhersehbar oder gar vermeidbar. Besonders unangenehm seien Unterzuckerungen beispielsweise in Besprechungsterminen, auf die sie praktisch kaum reagieren könne. Sie leide daher an einem schwer einstellbaren Diabetes mellitus mit häufig auftretenden Hyperglykämien. So habe sie im Mai 2001 allein dreimal innerhalb von etwa zwei

Wochen schwerste Unterzuckerungen gehabt, die mit einer mehrstündigen Ohnmacht verbunden gewesen seien. Sie habe ein Interesse daran, den GdB möglichst weit die Vergangenheit anerkannt zu bekommen, mindestens aber seit dem 1. Januar 1997. Aufgrund der permanenten Schmerzen und Steifigkeit im Wirbelsäulenbereich sei es nicht nachvollziehbar, warum die Erkrankung der Wirbelsäule keine Bedeutung für die Bildung des GdB haben solle. Die Klägerin reichte weitere Arztbriefe von Prof. Dr. L. ein, die jeweils deutliche Blutzuckerschwankungen bestätigten.

Der Beklagte holte einen weiteren Arztbrief von Prof. Dr. L. (O.-Universität M.) vom August 2003 ein. Hiernach bestehe bei der Klägerin ein recht schwierig einzustellender Diabetes mellitus, der insbesondere durch eine erhebliche Hypoglykämieneigung geprägt sei. Folgeschäden der Erkrankung seien nicht bekannt.

Der Versorgungsarzt Medizinalrat Dr. B. hielt unter dem September 2003 einen Gesamt-GdB von 50 ab Januar 2001 für gerechtfertigt und begründete dies mit einer deutlichen Hypoglykämieneigung.

Der Beklagte holte eine weitere versorgungsmedizinische Stellungnahme von Dipl.-Med. K. ein. Danach sei das Auftreten schwerer Unterzuckerungen in den Befunden nicht gesichert. Vielmehr handele es sich um gewöhnliche Hypoglykämien, die keine Erhöhung des GdB rechtfertigen könnten. Die Beschwerden im Wirbelsäulenbereich seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. November 2003 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 17. Dezember 2003 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und ihr Begehren weiterverfolgt. Ergänzend hat sie vorgetragen: Ihre sehr schwankenden Blutzuckerwerte seien beispielhaft an verschiedenen Tagen zu erkennen, an denen jeweils extreme Schwankungsbreiten aufgetreten seien (z.T. zwischen 1,9 mmol/l bis 12,1 mmol/l bzw. 1,8 mmol/l bis 12,4 mmol/l oder 6,6 mmol/l bis 16,1 mmol/l). Am 6. Februar 2003 sei zwischen 6.20 Uhr und 7.40 Uhr ein Blutzuckerabfall von 11,4 mmol/l auf 2,7 mmol/l eingetreten. Der Behauptung der Versorgungsärztin, es handele sich dabei lediglich um "gewöhnliche Unterzuckerungen", sei unzutreffend. Der Therapiebedarf sei wegen dieser hohen Schwankungen und der Unvorhersehbarkeit der jeweiligen Blutzuckerwerte so hoch, dass ein GdB von 50 zu vergeben sei. Der Widerspruchsbescheid sei zudem fehlerhaft, da keine Ausführungen zu der Zeit ab dem 1. Januar 1997 enthalten seien. Die Klägerin hat weitere Arztbriefe von Prof. Dr. L. für die Zeit zwischen dem Juli 2000 bis August 2003 übersandt. Auch hat sie ihre Diabetiker-Tagebücher vorgelegt.

Das Sozialgericht hat Befundberichte von der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. T., dem Facharzt für Orthopädie Dr. K., dem Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. V. sowie von Prof. Dr. L. (O.-Universität) eingeholt. Dr. T. hat eine geringe Kurzsichtigkeit ohne krankhafte Veränderungen diagnostiziert. Dr. K. wiederholte die bereits bekannten Diagnosen und berichtete über eine statische Minderbelastbarkeit, muskuläre Dysbalancen sowie eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule. Insgesamt habe sich der Befund nicht geändert. Dr. V. hat über laufende, juckende und schmerzende Ohren berichtet. Prof. Dr. L. hat angegeben: Seit dem Januar 2003 seien die Befunde im Wesentlichen gleich geblieben. Die Klägerin benötige mehrmals am Tag Insulininjektionen. Nach seiner Einschätzung liege ein gut eingestellter Diabetes mellitus vor. Diese Einschätzung rechtfertige sich aus den guten HbA 1c-Werten (August 2003: 5,87 %; November 2003: 6,30 %; Februar 2004: 6,16 %) und der intensiven Selbstkontrolle der Klägerin. Der Beklagte hat diese Befunde durch die Versorgungsärztin Dr. K. am Mai 2004 auswerten lassen. Die Klägerin leide nicht an schweren über das krankheitsimmanente Maß hinausgehenden Stoffwechselentgleisungen. So sei es weder zu Krankenhauseinweisungen noch zu Notarztbehandlungen gekommen. Der Diabetes mellitus sei daher mit einem Einzel-GdB von 40 zutreffend bewertet. Die Wirbelsäulenfunktionsminderung sei wohlwollend mit einem Einzel-GdB von 10 einzuschätzen, was sich auf den Gesamt-GdB jedoch nicht auswirke.

