L 7 SB 36/12

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 SB 217/11
Datum
25.05.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 36/12
Datum
03.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

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

Die 1955 geborene Klägerin beantragte im April 2009 beim Beklagten die Feststellung von Behinderungen und begründete dies mit einem Diabetes mellitus. Nach Beiziehung eines Befundscheins der Ärztin Dipl.-Med. O., die einen sekundär insulinpflichtigen Diabetes mellitus diagnostizierte, stellte der Beklagte einen GdB von 30 fest (Bescheid vom 1. Juli 2009).

Am 16. Mai 2011 beantragte die Klägerin die Neufeststellung des GdB und begründete dies mit der Notwendigkeit, sich vier Mal täglich Insulin spritzen zu müssen. In einem vom Beklagten eingeholten Befundschein von Juni 2011 berichtete die Fachärztin für Innere Medizin Dr. H. Die Klägerin müsse drei bis fünf Mal täglich den Blutzucker messen und sich am Tag vier bis fünf Mal Insulin spritzen. Der HbA1c-Wert bewege sich zwischen 6,8 % bis 10 %. In Auswertung des Befundes sprach sich der ärztliche Gutachter des Beklagten MR Dr. S. am 16. Juli 2011 für eine Erhöhung des GdB auf 40 aus. Dem folgend stellte der Beklagte mit Bescheid vom 22. Juli 2011 ab dem 16. Mai 2011 einen GdB von 40 fest. Dagegen erhob die Klägerin am 8. August 2011 Widerspruch, legte Blutzuckertagebücher vor und führte zur Begründung aus: Eine ausgeglichene Stoffwechsellage werde bei ihr trotz vierfacher Insulingabe am Tag nicht erreicht. Die Stoffwechsellage sei daher als instabil zu bewerten. Nach dem GdB-Katalog der Diabetes-Gesellschaft sei der GdB daher auf 50 festzustellen. Der Beklagte holte eine Stellungnahme seines ärztlichen Gutachters OMR Dr. J. vom 20. November 2011 ein, der ausführte: Aus den bisher vorliegenden Unterlagen sei keine Instabilität des Diabetes zu erkennen. Die erkrankungsbedingte Einschränkung der Lebensqualität sei nicht als gravierend anzusehen. Dem folgend wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. Dezember 2011 den Widerspruch zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 20. Dezember 2011 Klage beim Sozialgericht (SG) Dessau-Roßlau erhoben und vorgetragen: Der HbA1c-Wert schwanke bei ihr bis 10 % und sei schlecht eingestellt. Sie spritze drei Mal täglich Insulin Apidra und am Abend einmal Lantus. Beruflich arbeite sie in Wechselschichten in Tageszeiten zwischen 6.00 und 20.00 Uhr. Aufgrund von Herzproblemen habe sie beim Treppensteigen Atemnot und sei bei langen Fußwegen weniger belastbar. Sie müsse auch weitere Medikamente wegen der Herzerkrankung und des Bluthochdrucks einnehmen.

Das SG hat einen Befundbericht der behandelnden Hausärztin Dipl.-Med. O. eingeholt. Diese hat am 23. Februar 2012 ausgeführt: In den Jahren 2011 und 2012 sei die Klägerin wiederholt wegen Herzbeschwerden stationär im Krankenhaus behandelt worden. In einem beigefügten Arztbrief des Herzzentrums C. vom 18. Mai 2011 berichtete Direktor Dr. G. über einen stationären Aufenthalt vom 16 bis 19. Mai 2011. Hiernach bestehe eine koronare Eingefäßerkrankung mit hochgradiger RCX-Stenose, die am 17. Mai 2011 erfolgreich mit einer Stent-OP behandelt worden sei. Diagnostisch sei von einer diastolischen Dysfunktion des linken Ventrikels sowie einer geringgradigen Mitralklappeninsuffizienz auszugehen. Dr. G. berichtete unter dem 19. Januar 2012 über eine weitere Untersuchung der Klägerin vom 18. Januar 2012. Es habe der Verdacht auf eine KHK-Progression bei belastungsabhängiger Dyspnoe und gelegentlichem thorakalen Druckgefühl bestanden. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren bestünden eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus, eine Adipositas Grad II (BMI 35,3) sowie ein Ex-Nikotinabusus. Nach den Untersuchungen sei von einer koronaren Ein-Gefäßerkrankung auszugehen. Es werde

