

L 7 SB 15/14

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

1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 31 SB 28/12

Datum
30.01.2014

2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 SB 15/14

Datum
24.09.2015

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.

Bei der am ... 1952 geborenen Klägerin stellte der Beklagte mit Bescheid vom 27. April 2009 einen GdB von 40 fest (Diabetes mellitus: Einzel-GdB 40, Funktionseinschränkung rechtes Handgelenk: Einzel-GdB 10, Funktionseinschränkung rechtes Sprunggelenk: Einzel-GdB 10). Dem lag u.a. der Befundschein der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. L. vom 15. Februar 2011 zugrunde, die einen am 27. Januar 2009 festgestellten HbA1c-Wert von 9 % mitgeteilt hatte.

Am 25. Januar 2011 stellte die Klägerin einen Neufeststellungsantrag und verwies auf die Änderung der gesetzlichen Vorschriften für die Feststellung des GdB bei Diabetes mellitus. Danach lägen die Voraussetzungen der Schwerbehinderteneigenschaft bei ihr vor. Der Beklagte holte einen Befundschein von Dr. L. vom 15. Februar 2011 ein, die einen Diabetes mellitus Typ I, eine diabetische Neuropathie und ein vermindertes Vibrationsempfinden (4/8) diagnostizierte. Nach ihrer Einschätzung sei der Therapieaufwand hoch, weil er täglich jeweils vier bis fünf Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen erforderlich mache. Die Insulindosisanpassung werde nach den Blutzuckerkontrollen durchgeführt. Folgende HbA1c-Werte gab sie an: 26. April 2010: 7,7 %; 5. August 2010: 7,4 %; 11. November 2010: 7,9 %. Der ärztliche Gutachter des Beklagten Dr. R. schlug daraufhin für den Diabetes mellitus weiterhin einen GdB von 40 vor, weil eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung durch erhebliche Einschnitte nicht vorliege. Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 11. April 2011 den Neufeststellungsantrag der Klägerin ab.

Dagegen legte die Klägerin am 3. Mai 2011 Widerspruch ein und trug vor: Sie sei gravierend in ihrer Lebensführung beeinträchtigt: Sie stehe vollbeschäftigt im Berufsleben. Durch eine hohe Arbeitsbelastung entstünden häufig Stresssituationen. Pausenzeiten könne sie nicht immer regelmäßig einhalten. Die Kontrolle der Zuckerwerte und die Insulingaben seien dabei belastend. Auch in der Freizeit sei sie ein aktiver Mensch. Sie treibe Sport, fahre Rad und habe einen Haushalt sowie einen Garten zu bewältigen. Auch mit ihrer Enkelin unternehme sie viel. Von morgens bis zum späten Abend müsse sie Korrekturinsulingaben vornehmen und zu jeder geregelten Mahlzeit auf der Basis des gemessenen Blutzuckerwertes und des beabsichtigten Essens Insulin spritzen. Dies sei insbesondere bei nicht selbst zubereiteten Mahlzeiten schwierig. Die Folge seien häufige Unterzuckerungen, die sehr belastend seien. Jedes Stück Obst, jeder Saft, jede Leckerei zwängen sie zum Spritzen von Insulin oder zum Verzicht. Auch ungeplante Aktivitäten (Sport, körperliche Arbeit, spontanes Toben mit dem Enkelkind) führten oft zur Unterzuckerung. Sofern sie in späten Abendstunden unterwegs sei (Konzert, Theater, Feier) müsse sie an die Gabe des Langzeitinsulins denken und dies auch unter schwierigen Bedingungen (z. B. keine erreichbare Toilette) durchführen. Ein uneingeschränkter kultureller Genuss sei das für sie nicht. Gravierende Beeinträchtigungen empfinde sie auch bei Urlaubsreisen ins Ausland (Flüge, Zeitverschiebungen und ähnliches). Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Dezember 2011 wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 24. Januar 2012 Klage beim Sozialgericht (SG) Halle erhoben. Sie hat ergänzend mitgeteilt, dass sie sich seit dem 1. Januar 2012 in der passiven Phase der Altersteilzeit befinde und zur Begründung ihrer Klage ausgeführt: Sie müsse durchschnittlich