Die Klägerin hat dem widersprochen und mitgeteilt: Leichte Unterzuckerungen seien bereits bei einem Blutzuckerwert von unter 3,3 mmol/l bis 2,8 mmol/l anzunehmen. Schwere Unterzuckerungen bestünden bei weniger als 2,0 mmol/l und sehr schwere Unterzuckerungen führten zur Bewusstlosigkeit. Nach einer von ihr näher bezeichneten Studie seien sehr schwere Unterzuckerungen durchschnittlich nur alle fünf bis sechs Jahre bei einem insulinpflichtigen Diabetiker zu erwarten.

Das Sozialgericht Magdeburg hat mit Urteil vom 14. Oktober 2005 den Bescheid vom 17. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. November 2003 abgeändert und den Beklagten verurteilt, einen GdB von 50 festzustellen. Das Sozialgericht hat im Wesentlichen zur Begründung ausgeführt: Bei der Klägerin sei von einem schwer einstellbaren Diabetes mellitus auszugehen. Dies ergäbe sich aus den Arztbriefen von Prof. Dr. L ... Hiernach komme es nach den vorliegenden Unterlagen und dem Diabetiker-Tagebuch der Klägerin gelegentlich zu ausgeprägten Hypoglykämien, die nach der medizinischen Literatur bereits bei Blutzuckerwerten unter 2,8 mmol/l anzunehmen seien. Starke Verminderungen des Blutzuckerspiegels seien bei der Klägerin wiederholt und zeitweise mehrmals am Tag aufgetreten. So seien Werte von 1,3 mmol/l (24. Januar 2002), 1,5 mmol/l (Januar 2002) und 2,4 mmol/l (Januar 2002) dokumentiert. Zwischen September und Oktober 2003 habe der vergleichbare Unterwert zwischen 1,7 mmol/l und 2,6 mmol/l gelegen. Ob eine ausgeprägte Hyperglykämie bereits bei einem Blutzuckerwert von unter 2,8 mmol/l angekommen werden könne, könne dabei offenbleiben. In jedem Fall sei eine derartige Unterzuckerung bei einem Wert unter 2,0 mmol/l anzunehmen. Dieser Wert sei bei der Klägerin wiederholt aufgetreten. Der restriktiven Ansicht der Versorgungsärztin des Beklagten sei nicht zu folgen. Es gehe viel zu weit, eine ausgeprägte Unterzuckerung praktisch erst bei einem lebensbedrohlichen Zustand anzunehmen. Auch von einem gut eingestellten Diabetes mellitus könne bei der Klägerin nicht gesprochen werden. Hierbei dürfe nicht nur der HbA 1c-Wert betrachtet werden. Vielmehr müsse auch der dafür notwendige Therapieaufwand berücksichtigt werden. Gerade stark schwankende Blutzuckerwerte, die mit regelmäßigen und kurzfristig auftretenden Begleiterscheinungen verbunden seien und einen entsprechenden Therapieaufwand erforderten, seien von den Langzeitwerten zu unterscheiden. Die von der Klägerin häufig gemessenen Unterzuckerungen gingen über das übliche Maß hinaus und seien mit einer "gewollt straffen Stoffwechselführung" allein nicht zu erklären. Das Urteil enthält weder im Tenor noch in der Begründung Ausführungen zu der Frage, ab welchem Zeitpunkt die Statusfeststellung gelten soll.