eine straffe Blutdruckführung, eine medikamentöse Therapie und eine Gewichtsreduktion empfohlen. Die behandelnde Kardiologin Dr. R. diagnostizierte unter dem 21. April 2011 u.a. eine Angina pectoris-Symptomatik. Die Belastbarkeit in einer Ergometrie vom November 2010 habe einen Belastungswert bis 75 Watt ergeben. Der Abbruch des Belastungstests sei wegen Erreichen der Grundfrequenz erfolgt.

In Auswertung der Befunde hat die ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. am 15. März 2012 ausgeführt: Eine tägliche Kontrolle der Blutzuckerwerte habe die Klägerin nicht dokumentiert. Die vorliegenden Blutzuckerwerte bewegten sich in einem sehr guten Bereich, was gravierende Einschritte in die Lebensführung nicht erwarten lasse. Ein GdB von 40 sei daher nicht vertretbar. Auf kardiologischem Gebiet bestehe keine Leistungsminderung des Herzens. Die koronare Herzerkrankung sowie der Bluthochdruck seien mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Mit Gerichtsbescheid vom 25. Mai 2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die Zuerkennung eines GdB von 50 erfordere neben vier Insulininjektionen täglich, einem selbständigen Anpassen der Insulindosis auch gravierende und erhebliche Einschnitte in die Lebensführung. Die letztgenannte Voraussetzung sei nicht gegeben.

Gegen den ihr am 30. Mai 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 12. Juni 2012 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Sie arbeite in der telefonischen Reklamationsbearbeitung in der Zeit zwischen 6.00 bis 24.00 Uhr. Ihre körperliche Verfassung erlaube es ihr, an den Wochenenden gelegentlich Fahrrad zu fahren und leichte Gartenarbeiten durchzuführen. Der Stoffwechsel sei schlecht eingestellt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 25. Mai 2012 und den Bescheid des Beklagten vom 22. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Dezember 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr ab 16. Mai 2011 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat einen Befundbericht von Dipl.-Med. O. vom 5. April 2013 eingeholt. Hiernach sei die Klägerin vom 29. November 2012 bis 1. Dezember 2012 im Deutschen Herzzentrum M. behandelt worden. Im Juni 2012 sei es stressbedingt zu einer Verschlechterung der Blutdruckerkrankung gekommen. Dies habe sich ab Januar 2013 nach einer durchgeführten Ablation der Nierenarterien wieder gebessert. Aktuell seien die Blutzuckerwerte stabil. Hyperglykämien seien im Juli (zwei Mal) und Dezember (ein Mal) aufgetreten. Fremdhilfe oder ärztliches Eingreifen sei in diesen Fällen nicht erforderlich geworden. Die mit dem Beruf verbundene Wechselschichttätigkeit habe auf die Stabilisierung der Blutzuckerwerte einen eher negativen Einfluss. Am 2. Juli 2012 sei der Klägerin vom bisherigen Arbeitgeber gekündigt worden. Das Deutsche Herzzentrum hat in einem beigefügten Arztbrief vom 1. Dezember 2012 angegeben: Die Klägerin habe eine Belastungsdyspnoe, jedoch nicht über pektanginöse Beschwerden geklagt. Der Aufnahmestatus sei kardiopulmonal stabil und beschwerdefrei gewesen. Am 29. November 2011 sei mittels Ballon-Katheder eine Ablation beider Nierenarterien vorgenommen worden. Die arterielle Hypertonie sei seit drei Jahren bekannt, wobei sich maximale Blutdruckwerte bis 200/110 mmHg gezeigt hätten. Nach einem weiteren Befundbrief des Deutschen Herzzentrums vom 7. Januar 2013 habe die Klägerin keine Druckschmerzen mehr in der Brust mitgeteilt. Es habe sich bei einem Maximalblutdruckwert von 160 mmHg eine Besserung der Werte ergeben. Bei einer Körpergröße von 155 cm wiege sie 85 kg. In einem weiteren Bericht des Deutschen Herzzentrums vom 27. März 2013 hat Prof. Dr. S. angegeben: Drei Monate nach einer renalen Denervation sei das Druckgefühl verschwunden und auch keine Atemnot bei Belastung mehr aufgetreten. Der Blutdruckwert sei auf maximal 170 mmHg gestiegen.

