

L 7 SB 84/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 1 SB 298/05
Datum
24.03.2006
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 84/10
Datum
26.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 SB 3/12 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) umstritten.

Der Beklagte stellte bei dem am ... 1972 geborenen Kläger mit Bescheid vom 4. Dezember 1998 einen GdB von 40 wegen einer Diabetes mellitus-Erkrankung fest.

Der Kläger beantragte am 19. November 2004 zum wiederholten Mal die Feststellung eines höheren GdB und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, da er jetzt auch unter einer beginnenden diabetischen Nephropathie, einer arteriellen Hypertonie, einer Spritzenphobie sowie rezidivierenden wöchentlichen Hypoglykämien leide. Der Beklagte holte Befundberichte der behandelnden Ärzte ein. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. teilte in seinem Befundbericht vom 27. Dezember 2004 mit, der Kläger befinde sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Der allgemeinklinische Status sei unauffällig. Der Blutzuckerwert liege bei 6,8mmol/l am Tag und in der Nacht bei 3,9mmol/l. Der Blutdruck liege bei 130/80mmHg, die Herzfrequenz sei mit 68/min rhythmisch. Es werde eine intensivierte konventionelle Insulintherapie durchgeführt. Der Arzt hat einen Bericht des Kreiskrankenhauses W. vom 12. Januar 2004 beigelegt, in dem sich der Kläger vom 10. bis 17. Dezember 2003 einer stationären Behandlung unterzogen hatte. Darin wird von einem entgleisten Diabetes mellitus Typ I, einer beginnenden diabetischen Nephropathie, einer milden arteriellen Hypertonie sowie einer Spritzenphobie berichtet. Im Verlauf der stationären Behandlung sei der Kläger auf eine intensivierte konventionelle Insulintherapie eingestellt worden. Unter dieser Therapie seien durchweg Blutzuckerwerte zwischen 3,8 und 11,3mmol/l erreicht worden. Hypoglykämien hätten unter stationären Bedingungen nicht mehr nachgewiesen werden können. In einem weiteren von dem Beklagten eingeholten Befundbericht des Dipl.-Med. M. vom 1. Mai 2005 teilte dieser ergänzend mit, die Langzeitblutdruckmessung sei unter Therapie ohne Befund gewesen. Hypertone Folgeerkrankungen seien ihm bisher nicht bekannt. Der Blutzuckerwert liege zwischen 3,2 und 6,4mmol/l. Beigelegt war ein ärztlicher Kurzbefrag der Klinik B. S. vom 22. Februar 2005. Hiernach erfolgte bei dem Kläger seit dem 3. Februar 2005 eine Insulinpumpentherapie. Unter Therapie habe der Blutzuckerwert vor der Hauptmahlzeit bei 5-6mmol/l, eine halbe Stunde danach bei größer 8mmol/l und spät abends unter 6mmol/l gelegen. Nach dem ebenfalls beigelegten Rehabilitationsentlassungsbericht der Fachklinik B. in S. vom 25. Februar 2005, in der sich der Kläger auf Veranlassung der Bundesknappschaft vom 1. bis zum 22. Februar 2005 einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unterzogen hatte, wird ein Diabetes mellitus Typ I seit 1980 mit beginnender Nephropathie diagnostiziert. Seit dem 3. Februar 2005 werde eine Insulinpumpen-Therapie (CSII) durchgeführt. Der Kläger befinde sich in gutem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand. Der Puls sei regelmäßig. Es seien keine Hypästhesie (Verminderung der Berührungs- und Drucksensibilität der Haut), keine Hypalgesie (verminderte Schmerzempfindung) sowie eine normale Vibrationssensibilität an den Füßen festgestellt worden. Wegen des insulinbedürftigen Diabetes mellitus kämen keine Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung in Betracht. Der Kläger könne als Techniker für Elektrotechnik vollschichtig arbeiten. In Auswertung dieser Befunde kam der Ärztliche Dienst des Beklagten zu der Einschätzung, bei dem Kläger liege weiterhin eine Diabetes mellitus-Erkrankung vor, die einen GdB von 40 bedinge. Mit Bescheid vom 24. Mai 2005 lehnte er die Feststellung eines höheren GdB, die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sowie die Feststellung von Merkzeichen ab und führte aus, die Nephropathie und die Blutdruckbeschwerden bedingten keinen GdB. Die Diabetes mellitus-Erkrankung

rechtfertige keinen höheren GdB als 40.