Der Beklagte hat gegen das ihm am 17. November 2005 zugestellte Urteil am 6. Dezember 2005 Berufung beim Landessoziaglericht Sachsen-Anhalt eingelegt und ergänzend ausgeführt: Die Bewertung des versorgungsmedizinischen Dienstes gründe sich auf eine zutreffende Bewertung von Rösner in der Zeitschrift "Der Medizinische Sachverständige" aus dem Jahr 2004. Hyperglykämien seien bei einer normnahen Einstellung dieses Diabetes-Typs krankheitsimmanent. Ausgeprägte Hyperglykämien mit Bewusstseinsverlusten oder Fremdhilfebedarf seien im vorliegenden Fall nicht belegt. Nach den vorliegenden Arztbriefen von Prof. Dr. L. werde zwei Mal täglich Basal-Insulin gegeben und über gelegentliche Hypoglykämiengefühle berichtet. Es ergäben sich keine Hinweise für Stoffwechselschwankungen,

die über das krankheitstypische Maß eines Typ 1 Diabetikers hinausgingen.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 14. Oktober 2005 abzuändern und die Klage abzuweisen, soweit der Beklagte vor dem April 2008 verurteilt wurde, einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung der Vorinstanz für zutreffend und hat ein Notarztprotokoll vom 1. Dezember 2005 zur Gerichtsakte gereicht.

Der Beklagte hat dieses Protokoll von Dr. W. prüfärztlich auswerten lassen. Hiernach ergäbe sich aus der einmal belegten Glukoseinfusion kein Hinweis auf häufige und ausgeprägte Unterzuckerungen. Der Vorfall habe auch nicht zu einer neuen Insulineinstellung geführt. Es müsse bei einem Gesamt-GdB von 40 verbleiben.

Die Klägerin ist dem entgegengetreten: Nach der medizinische Fachliteratur (es folgen weitere Ausführungen) sei von einer Hyperglykämie bereits bei einem Blutzuckerwert unterhalb von 3,5 mmol/l auszugehen. Entgegen der versorgungsärztlichen Stellungnahme sei eine Insulinanpassung nach dem Vorfall erfolgt. So würden abends statt sechs Einheiten nur noch vier Einheiten gespritzt. Die Blutzuckerkontrollen seien weiter erhöht worden und fänden auch nachts statt.

Der Beklagte hat die von der Klägerin vorgelegten Diabetiker-Tagebücher vom versorgungsmedizinischen Dienst auswerten lassen. Dr. W. hat am Februar 2006 ausgeführt: Aus den Tagebüchern und den Arztbriefen von Prof. Dr. L. sei erkennbar, dass die Klägerin einen sehr guten HbA 1c-Wert erreicht habe, der für die Beurteilung der Stoffwechsellage maßgebend sei. Von daher sei von einem gut eingestellten Typ 1 Diabetes mellitus auszugehen. Die Auffassung der Klägerin sei nur insoweit nachvollziehbar, als dieses Stoffwechselergebnis mit einem hohen Aufwand erreicht werde, um die Blutzuckerwerte in einem sehr normnahen Bereich zu halten. Teilweise erscheine dieser Aufwand aber deutlich übertrieben und eher zu schaden als zu nützen. Keineswegs rechtfertige der persönlichkeitsbedingt hohe Aufwand den Rückschluss, von einer schweren Einstellbarkeit des Diabetes mellitus auszugehen. Im Übrigen sei es nicht möglich, eine konkrete Grenze für eine ausgeprägte Hypoglykämie festzulegen. Auch seien die Selbstmessungen der Klägerin mit einigen Messunsicherheiten verbunden.

Die Klägerin hat dem entgegnet: Sie verwende nach einer Empfehlung von Prof. Dr. L. das ACCU-CHECK Gerät, was nach dessen Ansicht die genauesten Messwerte liefen solle. Diese Selbstmessungen seien Bestandteil jeder intensivierten Insulintherapie. Ob der von ihr betriebene Aufwand zu hoch sei, möge im Zweifelsfall ein Gutachter klären. Die Klägerin hat ein Gutachten von Dr. K. (Universitätsklinikum M.) zur Insulinpumpenverordnung vom 11. August 2006 vorgelegt. Diese diagnostizierte eine starke Hypoglykämieneigung mit Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung sowie eine Therapie mit Insulinpumpe seit dem Juni 2006. Aufgrund des reduzierten Ernährungszustandes des Klägerin (BMI 18 kg/m ²) zeige sich bei dem bisher eingesetzten Basal-Insulin eine Schwankungsneigung, da sehr wenig Fettgewebe vorhanden sei. Die Pumpentherapie trage durch die kontinuierliche Abgabe kleinster Insulinteile und durch den Verzicht auf Basalinsulin dazu bei, mögliche Unterzuckerungen zu vermeiden. Unter Alltagsbedingungen seien zunehmend stabilere Verläufe erreicht worden.