sechs- bis siebenmal kurzzeitig wirkendes Insulin in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker spritzen. Sie müsse auch ständig Traubenzucker, ihr Blutzuckermessgerät sowie den Pen zum Spritzen bei sich haben. Sämtliche Freizeitaktivitäten und längere Abwesenheiten müsse sie sorgfältig planen und auf die Mahlzeiten abstimmen, um (soweit möglich) Unterzuckerungen zu vermeiden. Gerade Einschränkungen im Freizeitbereich (insbesondere sportliche Aktivitäten) bzw. die im Vorfeld zu treffende Vorsorge empfinde sie als besonders nachteilig. Dies setze sich in ähnlicher Weise auch bei anderen Freizeitveranstaltungen und z. B. Urlaubsreisen fort. Damit lägen Einschnitte bei der Planung des Tagesablaufs, der Freizeitgestaltung und der Mobilität vor. Ca. fünfmal im Monat habe sie starke Unterzuckerungen, die sich mit einem starken Schwitzen und Zuständen der Verwirrung zeigten. Bewusstlosigkeit sei allerdings noch nicht eingetreten. Schließlich erfahre sie durch eine schlechte Einstellungsqualität des Diabetes mellitus eine weitere bzw. tiefergehende Beeinträchtigung in der Lebensführung. Der HbA1c-Wert liege immer über 7 % und habe am 27. Januar 2009 einmalig sogar bei 9 % gelegen. Außerdem hat die Klägerin auf eine Zunahme der orthopädischen Beschwerden hingewiesen und den Entlassungsbericht des Krankenhauses M.-M. H.-D. vom 10. August 2012 aufgrund der stationären Behandlung im August 2012 wegen eines Bandscheibenvorfalles vorgelegt. Im Bericht wurde mitgeteilt, dass bei Entlassung die Beschwerden deutlich gelindert gewesen seien und sensomotorischen Defizite nicht vorgelegen hätten.

Der Beklagte hat unter Hinweis auf die prüfärztliche Stellungnahme seines ärztlichen Gutachters Dr. W. vom 26. März 2012 vorgetragen: Die Blutzuckerwerte zeigten eine größere Schwankungsbreite, wobei vereinzelt auch erheblich erniedrigte Blutzuckerwerte aufgetreten seien. Die von Dr. L. am 15. Februar 2011 mitgeteilten HbA1c-Werte zeigten dagegen einen stabilen Verlauf. Eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit gehe aus den Befunden nicht hervor.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin eingeholt. Dr. L. hat am 29. Mai 2012 einen chronisch entgleiten Diabetes mellitus Typ I, eine diabetische Neuropathie (Vibrationsempfinden beidseits 4/8) und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Außerdem hat sie für den Zeitraum vom 29. August 2011 bis 19. März 2012 folgende HbA1c-Werte angegeben: 9,3 %; 8 %; 7,6 %. Mit Befundbericht vom 30. Mai 2012 hat die Augenärztin Dr. R. über einen Visus von 1,0/0,8 berichtet sowie diabetische und hypertensive Veränderungen ausgeschlossen. Die Fachärztin für Innere Medizin G. hat am 24. Juni 2012 folgende Diagnosen gestellt: Diabetes mellitus, Karpaltunnelsyndrom, sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung, Varizen der unteren Extremitäten bei Zustand nach Operationen 2007 und 2009, Koxarthrose rechts, essentielle Hypertonie (November 2011: 132/75 mmHg; Dezember 2012: 132/67 mmHg). Die Fachärztin für Orthopädie/Chirotherapie Dr. W. hat mit Befundbericht vom 18. September 2012 über die Behandlung der Klägerin vom 28. März bis 10. Juli 2012 berichtet und ein chronisches Lumbalsyndrom bei Bandscheibenvorfall im Bereich L5/S1 sowie eine Rumpfmuskulinsuffizienz diagnostiziert. Ergänzen hat sie auf das MRT vom 25. Mai 2012 hingewiesen, mit dem der Bandscheibenvorfall nachgewiesen wurde. Im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) hat sie folgende Bewegungsmaße festgestellt: Rotation 10/0/10 Grad nach der Neutral-Null-Methode, Seitneigung 10/0/10 Grad, Reklination 10 Grad, Finger-Boden-Abstand (FBA) 30 cm. Motorische Ausfälle hätten nicht vorgelegen, doch habe ein Taubheitsgefühl an der Außenseite des rechten Beins bis zum Fuß bestanden.