Hiergegen legte der Kläger am 31. Mai 2005 Widerspruch ein und gab an: Ein GdB von 40 sei bei Vorliegen der Erkrankung festzustellen, da er durch den Diabetes mellitus aber schon die ersten Beschwerden bekommen habe, stehe ihm ein höherer GdB als 40 zu. Mit Widerspruchsbescheid vom 22. November 2005 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat am 12. Dezember 2005 beim Sozialgericht Halle (SG) Klage erhoben und die Feststellung eines GdB von 50 ab dem 19. November 2004 begehrt: Bei ihm bestehe ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus mit gelegentlichen Hypoglykämien, was sich aus seinen erhöhten Werten ergebe. Der Beklagte habe nicht ausreichend gewürdigt, dass er Insulinpumpenträger sei und eine beginnende Nephropathie und Hypertonie vorlägen. Zudem leide er unter einer Adipositas. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 24. März 2006 hat er auf Befragen mitgeteilt, dass er seit dem Klinikaufenthalt im Jahr 2003 nicht wegen Entgleisungen des Diabetes mellitus in einer Klinik behandelt worden sei. Er müsse täglich 5 bis 7-mal den Blutzuckertest durchführen; am Wochenende könnten weitere Messungen hinzukommen. Alle drei Tage müsse er das Reservoir der Insulinpumpe wechseln, was er selbst erledigen könne. Bei drohenden Hypoglykämien, z. B. bei der Gartenarbeit, nehme er Traubenzucker zu sich. Auf die Frage, wie sich die Erkrankung im Berufsleben auswirke, hat er mitgeteilt, er müsse auch während der Arbeitszeit Blutzuckermessungen durchführen.

Das SG hat mit Urteil vom 24. März 2006 die Klage abgewiesen. Das Blutdruckleiden des Klägers sei unter Therapie ohne Befund. Hypertone Folgeerkrankungen seien nicht bekannt. Schwerwiegende Auswirkungen einer Bluthochdruckerkrankung würden im Reha-Entlassungsbericht der Klinik B. vom 25. Februar 2005 auch nicht genannt. Die in diesem Bericht mitgeteilten Tagesmittelwerte von 111/69mmHg und die Nachtmittelwerte von 90/53mmHg würden zeigen, dass der diastolische Blutdruck unter Medikation beim Kläger weit unter 100 liege, mithin keinen GdB rechtfertige. Soweit in dem Bericht des A. Krankenhauses W. GmbH vom 7. Januar 2005 eine beginnende diabetische Nephropathie diagnostiziert würde, handele es sich dabei um eine Auswertung von Laborbefunden. Eine tatsächliche Beeinträchtigung der Nierenfunktion im Sinne der Anhaltspunkte könne daraus nicht gefolgert werden. Die Spritzenphobie könne als Behinderung nur anerkannt werden, wenn deswegen die Diabetes mellitus-Erkrankung nicht behandelt werden könnte. Dies sei aber nicht der Fall, da bei dem Kläger die Insulingabe durch eine Insulinpumpe erfolge, also keine Injektionen verabreicht werden müssten. Zwar seien einige Blutzuckerwerte grenzwertig, eine ständige Entgleisung der Werte ließe sich jedoch aus den Unterlagen nicht entnehmen. Die für einen GdB von 50 nach den Anhaltspunkten geforderten ausgeprägten Hypoglykämien seien nicht anzunehmen. Der Kläger habe in der mündlichen Verhandlung die Folgewirkungen von ausgeprägten Hypoglykämien auch nicht benennen können. Er habe sich in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand befunden und sei arbeitsfähig gewesen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 3. April 2006 zugestellte Urteil am 3. Mai 2006 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und ausgeführt, sein Diabetes mellitus des Typs I sei schwer einstellbar und es träten Hypoglykämien auf. Der Beklagte hat erwidert, die gemessenen Werte seien zufriedenstellend. Eine beginnende Nephropathie weise bei einem über 25 Jahre bestehenden Diabetes mellitus nicht auf einen komplizierten Verlauf hin. Eine Polyneuropathie sei bisher nicht zu erkennen und eine Retinopathie ausgeschlossen worden.