Der Senat hat Befundberichte vom Facharzt für Orthopädie Dr. K., Dr. R. sowie Oberärztin Dr. K. eingeholt. Dr. K. hat neben den bereits bekannten Diagnose zusätzlich ein Supraspinatussehnensyndrom rechts bei Impingement, eine beginnende Retropatellararthrose beidseits sowie einen Zustand nach partieller medialer Seitenbandruptur links (2007) diagnostiziert. In einem beigefügten Arztbrief einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie vom Januar 2006 findet sich die Diagnose einer leichten diabetischen Polyneuropathie. In einem weiteren Arztbrief der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums M. berichtete Prof. Dr. W. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom August 2006. Hiernach berichtete sie über Schmerzen in der rechten Schulter mit Ausstrahlungen in die Finger. Es könne an eine diabetische Plexusschädigung, eine neuralgische Schulteramyotrophie oder wegen eines positiven Borrelienbefundes (Dezember 2005) an eine durch Borriellen verursachte Reizsymptomatik gedacht werden. Eine Neuroborreliose sei nachweislich nicht gegeben. Dr. K. hat angegeben: Bei der Klägerin läge ein extrem instabiler Diabetes mit einem ständigen Wechsel zwischen Unter- und Überzuckerungen vor, wobei eine ausgeprägte Neigung zu Unterzuckerungen bestehe. Hierdurch sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Auch sei ein hoher Therapieaufwand mit ca. acht Blutzuckerkontrollen täglich notwendig. Der HbA 1c-Wert habe im Jahr 2008 in vier Messungen zwischen 6,2 % bis 6,7% gelegen. Die erhebliche Blutzuckerschwankung habe sich auch nach der Implantation einer Insulinpumpe nicht gebessert.

Darüber hinaus hat der Senat noch einen Bericht des Moorbades B. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom Februar 2009 bis März 2009 eingeholt. Darin hat der Facharzt für Orthopädie Dr. K. angegeben: Die Klägerin leide seit ca. 10 Jahren an Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich, vor allem beim Sitzen und Heben. Seit ca. vier Jahren seien Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule hinzugetreten, die in den rechten Arm und die rechte Hand ausstrahlten. Vor ca. einem Jahr seien Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke aufgetreten. Im November 2007 sei es bei einem Skiurlaub zu einem Anriss des Seitenbandes gekommen, der konservativ versorgt worden sei. Während des Aufenthaltes seien ausgeprägte und symptomatische Hypoglykämien sowohl am Tage als auch in der Nacht aufgetreten (minimaler Blutzuckerwert: 1,8 mmol/l). Die Unterzuckerungsneigung habe sich auch nach einer Herabsetzung der Basalrate fortgesetzt. Aufgrund der erheblichen Blutzuckerschwankungen (frühmorgendliche Unterzuckerungen: 2-3 mmol/l bei nächtlichen Überzuckerungen bis 15 mmol/l) sei der Frühsport abgesetzt worden. Dr. K. hat auf orthopädischem Gebiet folgende Diagnosen gestellt:

Chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom auf dem Boden segmentaler Funktionsstörungen und muskulärer Dysbalancen,

Cervikobrachial-Syndrom der Halswirbelsäule und muskulären Dysbalancen infolge degenerativer Veränderungen,

Retropatellararthrose.

Das Gangbild der Klägerin sei sicher und unauffällig. Mit Ausnahme eines leichten, linksseitigen Schulterhochstandes seien die großen

Extremitätengelenke klinisch ohne Befund. In der klinischen Untersuchung habe sich eine beidseitige Retropatellararthrose (rechts ausgeprägter) sowie eine fehlende Patellabeweglichkeit gezeigt.

Mit Ausführungsbescheid vom 16. August 2010 hat der Beklagte den GdB ab dem 22. Juli 2010 auf 50 festgesetzt. Auf Nachfrage des Senats, ob die 2. Änderungsverordnung aus Sicht der Beklagten auch für die Vergangenheit gelten könne, hat sich der Beklagte bereit erklärt, einen GdB von 50 ab April 2008 festzustellen und diesen Zeitpunkt mit der geänderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts begründet. Für einen weiter zurückliegenden Zeitraum fehle die Rechtsgrundlage.