Mit seinen prüfärztlichen Stellungnahmen vom 13. Juli und 16. Oktober 2012 hat Dr. W. eine Verschlechterung der Stoffwechselsituation mit erhöhten HbA1c-Werten festgestellt, die sich bis März 2012 jedoch wieder deutlich gebessert habe. Eine relevante Polyneuropathie könne nicht festgestellt werden, da die Angabe fehle, wo die Messung des gestörten Vibrationsempfindens vorgenommen worden sei. Eine abschließende Bewertung des Wirbelsäulenleidens nach dem Bandscheibenvorfall könne noch nicht erfolgen. Die Kontrollen bei der Augenärztin zeigten keine GdB-relevanten Einschränkungen der Sehfähigkeit. Der Blutdruck sei medikamentös gut eingestellt, so dass sich auch hier kein GdB von mindestens 10 ergebe.

Außerdem hat das SG den Entlassungsbericht der Reha-Klinik B. B. vom 8. Oktober 2012 (Aufenthalt 30. August bis 18. September 2012) eingeholt. Dort waren folgende Diagnosen gestellt worden: Diabetes mellitus, primäre Insulintherapie, essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise, zervikozephal Syndrom, Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts mediolateral bei Zustand nach Injektionstherapie im August 2012 sowie beginnende Coxarthrose rechts. Aktuell bestünde ein Fersenbeinbruch links nach einem Fahrradsturz am 16. September 2012. Der zuletzt festgestellte HbA1c-Wert habe 7,7 % betragen. Hypoglykämien träten mehrmals wöchentlich auf. Eine Wahrnehmung liege ab 2,7 mmol/l vor. Diabetesspezifische Folgeerkrankungen, wie z.B. eine diabetische Polyneuropathie, lägen noch nicht vor. Das gemessene Vibrationsempfinden am Mittelfußknochen habe beidseits 6/8 betragen. Zum Aufnahmezeitpunkt hätten eine unzureichende Stoffwechselkompensation und schwankende Blutzuckerwerte sowie Rückenbeschwerden nach einem Bandscheibenvorfall vorgelegen. Im Bereich der Wirbelsäule lägen Bewegungseinschränkungen und Muskelverspannungen im Schulter/Nackengebiet vor. Außerdem sei die Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk gering eingeschränkt. Die Langzeitblutdruckmessung habe eine normotensive Blutdrucklage gezeigt. Manifeste Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation hätten nicht vorgelegen. Die psychologische Diagnostik sei unauffällig gewesen. In der sozialmedizinischen Epikrise war ausgeführt worden, dass bei der Klägerin eine sehr labile Stoffwechselsituation mit Stoffwechselschwankungen vorliege, die eine regelmäßige Stoffwechselkontrolle mit Erstellung von täglichen Tagesprofilen nötig mache.

In Auswertung des Reha-Entlassungsberichts hat der Beklagte auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 7. Dezember 2012 verwiesen. Danach habe sich das Vibrationsempfinden deutlich gebessert. Wegen der fehlenden Bewegungsmaße der Wirbelsäule könne kein höherer Einzel-GdB als 10 vergeben werden.

Das SG hat sodann mehrere Epikrisen der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie B. eingeholt. Dort war die Klägerin am 24. September 2012 nach einer Fersenbeinfraktur (Unfall vom 16. September 2012) plattenosteosynthetisch versorgt worden. Nachdem sich die Klägerin am 25. Januar 2013 in der dortigen Notfallaufnahme vorgestellt hatte, erfolgte dort bei Verdacht auf einen implantat-assoziierten Spätinfekt am 30. Januar 2013 eine operative Revision mit Entfernung der einliegenden Platten-/Schraubenosteosynthese. Im Rahmen der Infektsanierung hat am 11. Februar 2013 eine nochmalige operative Revision des Fersenbeins stattgefunden. Am 26. Februar 2013 sei die Klägerin unter schmerzorientierter Vollbelastung des linken Beins bei anliegenden Rückfußentlastungsschuhen an Unterarmstützen entlassen worden. Schließlich hat sich die Klägerin ab 19. März 2013 wegen einer Knochenentzündung am linken Fersenbein nochmals in stationärer Behandlung im Klinikum B. befunden.