Der Senat hat einen Befundbericht des Krankenhauses in S. vom 19. Dezember 2006 eingeholt (Dr. S.). Hiernach habe sich der Kläger in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand befunden. Es seien ein instabiler Typ I-Diabetes mellitus, eine Adipositas sowie eine Hypertonie festgestellt worden. Der Kläger sei wegen der schwer einstellbaren Erkrankung 2005 mit einer Insulinpumpe versorgt worden. Gelegentlich seien Hypoglykämien aufgetreten. Schwere Hypoglykämien mit der Notwendigkeit von Fremdhilfe seien nicht bekannt. Der Senat hat einen weiteren Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. vom 14. Mai 2007 eingeholt, der als Diagnosen einen Diabetes mellitus vom Typ I sowie eine arterielle Hypertonie genannt hat. Es seien hypoglykämische Zustände ohne hypoglykämischen Schock festzustellen gewesen. Fremdhilfe sei nicht erforderlich gewesen. Der bestehende Bluthochdruck werde medikamentös behandelt. Der Beklagte hat hierzu ausgeführt, dass die vom Dipl.-Med. M. mitgeteilten Blutzuckerwerte im Normalbereich lägen. Eine Nierenschädigung sei nicht festzustellen.

Mit Beschluss vom 7. August 2007 hat der Senat das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Der Kläger hat am 8. Dezember 2010 das ruhende Verfahren wieder aufgenommen und mitgeteilt, dass nach der Neuregelung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Therapieaufwand und die Benachteiligung im Alltag ausschlaggebend seien. Er benötige täglich vier Insulininjektionen über seine Insulinpumpe. Die Dosis müsse täglich angepasst werden. Dadurch ergäben sich erhebliche Einschnitte in seiner Lebensführung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 24. März 2006 sowie den Bescheid des Beklagten vom 24. Mai 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2005 aufzuheben, den Bescheid vom 4. Dezember 1998 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm ab dem 19. November 2004 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er erwidert, hinsichtlich der Bewertung und Feststellung des Diabetes mellitus sei die Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 am 22. Juli 2010 in Kraft getreten. Aus den im Berufungsverfahren eingeholten Unterlagen würden sich keine neuen Tatsachen ergeben.

Der Senat hat einen weiteren Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. M. vom 20. Februar 2011 eingeholt, wonach der Kläger letztmalig am 25. September 2008 bei diesem in Behandlung gewesen ist. Bis dahin sei die Krankheit ohne bekannte Komplikationen verlaufen. Mit viel Mühe sei eine gute, wenn auch nicht optimale Einstellung gelungen. Es seien jedoch mindestens vier Insulininjektionen pro Tag erforderlich. Die Dosis müsse jeweils angepasst werden. Es bestehe eine leichte Form einer Hypertonie mit keiner oder geringen Leistungsbeeinträchtigungen. Der Senat hat einen weiteren Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologie W. vom 6. April 2011 eingeholt. Die Ärztin hat einen Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist, ohne Folgekomplikation (keine Organkomplikationen) sowie eine

leichte Form der arteriellen Hypertonie (ohne Folgekomplikationen) diagnostiziert. Der Kläger sei Insulinpumpenträger. Fußstatus, peripherer Pulsstatus sowie die Sensibilitätsprüfung seien unauffällig. Die Spritzstellen seien ohne Befund. Es würden häufige Hypoglykämien auftreten, jedoch keine Bewusstseins Einschränkungen. Der Kläger gleiche mit der Insulinpumpe sehr gut aus. Er hat auf Anforderung des Senats eine CD-Rom übersandt, auf dem Blutzuckertagebücher abgespeichert sind (120 Seiten). Der Beklagte hat hierzu vorgetragen, die elektronischen Ausdrücke seien nicht plausibel, da hiernach bei normalen Blutzuckerwerten erheblich mehr Insulindosen angegeben würden als bei hohen Werten. Mehrfach seien Insulinabgaben in kurzen Zeitabständen verzeichnet, ohne dass diesen eine Blutzuckermessung vorausgegangen sei.