Die Ärztliche Gutachterin des Beklagten Dr. W. hat diese Befunde ausgewertet und sich für einen Gesamt-GdB von 40 ausgesprochen.

Im Erörterungstermin vom 20. September 2013 hat die Klägerin angegeben: Nach der Insolvenz bei N. sei sie seit Februar 2013 arbeitslos und erhalte Arbeitslosengeld. Aufgrund der damaligen Medikamenteneinstellung und der Entwicklung der Blutdruckwerte habe die Indikation für eine Nierenarterienablation bestanden. Aktuell spitze sie vier Mal täglich Insulin. Die Blutdruckmedikation verursache keine Nebenwirkungen. Ein bis zwei Mal im Monat habe sie zu niedrigen Blutdruck, was zu Schwindelanfällen führe. Ihr Ehemann bemerke es, wenn der Blutdruck oder der Blutzucker kritische Werte erreiche, an ihrem Verhalten. In der Freizeit arbeite sie im Garten und fahre – je nach körperlicher Verfassung – Fahrrad.

Die Klägerin hat Auszüge aus dem Blutzuckertagebuch vorgelegt. In einer prüfärztlichen Stellungnahme hat die Versorgungsärztin Dr. W. am 25. Oktober 2013 ausgeführt: Der Blutdruck habe nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht zu einer Organbeteiligung oder einer Herzleistungsminderung geführt. Der Diabetes mellitus sei mit drei Insulininjektionen sehr stabil eingestellt.

In dem vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten hat Dr. M. unter dem 17. September 2014 ausgeführt (Untersuchung vom 4. April 2014): Nach der Stentversorgung im Mai 2011 habe bei der Klägerin zunächst Beschwerdefreiheit bestanden. Ende 2011 habe sich ein gelegentliches thorakales Druckgefühl mit belastungsabhängiger Luftnot entwickelt. Bei therapieresistenter arterieller Hypertonie mit dokumentierten Ruheblutdruckwerten von über 160/100 mmHg sei am 12. November 2012 im Herzzentrum M. eine renale Denervation mit Vessix-System (Katheterintervention in den Nierenarterien) durchgeführt worden. Auch habe man dort gleichzeitig die Koronararterien angiografiert. Die Blutdruckwerte hätten in der Folge zwischen 150/90 mmHg und 190/90 mmHg gelegen. Ein aufgetretener Schwindel sei nach HNO-Abklärung ohne Befund geblieben. In der Regel spitze sie zwei Mal 17 Einheiten Lantus gleichzeitig in den rechten und linken Oberschenkel. Die Standarddosierung für Apidra betrage 14 Einheiten (morgens), 10 Einheiten (mittags) und 18 Einheiten (abends). Hyperglykämien mit Bewusstseinsstörungen seien nur einmal aufgetreten. Eine diabetische Retinopathie sei nicht bekannt. Selten trete ein Augenflimmern auf. Die Klägerin fühle sich nur noch eingeschränkt belastbar. Bei mehreren Treppenstufen habe sie Luftnot. Sie arbeite gern im Garten, pflanze und ordne Blumenbeete. Mitunter stelle sich dabei Luftnot, Kopfdruck oder Schwindelgefühl ein. Ähnliche Erscheinungen habe sie auch beim Fahrradfahren. Ca. ein Mal in der Woche komme es zu derartigen Erscheinungen. Im Tagesablauf stehe sie gegen 5.30 Uhr auf, frühstücke mit dem Ehemann und lege sich dann noch einmal hin. Nach dem erneuten Aufstehen gegen 8.30 Uhr mache sie den