Das SG hat den Befundbericht des Assistenzarztes des Klinikums B. Dr. W. vom 25. Juni 2013 eingeholt. Danach habe bei der letztmaligen Behandlung der Klägerin am 4. Juni 2013 eine Infektberuhigung vorgelegen. Die Klägerin habe keine substantiellen Beschwerden im Bereich des linken Fersenbeins geschildert. Eine weitere Steigerung der Belastbarkeit des Fersenbeins stehe bevor. Mit Befundbericht vom 3. Juli 2013 hat die Fachärztin für Chirurgie Dipl.-Med. P. vom Medizinischen Versorgungszentrum B. über die letztmalige Behandlung der Klägerin am 25. Juni 2013 berichtet. Danach sei die Klägerin bereits seit dem 7. Mai 2013 weitestgehend beschwerdefrei und sei mit einem

Rückfußentlastungsschuh gelaufen.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf die Stellungnahme seiner Gutachterin Dr. W. vom 31. Juli 2013 verwiesen. Danach sei aufgrund der Fersenbeinfraktur kein GdB festzustellen, weil bereits im Juni 2013 weitgehend Beschwerdefreiheit bestanden habe, so dass die zeitgerechte Mobilisierung habe fortgesetzt werden können.

Die Klägerin hat dagegen eingewandt, sie sei noch immer nicht beschwerdefrei und hat auf die Reha-Maßnahme in der Kurklinik B. L. hingewiesen. Im Reha-Bericht vom 5. August 2013 (Aufenthalt 27. Juni bis 18. Juli 2013) waren folgende Diagnosen gestellt worden: Gangstörung bei Zustand Fersenbeinfraktur links, Zustand nach implantatassoziiertem Spätinfekt bei einliegender Schraubenosteosynthese, Diabetes mellitus Typ I, chronisch rezidivierende Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts. Die Klägerin habe über Ein- und Durchschlafstörungen sowie über leichte Schmerzen und ein Spannungsgefühl im operierten linken Sprunggelenkbereich geklagt. Der Blutdruck wurde mit 150/85 mmHg bei unauffälligen Herzaktionen festgestellt. Die Psyche sei regelgerecht, die Stimmung unauffällig und der Antrieb nicht gestört. Auch die zentralneurologische Funktion sei unauffällig gewesen. Das Gangbild sei zu Beginn der Maßnahme verlangsamt, jedoch sicher gewesen. Es seien ein freier Stand und ein Einbeinstand beidseitig möglich gewesen. Die Halswirbelsäule (HWS) sei frei beweglich gewesen. Eine segmentbezogene Funktionsstörung sei nicht objektivierbar gewesen. Auch im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS sei die Beweglichkeit weitgehend frei gewesen. Ebenso seien im Bereich der oberen Extremitäten alle Gelenke aktiv und passiv frei beweglich gewesen. Bis auf das linke obere Sprunggelenk (Dorsalflexion/Plantarflexion 0/0/30 Grad), wo die Klägerin noch einen Schmerz verspüre, seien die unteren Extremitäten ebenfalls frei beweglich gewesen. Die Motorik, Sensibilität und Reflexe der oberen und unteren Extremitäten seien seitengleich intakt gewesen. Auch die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Die Röntgenkontrolle habe eine konsolidierte (verschlossene) Fraktur im Bereich des linken Fersenbeins ohne Anhalt für entzündliche Veränderungen oder Fehlstatik gezeigt.

Der Beklagte hat auf eine weitere prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 1. Oktober 2013 verwiesen, wonach eine Funktionsminderung der Wirbelsäule bei komplett unauffälligen Wirbelsäulenbefunden nicht mehr anerkannt werden könne. Die Funktionsminderung des linken Sprunggelenks bedinge maximal einen GdB von 10.