Der Kläger hat in einem Erörterungstermin des Senats mitgeteilt, dass Entgleisungen zuletzt in der Klinik S. im Jahr 2003 behandelt werden mussten. Insoweit ergebe sich keine Änderung zu seinen Angaben im erstinstanzlichen Verfahren. Auch später habe er nicht wegen Entgleisungen in einer Klinik behandelt werden müssen. Er müsse drei bis fünf Blutzuckertests am Tag durchführen und alle drei Tage die Pumpe wechseln. Seit 2006 arbeite er als Betriebsingenieur Elektrotechnik in L ... Er fahre morgens um 5:00 Uhr von seinem Wohnort los und sei erst um 18:00 Uhr wieder zu Hause. Die wesentlichen Auswirkungen seiner Erkrankungen seien die regelmäßigen Blutzuckertests und die über die Pumpe zu verabreichenden Insulindosen. Auf ausdrückliche Nachfrage des Berichterstatters, ob über die genannten Insulindosen erhebliche Einschnitte gravierend die Lebensführung beeinträchtigen würden, hat der Kläger weitere Beeinträchtigungen verneint. Nach Unterbrechung des Erörterungstermins und Beratung mit seiner Prozessbevollmächtigten hat er allerdings seine Angabe dahingehend korrigiert, dass es ihm bei der Arbeit zeitweise schwindelig werde. Dies sei besonders der Fall, wenn er – was er täglich machen müsse – die Treppen mehrmals hintereinander hoch und runter laufe oder auf Rohrbrücken unterwegs sei. Er werde auf dem gesamten Betriebsgelände eingesetzt und sei während eines Drittels seiner Arbeitszeit im Betrieb unterwegs. Der Berichterstatter hat im Anschluss an den Erörterungstermin darauf hingewiesen, es sei auffällig, dass der Kläger zunächst auf ausdrückliche Nachfrage des Berichterstatters keine weiteren Beeinträchtigungen genannt habe und erst nach Rücksprache mit seiner Rechtsanwältin davon berichtet habe, dass ihm während der Arbeitszeit zeitweise schwindelig werde. Dazu hat der Senat nachgefragt, wie viele Schwindelanfälle aufgetreten seien, wie lange diese gedauert hätten, ob der Kläger in ärztlicher Behandlung gewesen sei und ob er arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Der Kläger hat daraufhin mitgeteilt, dass die Anfälle nicht dokumentiert seien. Er habe beispielsweise gravierende Einschnitte in seiner Lebensführung, wenn er baden gehen wolle. Er müsse die Insulinpumpe dann ablegen und danach neu aktivieren. Die Aktivitäten seiner Freizeit seien abzustimmen und anzupassen. Zudem verbringe er bei der Auswahl, Menge und Zubereitung seiner Mahlzeiten mehr Zeit, als Menschen, die nicht krank seien. Wegen weiterer Einschränkungen für Zuckerkrankte hat er eine diesbezügliche Liste vorgelegt. Vor diesem Hintergrund sei ein GdB von 50 gerechtfertigt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten verwiesen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch statthafte Berufung ist unbegründet.