Dem hat die Klägerin entgegengehalten: Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien die einschlägigen Vorschriften der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit mit dem höherrangigen Recht und dem Stand der medizinischen Wissenschaft unvereinbar. Dies müsse auch für die Vergangenheit gelten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere auf die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten und die von der Klägerin eingereichten Diabetiker-Tagebücher Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und nach § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Beklagten ist teilweise begründet. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft liegen bei der Klägerin ab Antragstellung am 10. Januar 2003 vor. Für den weitergehenden Zeitraum vom 1. Januar 1997 bis 9. Januar 2003 ist die Klage unzulässig und die Berufung erfolgreich.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Antrag der Klägerin auf Feststellung eines Behinderungsgrads von mindestens 50 ab dem 1. Januar 1997, sodass hier eine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage erhoben wurde, für die bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung maßgeblich ist (vgl. BSG v. 12. April 2000 – B 9 SB 3/99 R = SozR 3-3870 § 3 Nr. 9, Seite 22). Die Klägerin begehrte in ihrer Widerspruchsbegründung vom 30. Mai 2003, den GdB mindestens ab dem 1. Januar 1997 in Höhe von 50 festzustellen. Der Beklagte hat in seiner Prüfung jedoch keine Ermittlungen für den Zeitraum von 1997 bis 2000 veranlasst und in seinem Bescheid vom 17. März 2003 sowie dem Widerspruchsbescheid vom 20. November 2003 lediglich eine Entscheidung ab dem 1. Januar 2001 getroffen. Für den Zeitraum vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2000 liegen keine Verwaltungsentscheidung und auch kein Vorverfahren vor. Damit fehlt es für diesen Zeitraum an einer für die Klage notwendigen Prozessvoraussetzung (vgl. § 78 SGG). Dies führt zur Unzulässigkeit der Klage.

Für den weiteren Zeitraum vom 1. Januar 2001 bis 9. Januar 2003 ist die Klage unzulässig, da es an einem darauf gerichteten besonderen Rechtsschutzbedürfnis der Klägerin fehlt. Das Bundessozialgericht (BSG) hat bereits mit Urteil vom 29. Mai 1991 – 9a/9 RVs 11/89 (zitiert nach juris) zu den in die Vergangenheit gerichteten Statusfeststellungen ausgeführt: "Die Rechtsstellung als Schwerbehinderter mit einem bestimmten Grad der MdE (oder jetzt einem GdB), worüber allein entschieden wird, kann sich nur in der Zukunft auf die Gestaltung verschiedener Rechtsverhältnisse auswirken; der Status verschafft arbeitsrechtliche Vorteile, führt zur Verminderung des Entgelts für zahlreiche Dienst- und Sachleistungen, zB bei der Benutzung von Verkehrsmitteln, eröffnet begleitende Hilfen durch die Bundesanstalt für Arbeit oder die Hauptfürsorgestelle, nicht zuletzt in Form von Beratung oder Hilfen für behindertengerechte Arbeitsplätze oder vermittelt Kündigungsschutz und längeren Urlaub."

Zur rückwirkenden Statusfeststellung hat das BSG in dieser Entscheidung weiter ausgeführt: Steuervorteile sind aber, auch wenn sie Anlass zu einem Feststellungs-, also Statusverfahren gegeben haben, nur eine der möglichen Folgen des feststellenden Verwaltungsaktes. Sie prägen das sozialrechtliche Statusverfahren nicht, das auf die Gesamtheit der Berechtigungen und Nachteilsausgleiche von Schwerbehinderten ausgerichtet ist. Die Statusänderung wirkt prinzipiell in die Zukunft; eine beschränkte Rückwirkung auf den Zeitpunkt der Antragstellung (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV), trägt dem Interesse der Behinderten daran Rechnung, dass sie nicht durch die Dauer eines Verwaltungsverfahrens unzumutbar benachteiligt werden. Nach Antragstellung können sie auch bei allen wesentlichen Belangen bereits auf ein laufendes Verfahren zur Anerkennung hinweisen. Die weitere Rückwirkung eines Antrags, wie sie in § 6 Abs. 1 Satz 2 SchwbAwV vorgesehen ist, muss auf offenkundige Fälle beschränkt werden (BSG a.a.O.).

Es fehlt bereits an einem hinreichend dargelegten Interesse der Klägerin. Trotz rechtzeitigen Hinweises des Senats vermochte die Klägerin weder in ihrem Schreiben vom 23. November 2010 noch in ihren Erklärungen in der Sitzung vom 7. Dezember 2010 ein besonderes Interesse an einer in die Vergangenheit gerichteten Statusfeststellung glaubhaft machen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass ihre Steuerbescheide der Jahre 2001 bis 2002 jeweils bestandkräftig geworden sind. Die von der Klägerin mitgeteilte telefonische Auskunft des Finanzamtes, eine rückwirkende Neuberechnung dieser Bescheide sei noch möglich, bleibt substanzlos und nach der gerichtsbekannten Praxis der Finanzbehörden wenig wahrscheinlich. Andere mögliche Vorteile aus einer Statusfeststellung vor Januar 2003 sind weder vorgetragen noch erkennbar. Auch ein offenkundiger Fall im Sinne der BSG-Rechtsprechung ist mangels entsprechender Darlegungen und Belege nicht gegeben.