Mit Gerichtsbescheid vom 30. Januar 2014 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Ein höherer GdB als 40 könne für den Diabetes mellitus nicht festgestellt werden. Die nach dem Bericht der Diabetologin Dr. L. zwar schwankende Stoffwechsellage führe in der Alltagsbewältigung bei der nicht mehr berufstätigen Klägerin zu keinen gravierenden Beeinträchtigungen. Schwere Hypoglykämien seien bei der Klägerin noch nie aufgetreten und Sekundärschäden seien nicht vorhanden. Auch die von der Klägerin vorgetragene Einschränkung in ihrem Freizeitverhalten bzw. die Tätigkeiten in ihrem häuslichen Umfeld ließen keine gravierenden Einschnitte in die Lebensführung erkennen. Auch signifikante Mobilitätseinschränkungen seien nicht festzustellen.

Gegen den ihr am 5. Februar 2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 5. März 2014 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt und vorgetragen: Der Feststellung eines GdB von 50 stehe nicht die Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit entgegen. Auch sei ein GdB von 50 nicht an schwere hypoglykämische Entgleisungen oder signifikante Mobilitätseinschränkungen gebunden. Eine gravierende Beeinträchtigung sei aufgrund des HbA1c-Wertes von 9% und mehr anzunehmen. Zudem habe Dr. L. eine diabetische Neuropathie sowie einen hohen Therapieaufwand bestätigt. Zudem sei nach dem Befundbericht von Dr. W. vom 18. September 2012 für den Wirbelsäulenschaden mit schweren funktionellen Auswirkungen ein Einzel-GdB von 30 anzunehmen. Auf gerichtliche Nachfrage hat die Klägerin mitgeteilt, dass sie seit 2013 wegen des Wirbelsäulenschadens nicht wieder in ambulanter Behandlung gewesen sei. Seitdem habe sich der Wirbelsäulenschaden auch nicht verschlechtert.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Halle vom 30. Januar 2014 sowie den Bescheid des Beklagten vom 11. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. November/Dezember 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, bei ihr einen GdB von mindestens 50 ab 25. Januar 2011 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach seiner Ansicht bedürfe die tägliche Stoffwechselführung keiner besonders hohen Aufmerksamkeit und keines erheblichen Aufwandes. Spürbare Leistungseinbußen infolge wechselnder Blutzuckerwerte und erheblich behindernde Auswirkungen des Diabetes mellitus bei der Planung des Tagesablaufs, der Freizeitgestaltung und der Mobilität seien nicht zu erkennen.

Der Senat einen weiteren Befundbericht der Dr. L. vom 24. Juni 2014 mit folgenden Diagnosen eingeholt: Diabetes mellitus Typ I mit neurologischen Komplikationen, chronische Nierenkrankheit Stadium 2, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hypoglykämiewahrnehmungsstörung. Die Klägerin leide infolge von Blutzuckerschwankungen unter psychischen und physischen Leistungsminderungen, vor allem bei immer wiederkehrenden, nicht vorhersehbaren Hypoglykämien. Folgende HbA1c-Werte hat sie mitgeteilt: 7,6 % (4. September 2013); 6,4 % (13. Dezember 2013); 6,5 % (3. März 2014); 6,8 % (12. Juni 2014). Das Vibrationsempfinden rechts habe sie mit 7/8 und links mit 5/8 festgestellt. Nach Ausheilung der Fersenbeinfraktur links sei in Folge der zunehmenden Mobilisierung eine Verbesserung des HbA1c-Wertes aufgetreten. Unverändert träten Blutzuckerschwankungen auf. Diese lägen der Pathophysiologie des Diabetes mellitus Typ 1 (primär insulinpflichtig) zugrunde. Hypoglykämien mit Fremdhilfe seien nicht aufgetreten. Nach wie vor passe die Klägerin die jeweilige Insulindosis bei jeder Injektion nach gemessenem Blutzuckerwert, aufzunehmender Kohlenhydratmenge und stattgefundenen sowie geplanter körperlicher Aktivität an. Sie müsse regelmäßige Mahlzeiten einhalten. Aufgrund der Hypo-Wahrnehmungsstörung müsse sie zusätzlich zu den mahlzeitenabhängigen Blutzuckerkontrollen weitere Kontrollen - auch in der Nacht - durchführen. Der therapiebedingte Aufwand und der drohende Kontrollverlust aufgrund der Hypo-Wahrnehmungsstörung belasteten die Klägerin sehr und führten zu einer Minderung der Lebensqualität. Die Frage nach einer dauerhaften Polyneuropathie hat die Ärztin verneint. In Anlage hat sie u.a. einen Arztbrief der Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie Dr. H.-M. über die Untersuchung vom 20. Mai 2014 übersandt. Danach habe die Farbdopplerechokardiographie eine Linksherzhypertrophie gezeigt. Eine Belastung sei bis 125 Watt mit