Die Klage gegen die Verwaltungsentscheidung des Beklagten ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Sie ist unbegründet, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von mehr als 40. Bei der hier erhobenen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) - [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9](#) S. 22). Danach liegt bei dem Kläger ein GdB von 40 vor.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 4. Dezember 1998 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 (Sozialverwaltungsverfahren 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](#) - 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 4. Dezember 1998 vorgelegen haben, ist keine Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten, die eine Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrads auf 50 begründen könnte. Die Funktionsstörungen des Klägers rechtfertigen seit der Antragstellung am 19. November 2004 bis zum heutigen Tag der Entscheidung durch den Senat keinen höheren Grad der Behinderung als 40.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum gilt das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)). 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 GdB 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 Satzählung geändert. Im Folgenden werden die Vorschriften des [§ 69 SGB IX](#) nach der neuen Satzählung 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 GdB 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 GdB nach Zehnergraden abgestuft festzustellen. Wenn mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben der Gesellschaft vorliegen, wird nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.

[§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) ist durch das insoweit am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 (a.a.O.) geändert worden. Nach der früheren Fassung der Vorschrift galten für den GdB die im Rahmen des § 30 Abs. 1 BVG festgelegten Maßstäben entsprechend. Nach dem Wortlaut der früheren Fassung des ebenfalls durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 geänderten § 30 Abs. 1 BVG war für die Beurteilung die körperliche und geistige Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben maßgeblich, wobei seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen waren. Nach der Neufassung des [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen neuen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) aufgestellt worden, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem § 30 BVG durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten 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 2004 und 2008 bzw. aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind allerdings für die Bewertung des Diabetes mellitus geändert worden. Um eine mit höherrangigem 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 dem 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, S. 17 ff.) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil A, S. 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, S. 8) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, S. 18).

Nach diesem Maßstab kann für die Funktionseinschränkungen des Klägers ein GdB von 40 festgestellt werden. Dabei stützt sich der Senat auf den Reha-Entlassungsbericht der Klinik B. in S. sowie auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dipl.-Med. M., Dr. S. und Dr. W. sowie auf die Angaben des Klägers in der öffentlichen Sitzung des SG am 24. März 2006 und der nichtöffentlichen Sitzung des Senats am 13. Juli 2011.

Das zentrale Leiden des Klägers betrifft das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" und wird durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus geprägt. Der Diabetes mellitus ist bei ihm mit einem Grad der Behinderung von 40 auch nach dem Neufeststellungsantrag vom 19. November 2004 weiterhin zutreffend bewertet worden. Auf der Grundlage der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 gilt:

"Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS rechtfertigt. Der GdS beträgt 0.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 20.

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

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

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

Das BSG hat mit Urteil vom 2. Dezember 2010 ([B 9 SB 3/09 R](#), zitiert nach juris) diese Neufassung der Versorgungsmedizinischen

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

Durch die Neufassung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zum Diabetes mellitus erfordert die Feststellung eines GdB von 50 nicht nur mindestens vier Insulininjektionen pro Tag und ein selbständiges Anpassen der jeweiligen Insulindosis. Zusätzlich muss es – sei es bedingt durch den konkreten Therapieaufwand oder die jeweilige Stoffwechselqualität oder wegen sonstiger Auswirkungen der Erkrankung (z.B. Folgeerkrankungen) zu einer gravierenden Beeinträchtigung in der Lebensführung kommen.