Für die Zeit bis zum 30. Juni 2001 war das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1986 (BGBl. I S. 1421) mit den nachfolgenden Änderungen anzuwenden. Für die anschließende Zeit ist das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) maßgebend, das als Art. 1 des gleichnamigen Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) nach dessen Art. 68 anstelle des durch Art. 63 aufgehobenen Schwerbehindertengesetzes am 1. Juli des Jahres in Kraft getreten ist. Diese Rechtsänderung sowie die nachfolgenden Änderungen des SGB IX, insbesondere die des § 69 durch das Gesetz vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606) sowie das Gesetz vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904) wirken sich auf den vorliegenden Rechtsstreit nicht aus.

Nach § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX stellen wie zuvor nach § 4 Abs. 1 Satz 1 SchwbG 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 Regelung knüpft materiellrechtlich an den in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und zuvor in § 3 Abs. 1 SchwbG bestimmten Begriff der Behinderung an. § 3 Abs. 1 SchwbG definierte Behinderung als die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhte. Regelwidrig war der Zustand, der von dem für das

Lebensalter typischen abwich. Als nicht nur vorübergehend galt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten. Mit der Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung waren Beeinträchtigungen in Beruf und Gesellschaft gemeint (vgl. BSG, Urteil v. 09. Oktober 1987 – 9a RVs 5/86 = SozR 3870 § 3 Nr. 26, Seite 82). Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX 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 (zum Verhältnis beider Fassungen vgl. BSG, Urteil v. 18. September 2003 – B 9 SB 3/02 R = SozR 4-3250 § 69 Nr. 2, Seite 8, m.w.N.; Urteil v. 11. November 2004 – B 9 SB 1/03 R – Rdnr. 12, in juris).

Die hier anzuwendenden Regelungen des § 69 SGB IX stimmen inhaltlich mit ihren Vorgängern in den §§ 3 und 4 SchwbG überein. Nach § 3 Abs. 2 SchwbG war die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung und 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. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX (in der Satzzählung der alten Fassung) gelten wie zuvor nach § 3 Abs. 3 SchwbG für den Grad der Behinderung die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäbe entsprechend. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft (bzw. Funktionsbeeinträchtigungen) vorliegen, wird nach § 69 Absatz 3 Satz 1 SGB IX bzw. zuvor des § 4 SchwbG der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehung festgestellt.

Die bei der Klägerin vorliegenden Behinderungen weisen keine Besonderheiten auf, bei denen sich die Frage stellen könnte, ob die Neufassung des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX eine Modifizierung der bisher nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung und den Anhaltspunkten anzuwendenden Maßstäbe für die Bemessung der Schwere der Behinderung nach sich zieht.

§ 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 Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht 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 bei der Klägerin 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 ist für die Funktionseinschränkungen der Klägerin die Schwerbehinderteneigenschaft ab 10. Januar 2003 festzustellen. Dabei stützt sich der Senat auf die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die Arztbriefe sowie die zahlreichen Diabetikertagebücher der Klägerin.

a) Das Hauptleiden der Klägerin betrifft Funktionssystem Innere Sekretion und Stoffwechsel und wird durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus geprägt. Der Diabetes mellitus ist mit einem Grad der Behinderung von 50 ab dem 10. Januar 2003 zu bewerten.

Für die Bewertung des Diabetes mellitus können die Anhaltspunkte in ihren Fassungen von 1996, 2004 und 2008 nicht herangezogen werden. Das BSG hat mit Urteil 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. So hat das BSG a.a.O. wörtlich ausgeführt, dass die Vorinstanz "die vom erkennenden Senat für erforderlich gehaltenen Modifikationen bei der Anwendung der Nr. 26.15 AHP nicht berücksichtigt" hat. Insbesondere muss die Insulintherapie und die Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft geprüft werden. Neben der Einstellungsqualität kommt auch dem Therapieaufwand hohe Bedeutung zu, soweit er sich auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirkt. Der Behinderungsgrad ist relativ niedrig anzusetzen, wenn mit einem geringen Therapieaufwand eine ausgeglichene

Stoffwechsellage erreicht werden kann. Mit (in beeinträchtigender Weise) wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabilerer Stoffwechsellage) ist der Grad der Behinderung höher einzuschätzen. Dabei sind jeweils - im Vergleich zu anderen Behinderungen - die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in Betracht zu ziehen. Dagegen kommt 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 Hypoglykämieneigung nicht erhöhen 10 mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieneigung 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 kann (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 muss 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 geprüft und entschieden werden.