einer adäquaten Blutdruck- und Pulsregulation möglich gewesen. Die kardiopulmonale Leistungsdiagnostik sei unauffällig gewesen. Zusammenfassend sei von einer guten und dabei beschwerdefreien Belastbarkeit auszugehen.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf eine prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 14. Juli 2014 verwiesen. Danach spreche gegen eine erhebliche Schwankung des Blutzuckers, dass der angestrebte Zielwert von 6,5 % für den HbA1c-Wert beim Diabetiker nur gering überschritten werde. Wesentliche Einschränkungen des Herz-Kreislaufsystems lägen nicht vor.

Die Klägerin hat ebenfalls zu den Befundberichten Stellung genommen: Die chronische Nierenerkrankung sei bei der Bewertung des GdB nicht zu berücksichtigen, denn diese sei weder behandlungsbedürftig noch mit Beschwerden oder Beeinträchtigungen verbunden. Die relativ guten bis sehr guten HbA1c-Werte seien durch die Gabe von erhöhten Insulineinheiten zu erklären. Sie glaube, dass sich die typischen Folgeerkrankungen bei einem HbA1c-Wert in einem Bereich von 5 bis 6 verhindern ließen. Dadurch seien wiederholt Hypoglykämien aufgetreten, vor denen sie auch weiterhin Angst habe. Der psychische Leidendruck erhöhe sich weiter, weil die Hypoglykämien nicht vorhersehbar seien. Sie müsse ihre Werte deutlich überdurchschnittlich kontrollieren, was zu einer erheblichen Einschränkung in der Lebensführung führe. Fremdhilfe werde bei Hypoglykämien zumeist durch ihren für den Notfall geschulten Ehemann geleistet, der sie dann mit Saft oder schnell wirkenden Kohlenhydraten versorge. Dr. L. habe bereits angeraten, das Provozieren eines niedrigen HbA1c-Wertes durch Spritzen von zu vielen Insulineinheiten zu beenden. In Anlage hat sie Diagramme übersandt, wonach in jeder Woche mehrfach Hypoglykämien aufgetreten seien. Ergänzend hat sie auch ihre aktuellen Blutzuckertagebücher vorgelegt.

In Auswertung dieser Unterlagen hat der Beklagte unter Hinweis auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. (1. Oktober 2014) an einem GdB von 40 für den Diabetes mellitus festgehalten. Die Auswertung der Unterlagen habe ergeben, dass nach Diätfehlern sehr selten deutliche Überzuckerungen und nach körperlichen Belastungen einige moderate Unterzuckerungen aufgetreten seien. Die Klägerin sei aber immer in der Lage gewesen, ihren Stoffwechsel an ihre Alltagsaktivitäten anzupassen (z. B. hoher Blutzuckerwert nach Weihnachtsmarktbesuch, niedrige Werte nach Radfahren, Wandern und Gartenarbeit). Akut bedrohliche Stoffwechselentgleisungen mit gravierenden Einschnitten in den Alltag seien zu keinem Zeitpunkt zu erkennen gewesen.