Die Formulierung in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen in Teil B Nr. 15.1 "und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind" ist daher nicht nur therapiebezogen zu verstehen, auch wenn der Wortlaut eine derartige Auslegung durch den nachfolgenden Satz ("erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung") ein anderes Verständnis zumindest möglich erscheinen lässt. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind in der genannten Formulierung vielmehr dahingehend zu verstehen, dass neben dem eigentlichen Therapieaufwand durch die notwendigen Insulininjektionen und die ständige jeweilige Dosisanpassung eine zusätzliche Wertung notwendig ist, um die Schwerbehinderung zu rechtfertigen. Der am insulinpflichtigen Diabetes mellitus Erkrankte muss daher wegen des reinen Therapieaufwandes und/oder den durch die Erkrankung eingetretenen weiteren Begleitfolgen generell gravierende Einschnitte in der Lebensführung erleiden. Bei einer ausschließlich therapiebezogenen Auslegung wäre die Schwerbehinderung schon dann zu bejahen, wenn der Behinderte bereits einen Therapieaufwand von mindestens vier Insulininjektionen sowie eine notwendige selbständige Variation der Insulindosis zu bewältigen hat. Diese Auslegung ist jedoch nicht zu befürworten (vgl. Urteil des Senats vom 21. Februar 2012 – [L 7 SB 20/11](#) – juris). Sie ist bereits nach dem Wortlaut der Versorgungsmedizinischen Grundsätze nicht zwingend. Dass zusätzlich ein gravierender Einschnitt in die Lebensführung festgestellt werden muss, ergibt sich aus den vorhergehenden Formulierungen der Versorgungsmedizinischen Grundsätzen für einen GdB von 30 bis 40. Hiernach sind für die Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung der konkrete Therapieaufwand und die jeweilige Stoffwechselqualität von wertungserheblicher Bedeutung. Diese beiden Kriterien müssen entsprechend auch bei der höheren Bewertungsstufe eines GdB von 50 noch bedeutsam sein. Für die besondere Bedeutung der Stoffwechsellage spricht auch, dass nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen allein bereits eine Erhöhung des GdB rechtfertigen können. Demgegenüber würde eine streng therapiebezogene Auslegung zu kaum vertretbaren Wertungswidersprüchen im Vergleich zu den Teilhabebeeinträchtigungen bei anderen Erkrankungen anderer Funktionssysteme führen. Vergleicht man die ganz erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung bei Erkrankungen, für die ein GdB von mindestens 50 zu vergeben wäre, ist es nach Auffassung des Senats nicht vertretbar, einen Therapieaufwand von vier Insulininjektionen und einer notwendigen Insulinanpassung mittels einer Insulinpumpe allein bereits mit einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung ohne weiteres gleichzusetzen (vgl. Urteil des Senats vom 21. Februar 2012, [a.a.O.](#)).

Beispielsweise ist ein GdB von mindestens 50 bei einer Colitis ulcerosa erst bei schweren Auswirkungen (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle) festzustellen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze B 10 2.2, S. 71). Im Falle einer Lungenerkrankung (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 8.3, S. 61) ist für einen GdB von 50 eine mittelgradige Einschränkung der Lungenfunktion zu fordern, die zu einer das gewöhnliche Maß übersteigenden Atemnot bei alltäglicher leichter Belastung führen würde (z.B. Spaziergehen [3 bis 4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit). Für den Bereich der Psyche sind hierfür schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsstörungen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 3.7, S. 42) und im Falle einer Herzerkrankung eine Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung zu verlangen (vgl. Versorgungsmedizinische Grundsätze, B 9.12, S. 64).

Betrachtet man die einschneidenden Teilhabebeeinträchtigungen bei diesen Erkrankungen, die häufig auch eine teilweise oder vollständige Erwerbsunfähigkeit nach sich ziehen, kann das Merkmal "gravierende und erhebliche Einschnitte in der Lebensführung" nicht ausschließlich therapiebezogen verstanden werden. Daher sind die Stoffwechsellage und die konkreten krankheitsbedingten Auswirkungen bei der Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen (Urteil des Senats vom 21. Februar 2012, [a.a.O.](#); ebenso offenbar LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25. Juli 2011 – [L 4 SB 182/10](#) – jeweils juris).