Zur Konkretisierung des erforderlichen Therapieaufwandes und der damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigung, können nach Auffassung des Senats die Kriterien wertungsmäßig auch für die Vergangenheit herangezogen werden, die nunmehr in der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 ihre rechtliche Grundlage gefunden haben. Hiernach gilt:

"Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit 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 (bzw. Insulinabgaben über die Insulinpumpe müssen dokumentiert sein). Der GdS beträgt 50. Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen."

Wird der Behinderungsgrad für den insulinpflichtigen Diabetes mellitus der Klägerin 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 und Berücksichtigung der Konkretisierung durch den Änderungsentwurf bewertet, rechtfertigt der vorliegende Diabetes mellitus einen Grad der Behinderung von 50 ab dem 10. Januar 2003.

Dies gilt – entgegen der Ansicht des Beklagten – auch für die Vergangenheit. Nach den Entscheidungen des BSG vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 10/06 R und vom 24. April 2009 – B 9 SB 3/08 R (zitiert nach juris) müssen für die Zeit ab Antragstellung gerade die Einstellungsqualität und insbesondere auch der Therapieaufwand bei der Bestimmung der Höhe des GdB berücksichtigt werden und dabei die nachteiligen Auswirkungen auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft eingehend bewertet werden. Der Senat kann dabei die lebhafte Diskussion der Beteiligten, ab wann von einer Unterzuckerung im Sinne der Anhaltspunkte gesprochen werden kann, offenlassen. Auf die früher bedeutsame Frage, was unter häufigen, ausgeprägten oder schweren Hypoglykämien genau zu verstehen ist, kommt es nicht mehr an. Durch die neue Rechtsprechung des BSG sind die Anhaltspunkte bzw. Versorgungsmedizinischen Grundsätze bezogen auf den Diabetes mellitus für nicht anwendbar erklärt worden, soweit der Therapieaufwand in diesen Regelungen keine besondere Beachtung gefunden hat. Diese "partiell" vom BSG festgestellte Rechtswidrigkeit der Anhaltspunkte bzw. der Versorgungsmedizinischen Verordnung ist erst durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 vom Verordnungsgeber beseitigt worden. Diese Zweite Verordnung hat für den Diabetes mellitus die Vorgaben des BSG praktisch umgesetzt und hat damit die maßgeblichen gesetzlichen Kriterien zur Bestimmung der Teilhabebeeinträchtigung bei dieser Erkrankung verdeutlicht. Hiernach kommt es auf den dokumentierten Umfang der täglichen Insulininjektionen, die Variabilität der jeweiligen Insulindosierungen, den konkreten Therapieaufwand und ggf. erschwerend darauf an, ob trotz der Therapie außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen nicht verhindert werden können, die für sich genommen einen höheren GdB rechtfertigen könnten. Zwar ist diese Verordnung erst am 22. Juli 2010 in Kraft getreten und damit für die Vergangenheit nicht direkt anwendbar. Gleichwohl hält der Senat eine wertungsmäßige Einbeziehung der in dieser Verordnung getroffenen Kriterien auch für die Vergangenheit für geboten, da sie den Vorgaben des BSG entsprechen. Für eine derartige sinngemäße Anwendung spricht zunächst, dass nach der Feststellung der "partiellen" Rechtswidrigkeit der Anhaltspunkte bzw. der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der durch das BSG vorgenommenen Auslegung des Gesetzes zu folgen ist. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist daher danach zu fragen, in welcher Weise die Gesundheitsstörungen die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit beeinflussen und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft konkret beeinträchtigen. Die konkrete Beeinträchtigung der Teilhabe wird durch die funktionellen Auswirkungen der Erkrankungen und den damit verbundenen therapeutischen Aufwand maßgebend beeinflusst. Diese Voraussetzungen hat die Zweite Verordnung vom 14. Juli 2010 umgesetzt und führt damit die Kriterien aus, die eine Teilhabebeeinträchtigung bei einem Diabetes mellitus nach dem Gesetz wesentlich bestimmen.