Haushalt. Sie kaufe alles ein, wobei lediglich Getränkekisten vom Ehemann besorgt würden. Gegen 11.00 Uhr esse sie meist eine Suppe. Der Ehemann komme gegen 16.30 Uhr nach Hause. Anschließend werde ein gemeinsames warmes Abendbrot eingenommen. Nach dem Abendessen würden noch Besorgungen gemacht und zwei ältere Damen aus der Familie betreut. Ein Viertel des eigenen Gartens sei Nutzgarten. Als Hobby reise sie gern. Sie unternehme drei bis vier Mal im Jahr Fernreisen über eine bis drei Wochen. Sie sei schon "auf der ganzen Welt" gewesen. Auch längere Flugreisen könne sie trotz ihres Diabetes durchstehen. Ca. ein bis zwei Mal die Woche fahre sie Rad. Sie habe einen großen Freundeskreis und eine gute Nachbarschaft. Es gebe wechselseitige Einladungen fast an jedem Wochenende.

Die Untersuchung der Klägerin habe einen BMI von 34,48 kg/m² ergeben (Größe: 157 cm; Gewicht: 85 kg). Zeichen akuter kardiopulmonaler Dekompensation bestünden nicht. Die Wirbelsäule sei frei beweglich bei einem Finger-Boden-Abstand von 15 cm. In einem 6-Minuten-Gehtest habe die Klägerin 343 Meter zurücklegen können. Im 20-Minuten-Gehtest habe sie 937 Meter erreicht. Das Ruhe-EKG sei regelgerecht. Das Langzeit-EKG habe 17 vorzeitige ventrikuläre Extrasystolen, 33 verbreiterte QRS-Komplexe und eine supraventrikuläre Extrasystole gezeigt. Die Halbliegend-Fahrradergometrie sei bis zur Belastung von 117 Watt erfolgt. Der Blutdruckanstieg sei von 130/95 mmHg auf 216/120 mmHg erfolgt. Im Lungenbereich zeige sich eine leichtgradige Ventilationsstörung. Der HbA1c-Wert habe bei 7,2 % gelegen. Diagnostisch bestehe ein komplettes metabolisches Syndrom mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ II bei oral antidiabetischer Medikation und viermaliger Insulininjektion. Zudem bestünden Hinweise auf eine periphere diabetische sensible Polyneuropathie geringen Schweregrades mit einer Einschränkung des Vibrationsempfindens. Folgeerkrankungen einer diabetischen Retinopathie oder Nephropathie seien nicht erkennbar. Zudem liege eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie mit antihypertensiver Mehrfachmedikation und Zustand nach interventioneller Ablation in den Nierenarterien bei grenzwertig gering erhöhten Blutdruckwerten vor. Daneben bestehe eine koronare Ein-Gefäßerkrankung mit Zustand nach PTCA bei 30%iger Instentstenose und normaler systolischer linksventrikulärer Funktion. Hinzu komme eine diastolische Funktionsstörung des Herzens ohne Nachweis einer signifikanten Wandhyperthropie, Fettstoffwechselstörungen und eine Adipositas. Die Klägerin fühle sich in der Bewältigung ihrer Alltagsaufgaben (Haus- und Gartenarbeit) nicht eingeschränkt (vgl. auch Teilhabe am sozialen Leben und an Fernreisen). Der Diabetes sei aktuell nicht zufriedenstellend eingestellt und eine Intensivierung der Therapie angezeigt. Die Langzeit-HbA1c-Werte seien weiterhin zu hoch, wobei nächtliche Hypoglykämien aufträten. Die im Durchschnitt einmal pro Monat auftretenden Hypoglykämien seien zwar in ihren Auswirkungen nicht schwer, zeigten sich jedoch häufig. Schwerwiegende Organkomplikationen bestünden nicht. Entsprechend der Versorgungsmedizin-Verordnung sei wegen der Insulinmedikation und der dokumentierten Blutzuckermessungen ein GdB von 50 vorgesehen. Die Klägerin erfülle daher die Kriterien für einen GdB von 50. Die Adipositas und konsekutive Fettstoffwechselstörung ohne Notwendigkeit einer LDL-Apharese bedinge keinen GdB. Herzinsuffizienzzeichen wie Atemnot oder anginöse Beschwerden würden nicht vorliegen. Für das Herz- und Blutdruckleiden sei je ein Einzel-GdB von 10 anzunehmen, da keine Organbeteiligung oder Linksherzhypertrophie vorliege. Zusammenfassend sei von einem Gesamt-GdB von 40 auszugehen. Für einen GdB von 50 fehle es an dafür erforderlichen schweren Hypoglykämien.