Ein GdB von 50 setzt damit mindestens vier Insulininjektionen pro Tag, ein selbständiges Anpassen der Insulindosis und gravierende und erhebliche Einschnitte in der Lebensführung voraus. Diese Anforderungen für einen GdB von 50 erreicht der Kläger nicht. Sein Therapieaufwand besteht in zwar in bis zu vier Insulininjektionen am Tag und einer ständigen Dosisanpassung. Darüber hinaus fehlt es aber an erheblichen Einschnitten, die sich so gravierend auf seine Lebensführung auswirken, dass die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werden kann. Der Kläger wird trotz des seine Lebensführung einschränkenden Therapieaufwandes nicht noch zusätzlich durch eine schlechte Einstellungsqualität in seiner Leistungsfähigkeit und damit in seiner Teilhabefähigkeit am Leben erheblich beeinträchtigt. Betrachtet man die therapiebedingten oder auch erkrankungsbedingten Einschränkungen in der konkreten Lebensführung des Klägers, so lässt sich eine gravierende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft noch nicht erkennen. Der Senat hat dabei auch die Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dipl.-Med. M., Dr. S. und Frau W. berücksichtigt. Dipl.-Med. M. hatte zuletzt mit Befundbericht vom 14. Mai 2007 mitgeteilt, dass es zu hypoglykämischen Zuständen ohne hypoglykämischen Schock komme. Fremdhilfe sei bisher nicht erforderlich gewesen. Mit Befundbericht vom 20. Februar 2011 hat er mitgeteilt, dass mit viel Mühe eine gute, wenn auch nicht optimierte Einstellung gelungen sei. Dies wird bestätigt durch den Befundbericht der behandelnden Ärztin Dr. S. am Krankenhaus S. vom 19. Dezember 2006, die mitgeteilt hat, dass der Kläger seit 2005 mit einer Insulinpumpe versorgt sei. Gelegentliche Hypoglykämien seien aufgetreten, schwere Hypoglykämien mit erforderlicher Fremdhilfe seien nicht bekannt. Die nunmehr behandelnde Ärztin Dr. W. hat mit Befundbericht vom 6. April 2011 darauf verwiesen, dass häufige Hypoglykämien auftreten würden, jedoch keine Bewusstseinsbeeinträchtigungen. Der Kläger gleiche mit der Insulinpumpe sehr gut aus.

Soweit aus den übersandten Aufzeichnungen, die der Kläger auf der CD-Rom abgespeichert hat, nicht nachvollziehbare Insulinabgaben vorhanden sind, kann der Senat offenlassen, worauf diese Unschlüssigkeiten beruhen. Jedenfalls liegen die offenbar aus der Insulinpumpe ausgelesenen Werte weder in einem besonders niedrigen noch in einem überhöhten Bereich, was sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte vereinbaren lässt. Diese werden bestätigt durch den eigenen Vortrag des Klägers in der öffentlichen Sitzung des SG am 24. März 2006 sowie in der nichtöffentlichen Sitzung des Senats am 13. Juli 2011. Hiernach ist es seit 2003, also im gesamten hier streitigen Zeitraum, nicht zu schweren Hypoglykämien gekommen. In der öffentlichen Sitzung des SG konnte er die Folgewirkungen von ausgeprägten Hypoglykämien auch nicht benennen. Der Kläger musste in dem gesamten Zeitraum nicht wegen Hypoglykämien in einer Klinik behandelt werden. Er hat die Auswirkungen seiner Erkrankung dahingehend beschrieben, dass er vier bis fünf Insulindosen am Tag benötige, die über die Insulinpumpe abgegeben würden. Er müsse alle drei Tage das Reservoir für die Insulinpumpe wechseln. Soweit er nach Beratung mit seiner Rechtsanwältin seinen Vortrag im Erörterungstermin dahingehend erweitert hat, es werde ihm bei der Arbeit teilweise schwindelig, wenn er sich auf Rohrbrücken befinde oder Treppen schnell hoch und runter laufe, folgt hieraus keine andere Bewertung. Zum einen dürfte es nicht ungewöhnlich sein, dass bei der vom Kläger angegebenen Arbeitsweise Schwindelerscheinungen auftreten, insbesondere bei der Arbeit auf Rohrbrücken. Jedenfalls waren dies keine behandlungsbedürftigen schweren Auswirkungen des Diabetes mellitus. Die derzeit behandelnde Ärztin hat insoweit mitgeteilt, dass zwar Hypoglykämien auftreten würden, jedoch keine Bewusstseins Einschränkungen. Soweit der Kläger abweichend von seinem ersten Vortrag nunmehr vorbringt, es sei ihm zeitweise schwindelig geworden, hat er hierfür keine Belege beibringen können und ist insbesondere deswegen auch nicht behandelt oder krankgeschrieben worden. Insgesamt geht der Senat daher nicht davon aus, dass erhebliche Einschnitte in die Lebensführung im Sinne der oben genannten Maßstäbe vorliegen. Sie ergeben sich auch nicht daraus, dass der Kläger, wenn er mit Freunden beispielsweise baden gehen möchte, die Insulinpumpe zunächst ablegen und danach wieder neu aktivieren muss. Denn dadurch wird ihm die Teilhabe an diesen Freizeitmöglichkeiten zwar erschwert, jedoch bleibt es ihm – wenn auch mit dem gegenüber einem Gesunden zusätzlichen Aufwand – möglich, die Freizeitaktivitäten ebenfalls wahrzunehmen. Die Insulinpumpe als solche hat bei dem Kläger nach der Bewertung seiner Ärzte zu einer wesentlichen Verbesserung der gesundheitlichen Situation beigetragen. Dass bei deren Handhabung während des alltäglichen Lebens gegenüber einem Zuckerkranken, der über Insulinspritzen ausgleicht, andere Schwierigkeiten auftreten, begründet keine Einschränkungen, die einen GdB von 50 bedingen. Auch aus dem besonderen Zeiterfordernis bei der Zubereitung von Mahlzeiten ergibt sich keine Behinderung, die einen GdB von 50 rechtfertigen können. Dies führt nicht zu einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung. Zu schweren hypoglykämischen Entgleisungen (ärztliche Fremdhilfe) ist es im gesamten streitigen Zeitraum nicht mehr gekommen. Wesentliche Folgeschäden sind nicht aufgetreten. Beachtliche Mobilitätseinschränkungen liegen nicht vor. Der Kläger ist nach eigenen Angaben während eines Drittels seiner vollschichtigen Arbeitszeit im gesamten Betriebsgelände unterwegs, unter anderem auf Rohrbrücken und vielen Treppen. Die von ihm angegebenen Nachteile durch seine Stoffwechselerkrankungen, die er auch in dem letzten Schriftsatz vom 25. April 2012 in Form einer stichwortartigen Übersicht dargelegt hat, sind zwar einschränkend und belastend, jedoch nicht gravierend im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Die Grenze zur Schwerbehinderung und zu einem GdB von 50 ist damit (noch) nicht erreicht.