Zunächst bleibt festzuhalten, dass sich die Stoffwechsellage der Klägerin auch nach der Implantation einer Insulinpumpe im Jahr 2006 weiterhin als sehr schwankend dargestellt hat und wesentlich durch eine deutliche Unterzuckerungsneigung geprägt wurde und auch heute noch wird. Gerade diese teilweise täglichen Unterzuckerungssituationen mit einer außergewöhnlichen hohen Schwankungsbreite haben die Klägerin in ihrer Leistungsfähigkeit jeweils stark beeinträchtigt, bis durch entsprechende Gegenmaßnahmen eine Stabilisierung des Blutzuckerwertes eintritt. Der wiederholt beschriebene gute HbA 1c-Wert darf dabei nicht allein betrachtet werden. Nach den vorgelegten Befunden und den aussagekräftigen Diabetikertagebüchern der Klägerin über einen Zeitraum ab 10. Januar 2003 werden immer wieder hohe Schwankungsintervalle zwischen deutlich zu niedrigen Blutzuckerwerten (ca. 2 mmol/l) und starken Anstiegen (über 10 mmol/l) an

zahlreichen Tage berichtet. Diese Schwankungsbreite und die damit verbundene Unberechenbarkeit des Diabetes mellitus zwingt die Klägerin zu ständigen Anpassungen der Dosierungen und häufigen Blutzuckerkontrollen. Der Therapieaufwand ist daher durchgehend als ungewöhnlich hoch zu bewerten. So schilderte Dr. K. allein ca. acht notwendige Blutzuckerkontrollen täglich. Der Einwand der Versorgungsärzte des Beklagten, es handele sich dabei um einen persönlichkeitsbedingt möglicherweise übertriebenen Aufwand, bleibt ohne nachvollziehbare medizinische Begründung. So schilderte Prof. Dr. L. den Aufwand der Klägerin als "intensive Selbstkontrolle", um gute HbA 1 c-Werte zu erreichen. Hinweise für einen unnötigen Therapieaufwand lassen sich aus den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte nicht ableiten. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass die Klägerin mit hoher Selbstdisziplin die nachteiligen Auswirkungen des Diabetes mellitus so weit es geht zu vermeiden sucht und sich dabei am Blutzuckerwert im Normmaß orientiert. Dieser nachgewiesene und medizinisch auch nachvollziehbare hohe Aufwand führt zu einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung im täglichen Leben. Im Zusammenhang mit den äußerst schwankenden Blutzuckerwerten und den damit verbundenen Leistungsbeeinträchtigungen ist der GdB mit 50 festzustellen. Dies wird nach dem Teilanerkenntnis des Beklagten zumindest ab April 2008 auch von diesem nicht mehr bestritten.

b) Bezogen auf die weitergehenden Gesundheitsstörungen der Klägerin in Gestalt eines chronisch rezidivierendes Cervical- und Lumbalsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, einer Skoliose sowie muskulären Dysbalancen bei Blockierungen der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule, eines Supraspinatussehnensyndroms rechts bei Impingement, einer beginnenden Retropatellararthrose beidseits sowie einem Zustand nach partieller medialer Seitenbandruptur links (2007) und einer leichten diabetischen Polyneuropathie liegen nur geringfügige, funktionelle Einschränkungen vor, die allenfalls einen Einzel-GdB von 10 rechtfertigen können. Für darüber hinausgehende Einschränkungen finden sich in den zahlreichen Unterlagen keine Hinweise.

c) Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus mehreren 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 50 für den Diabetes mellitus als höchstem Einzelbehinderungsgrad auszugehen. Dieser kann auch nicht erhöht werden, weil andere Funktionssysteme (Rumpf) 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).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Die Quote entspricht dem Anteil des Obsiegens der Beteiligten im Verfahren.

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegt nicht vor. Das BSG hat in seinem Grundsatzurteil vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 10/06 R (zitiert nach juris) und den weiteren Folgeentscheidungen verdeutlicht, dass die Nr. 26.15 AHP 1996, 2004, 2008 sowie die Nr. B 15 Nr. 15.1 (S.90) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vom 10. Dezember 2008 beim Diabetes mellitus nicht der gesetzlichen Regelung entsprechen und daher nicht mehr angewandt werden dürfen. Die BSG-Rechtsprechung hat daher nicht nur zu einer in die Zukunft gerichteten neuen Rechtslage geführt, sondern auch für die Vergangenheit bis 1996 die Anhaltspunkte bzw. die Versorgungsmedizinischen Grundsätze in diesem Punkt für rechtswidrig und nicht anwendbar erklärt. Bezogen auf die besonderen Voraussetzungen einer rückwirkenden Statusfeststellung hat das BSG bereits mit Urteil vom 29. Mai 1991 – 9 a/9RVs 11/89 (zitiert nach juris) ausgeführt, dass eine Statusänderung prinzipiell in die Zukunft wirkt und eine vom Antrag zeitlich weiter rückwirkende Feststellung auf offenkundige Fälle zu beschränken ist. Die Rechtslage rückwirkender Statusfeststellungen im Schwerbehindertenrecht ist damit bereits höchstrichterlich geklärt.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2011-06-16