Die Klägerin hat zu dem Gutachten ausgeführt: Die Bildung des Gesamt-GdB von 40 sei nicht nachvollziehbar, da der Sachverständige selbst ausgeführt habe, dass der GdB von 50 erreicht werde. Überdies nehme sie auch Bisoprorol gegen den Bluthochdruck. Es werde angeregt, den Sachverständigen zur mündlichen Verhandlung zu laden.

Der Beklagte sieht sich in seiner bisherigen Bewertung bestätigt und hat eine Prüfärztliche Stellungnahme des Gutachters Dr. W. vom 23. Oktober 2014 vorgelegt. Die subjektiv von der Klägerin angegebenen Unterzuckerungen seien nach dem Blutzuckertagebuch nicht belegt. Gravierende Einschränkungen in der Lebensführung seien nicht erkennbar. Für die koronare Herzerkrankung sowie den Bluthochdruck sei kein höherer GdB als 10 festzustellen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat der Beklagte mit Bescheid vom 22. Juli 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Dezember 2011 den Behinderungsgrad ab 16. Mai 2011 mit einem GdB von 40 neu festgestellt. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft liegen nicht vor.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 16. Mai 2011. Hierbei handelt es sich um eine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, für die bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung maßgeblich ist.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 1. Juli 2009 einen GdB von 30 festgestellt und damit über den Behinderungsgrad der Klägerin entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach § 48 Abs. 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine wesentliche Änderung ist dann anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamtbehinderungsgrades um wenigstens 10 ergibt. Im Vergleich zu den Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheids vom 1. Juli 2009 vorgelegen haben, ist eine Änderung nur insoweit eingetreten, als ab dem 16. Mai 2011 ein GdB von 40 vorliegt. Die Funktionsstörungen der Klägerin rechtfertigen jedoch keinen höheren GdB als 40.

Nach § 69 Abs. 1 des Neunten Buches des Sozialsetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Diese Regelung knüpft materiell-rechtlich an den in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bestimmten Begriff der Behinderung an. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX gelten für den GdB die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 16 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend. Nach der damit in Bezug genommenen Fassung des § 30 Abs. 1 BVG

richtet sich die Beurteilung des Schweregrades – dort des "Grades der Schädigungsfolgen" (GdS) – nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Die hierfür maßgebenden Grundsätze sind in der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412) aufgestellt worden. Nach § 2 VersMedV sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach § 30 Abs. 1 BVG maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu BGBl. I Nr. 57 vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt.

Soweit der streitigen Bemessung des GdB die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B 1) sind die dort genannten GdS-Sätze Anhaltswerte. In jedem Einzelfall sind alle leistungsmindernden Störungen auf körperlichem, geistigem und seelischem Gebiet zu berücksichtigen und in der Regel innerhalb der in Nr. 2 e (Teil A) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

Nach diesem Maßstab ist bei der Klägerin weiterhin ein GdB von 40 ab dem 16. Mai 2011 gerechtfertigt. Dabei stützt sich der Senat auf das Sachverständigengutachten von Dr. M. vom 17. September 2014 sowie die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die versorgungsärztlichen Stellungnahmen, die Arztbriefe und die vorgelegten Diabetikertagebücher.