Aus den weiteren Erkrankungen folgen keine Funktionsbeeinträchtigungen, die einen GdB von mehr als 10 bedingen, sodass eine Erhöhung des Gesamt-GdB nicht in Betracht kommt. Die beginnende Nephropathie begründet derzeit keine Einschränkungen des Klägers. Bei der Hypertonie handelt es sich um eine leichte Form mit keiner oder geringer Leistungsbeeinträchtigung, die medikamentös kontrolliert werden kann (Befundberichte des Dipl.-Med. M. vom 20. Februar 2011 und der Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologie W. vom 5. April 2011). Aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen ergibt sich, dass zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen, und zwar auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen (Teil A, Gemeinsame Grundsätze, Vorbemerkung 3 lit. d, ee, S. 23).

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegt vor. Das BSG hat zwar zur Frage des Therapieaufwandes in dem Urteil vom 2. Dezember 2010 – [B 9 SB 3/09 R](#) – juris – klarstellende Ausführungen gemacht. Diese Entscheidung beschäftigt sich jedoch schwerpunktmäßig nur mit der Frage, inwieweit eine sportliche Betätigung für die GdB-Bewertung bei Diabetes mellitus von Bedeutung sein kann (BSG a.a.O., Rdn. 40 ff). Die vom Senat vorgenommene Auslegung der neuen Versorgungsmedizinischen Grundsätze hat grundsätzliche Bedeutung und erfordert gerade wegen des untrennbaren Zusammenhangs zwischen Therapieaufwand und der jeweiligen Stoffwechsellaage (Therapieerfolg) sowie der jeweiligen Gewichtung beider Elemente eine höchstrichterliche Entscheidung.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01