Am 15. Januar 2015 hat eine nichtöffentliche Sitzung stattgefunden, in der die Klägerin erklärt hat: Gravierende Einschnitte in der Lebensführung sehe sie in dem jahrelangen unzulänglichen Therapieerfolg. Sie habe unerklärliche Blutzuckerschwankungen. Die Unterzuckerungen seien mit Schwitzen, Gleichgewichtsstörungen, Orientierungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit verbunden. Dabei komme der Ehemann zu Hilfe. Sie habe ungefähr zehn Hypoglykämien im Monat. Sofern sich die Werte danach verbessert hätten, benötige sie einen halben Tag zur Erholung. Darüber hinaus habe sie gravierende Einschnitte, weil sie bei anderen Erkrankungen zusätzliche Belastungen habe. Die Blutzuckerwerte seien im Behandlungsverlauf der Fersenbeinfraktur deutlich erhöht gewesen. Im Übrigen sei sie ein aktiver Mensch, gerade seit sie zuhause sei. Sie müsse aber immer nach Plan leben und immer voraussehen, wie sich der Tagesablauf entwickelt, damit sie durch die Insulingaben auch sportlichen Aktivitäten oder anderen Freizeitbeschäftigungen nachgehen könne. Sie fahre zwar weiterhin Auto, vermeide aber lange Strecken. Bei Urlauben im Ausland mache ihr vor allem die Zeitumstellung zu schaffen. Eine psychotherapeutische Behandlung habe sie während der Krankenhausbehandlung aufgrund der Fersenbeinfraktur in Anspruch genommen. Diese habe ihr aber nichts gebracht. Im Übrigen sei bei ihr nunmehr grüner Star diagnostiziert worden.

Mit ergänzendem Befundbericht vom 27. Januar 2015 hat Dr. L. über eine unveränderte Befundlage und HbA1c-Werte von 6,8% (12. Juni 2014), 6,7% (22. Juli 2014), 7,8% (9. Oktober 2014) und 7,7% (15. Januar 2015) berichtet. Die Klägerin leide unter großer Angst vor diabetischen Folgeerkrankungen. Zu einer behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung könne sie allerdings keine Aussagen machen.

Der Beklagte hat auf die prüfärztliche Stellungnahme von Dr. W. vom 17. Februar 2015 verwiesen, die die Diabetestagebücher der Klägerin vom 9. September 2014 bis 18. Januar 2015 ausgewertet hat. Diese zeigten den gleichen Stoffwechselverlauf wie bisher. Die Blutzuckerwerte bedingten keine gravierenden Einschnitte in den üblichen Tagesablauf und die Klägerin führe weiterhin ihre zahlreichen Aktivitäten durch. Bis auf eine deutliche Unterzuckerung am 7. Januar 2015 träten seltene moderate Unterzuckerungen sowie erhöhte Blutzuckerwerte auf, die durchweg nicht akut bedrohlich gewesen seien. Die krankheitsimmanenten Blutzuckerschwankungen seien in dem verhältnismäßig hohen GdB von 40 berücksichtigt. Zusätzlich zu beachtende gravierende Einschnitte im Alltag ließen sich aus den Befundverläufen nicht ableiten. Offenbar seien bisher auch keine Nachschulung, stationäre Neueinstellungen oder Reha-Maßnahmen erforderlich gewesen.

Dagegen hat die Klägerin eingewandt, die letzte Hypo-Schulung sei im Jahr 2014 erfolgt.

Der Rechtsstreit wurde bereits zur Terminierung für den 16. Juni 2015 geladen. Dieser Termin wurde aufgehoben, weil die Klägerin sich zu diesem Zeitpunkt auf einer Rundreise in Schweden, Finnland und Norwegen befunden hat. In der mündlichen Verhandlung vom 24. September 2015 hat die Klägerin mitgeteilt, dass sie nicht regelmäßig den Blutzucker in der Nacht kontrolliere. Zwar träten gelegentlich auch in der Nacht Unterzuckerungen auf. Dies habe sie aber nicht immer sorgfältig dokumentiert.

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

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte und gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auch statthafte Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat der Beklagte mit Bescheid vom 11. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Dezember 2011 die Neufeststellung des Behinderungsgrades ab 25. Januar 2011 abgelehnt. Die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft liegen weiterhin nicht vor.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Neufeststellungsantrag der Klägerin vom 25. Januar 2011. Hierbei handelt es sich um eine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, für die bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitraum vom Neufeststellungsantrag bis zur Entscheidung durch den Senat maßgeblich ist.