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

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

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

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

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

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

Ein GdB von 50 setzt damit mindestens vier Insulininjektionen pro Tag, ein selbständiges Anpassen der Insulindosis und durch erhebliche Einschnitte gravierende Beeinträchtigungen in der Lebensführung voraus. Diese Anforderungen für einen GdB von 50 erreicht die Klägerin unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls nicht. Der Senat folgt insoweit den Einschätzungen der Versorgungsärzte des Beklagten sowie der abschließenden Bewertung des Sachverständigen Dr. M.

In funktioneller Hinsicht liegen bei der Klägerin die therapiebedingten Voraussetzungen für einen GdB von 50 vor. Sie muss sich vier Mal täglich Insulin spritzen, wobei die jeweilige Insulindosis angepasst werden muss. Dies hat auch der Sachverständige Dr. M. zutreffend festgestellt. Die Grenze der Schwerbehinderung verlangt jedoch darüber hinaus noch eine gravierende Beeinträchtigung in der

Lebensführung. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Teilbereiche, in denen sich therapie- und krankheitsbedingte Einschränkungen in der Lebensführung auswirken können, lässt sich nicht feststellen, dass gravierende Auswirkungen des Diabetes mellitus bei der Klägerin in den Bereichen der Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten und der Mobilität vorliegen. Die von ihr angegebenen Nachteile durch ihre Stoffwechselerkrankung sind insgesamt zwar einschränkend und belastend, jedoch nicht gravierend im Sinne der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Gegen eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung sprechen die Angaben der Klägerin zu ihrem Tagesablauf. Sie kann ihren Haushalt offenbar problemlos meistern, Gartenarbeit verrichten, Fahrradfahren und an den privaten Unternehmungen der Familie praktisch ohne Einschränkungen teilnehmen. Insbesondere kann sie im Urlaub selbst körperlich belastende Fernreisen trotz des Diabetes mellitus bewältigen. Gravierende Leistungsbeeinträchtigungen lassen sich auch nicht aus der beruflichen Betätigung der Klägerin ableiten. Bis zu ihrer Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis hat sie in einer körperlich belastenden Wechselschichttätigkeit in einem Callcenter gearbeitet, ohne gesundheitliche Einschränkungen zu zeigen. Funktionell beachtliche Begleitfolgen des Diabetes haben sich bei der Klägerin auch nicht eingestellt. Trotz der tendenziell eher zu hohen Blutzuckerwerte konnte der Sachverständige Dr. M. nur leichte Sensibilitätsstörungen für Vibrationsempfindungen feststellen, denen keine besondere Bedeutung zugemessen werden kann. Hinweise für diabetestypische Augenhintergrundänderungen sowie eine beachtliche Polyneuropathie finden sich dagegen nicht.

Die Klägerin wird über den einschränkenden Therapieaufwand hinaus nicht auch noch zusätzlich durch eine schlechte Einstellungsqualität in ihrer Leistungsfähigkeit und damit in ihrer Teilhabefähigkeit am Leben erheblich beeinträchtigt. Auch führt die Insulintherapie zu häufigen, wenn auch schwächeren Unterzuckerungen, die jedoch nicht mit erheblichen Einschränkungen im Lebensalltag und gravierenden funktionellen Einschränkungen verbunden sind. Vor diesem Hintergrund ist es auch konsequent und richtig, wenn der Sachverständige Dr. M. in seiner Gesamtbewertung für den Diabetes mellitus keinen höheren Einzel-GdB als 40 befürwortet. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat nach eigener Würdigung der Befunde und Gesamtumstände der alltäglichen Einschränkungen der Klägerin an. Dieser Wertung entsprechen auch die Einschätzungen der Versorgungsärzte des Beklagten.

b) Das Bluthochdruckleiden ist dem Funktionssystem Herz-Kreislauf zuzuordnen und rechtfertigt maximal einen GdB von 10. Nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Teil B, Nr. 9) kommt es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht auf die Art der Erkrankung, sondern auf die jeweilige konkrete Leistungseinbuße an. Daher lässt die Diagnose eines Bluthochdrucks keinen Rückschluss auf die bestehenden Funktionseinschränkungen der Klägerin zu. Nach Teil B, Nr. 9.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist die leichte Form der Hypertonie, bei der keine oder eine geringe Leistungsbeeinträchtigung und höchstens leichte Augenhintergrundsveränderungen vorliegen, mit einem GdB von 0 bis zu 10 zu bewerten. Die mittelschwere Form eröffnet je nach Leistungsbeeinträchtigung einen Bewertungsrahmen von 20 bis 40. Kriterien dafür sind Organbeteiligungen leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung. Vor diesem Hintergrund ist der Einschätzung des Sachverständigen Dr. M. zu folgen, einen Einzel-GdB von 10 anzunehmen. Höher zu bewertende Organbeteiligungen vermochte der Sachverständige bei der Klägerin nicht festzustellen.

c) Auch die coronare Herzerkrankung gehört zum Funktionssystem Herz-Kreislauf und rechtfertigt allenfalls einen Einzel-GdB von 10. Nach Teil B 9.1.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze spielt für die Bewertung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung die jeweilige Leistungseinbuße eine entscheidende Rolle, wobei auch die Auswirkungen des Leidens auf andere Organe (z. B. Lungen, Leber, Gehirn, Nieren) zu beachten sind. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. M. ist die Klägerin allenfalls bei der Bewältigung schwerer körperlicher Belastung beeinträchtigt. Signifikante myokardiale Ischämie in Ruhe oder unter Belastung vermochte der Sachverständige nicht festzustellen. Nachdem die Stentversorgung im Jahr 2011 zunächst nur eine kurzzeitige Besserung auf kardiologischen Gebiet erbrachte, führte die später im Deutschen Herzzentrum vorgenommene Nierenarterienablation (beidseits) am 29. November 2012 zu einem guten Operationsergebnis und einer deutlichen und auch dauerhaften Verbesserung der von der Klägerin zuvor geschilderten Herzbeschwerden. So berichtete das Deutsche Herzzentrum bereits unter dem 7. Januar 2013 davon, dass die Klägerin keinen Druck mehr in der Brust und auch keine Atemnot bei Belastung mehr angegeben habe. Der vom Sachverständigen Dr. M. vertretene Einzel-GdB von 10 für diese Erkrankung entspricht diesen geringfügigen Einschränkungen im Funktionssystem und wird vom Senat nach eigener Prüfung – wie auch von den Versorgungsärzten des Beklagten vertreten – für zutreffend erachtet.

d) Weitere Funktionseinschränkungen, die mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten sind, sind nicht erkennbar. Insbesondere die vom Sachverständigen diagnostizierten Fettstoffwechselstörungen sowie die Adipositas rechtfertigen keinen Einzel-GdB, da damit verbundene funktionelle Einschränkungen nicht dokumentiert sind.

e) Da bei der Klägerin Einzelbehinderungen aus verschiedenen Funktionssystemen mit einem messbaren GdB vorliegen, ist nach § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX der Gesamtbehinderungsgrad zu ermitteln. Dafür sind die Grundsätze nach Teil A, Nr. 3 der VMG anzuwenden. Nach Nr. 3c ist in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad bedingt und dann zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Zehnergrad ein oder mehr Zehnergrade hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Danach ist vom höchsten Einzelwert für das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" von einem Einzel-GdB von 20 auszugehen. Aufgrund der Bluthochdruckerkrankung (GdB von 10) sowie der koronaren Herzerkrankung (Einzel-GdB 10) kann kein höherer Gesamt-GdB gebildet werden. Schließlich führt ein GdB von 10 nicht zur Erhöhung des Gesamt-GdB, denn von einem hier nicht vorliegenden Ausnahmefall abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes des Gesamtbeeinträchtigung (Teil A, Nr. 3 ee).

Letztlich widerspräche die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft auch einer nach Teil A Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu berücksichtigenden Vergleichsüberlegung. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der verschiedenen Funktionsstörungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so schwer wie etwa die vollständige Versteifung großer Abschnitte der Wirbelsäule, der Verlust eines Beins im Unterschenkel oder eine Aphasie (Sprachstörung) mit deutlicher Kommunikationsstörung beeinträchtigen. Eine derartig schwere Funktionsstörung liegt bei der Klägerin nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegt nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2015-04-01