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 27. April 2009 einen GdB von 40 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 (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 27. April 2009 vorgelegen haben, ist keine Änderung eingetreten. Die Funktionsstörungen der Klägerin rechtfertigen auch weiterhin die Feststellung eines GdB von 40.

Nach [§ 69 Abs. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (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" (VMG, 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 VMG (Teil A) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B, Nr. 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 Sekretion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a).

Nach diesem Maßstab ist bei der Klägerin weiterhin ein GdB von 40 ab 25. Januar 2011 bis zum jetzigen Zeitpunkt festzustellen. Dabei stützt sich der Senat auf die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die Reha-Entlassungsberichte, die Arztbriefe, die vorgelegten Diabetikertagebücher der Klägerin, ihre eigenen Angaben sowie die versorgungsärztlichen Stellungnahmen des Beklagten.

a)

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

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

Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die 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 VMG 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 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 Verordnungsänderung, [BR-Drucksache 285/10 S. 3](#) zu Nr. 2).

Durch die Neufassung der VMG zum Diabetes mellitus erfordert die Feststellung eines GdB von 50 nicht nur mindestens vier Insulininjektionen pro Tag und ein selbständiges Anpassen der Insulindosis. Zusätzlich muss es – sei es bedingt durch den konkreten Therapieaufwand, die jeweilige Stoffwechselqualität oder wegen sonstiger Auswirkungen der Erkrankung (z.B. Folgeerkrankungen) – zu einer krankheitsbedingten erheblichen Beeinträchtigung in der Lebensführung kommen (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [B 9 SB 2/12 R](#), juris). Die Formulierung in Teil B, Nr. 15.1 VMG "und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind" ist daher nicht nur therapiebezogen gemeint, sondern dahingehend zu verstehen, dass neben dem eigentlichen Therapieaufwand durch die notwendigen Insulininjektionen und die 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 Einschnitte in der Lebensführung erleiden. Dass zusätzlich ein gravierender Einschnitt in die Lebensführung festgestellt werden muss, ergibt sich aus den vorhergehenden Formulierungen der VMG für einen GdB von 30 bis 40. Hiernach sind für die Bewertung der 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 VMG 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 während der gesamten streitbefangenen Zeitraums nicht. Dabei hat der Senat unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 9 SB 2/13 R](#), juris) eine Gesamtbetrachtung aller Lebensbereiche angestellt. Der Senat folgt insoweit den Einschätzungen der Versorgungsärzte des Beklagten, die in medizinischer Hinsicht im Einklang mit den Angaben der behandelnden Ärzte der Klägerin stehen.

Die Klägerin führt nach den Angaben ihrer behandelnden Ärztin Dr. L. und ausweislich ihres Diabetikertagebuchs die Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen und selbständigen Dosisanpassungen der Insulingabe durch. Neben der täglichen Injektion mit einem Langzeitinsulin muss sie zu jeder Mahlzeit das kurz wirkende Insulin einsetzen und dabei auch die jeweilige Insulindosis variieren. Hinzu kommen Blutzuckermessungen zu jeder Mahlzeit und bei körperlichen Aktivitäten, sodass oftmals sechs tägliche Messungen erfolgen. Allerdings fehlt es bei der Klägerin an erheblichen Einschnitten, die sich so gravierend auf ihre Lebensführung auswirken, dass die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werden kann. Aufgrund der therapie- und erkrankungsbedingten Einschränkungen in der konkreten Lebensführung der Klägerin lässt sich eine gravierende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund der Erkrankung an Diabetes mellitus nicht erkennen.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Teilbereiche, in denen sich therapie- und krankheitsbedingte Einschränkungen in der Lebensführung auswirken können, lässt sich feststellen, dass gravierende Auswirkungen bei der Klägerin nicht 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 VMG. So ist die Klägerin in ihrer Mobilität nicht gravierend eingeschränkt. Sie kann einen PKW führen und Fahrradfahren. Auch unternimmt sie regelmäßig Reisen, wie z. B. die im Sommer durchgeführte Rundreise durch Schweden, Finnland und Norwegen. Auch ihr Freizeitverhalten erfährt durch die Erkrankung keine gravierenden Einschränkungen. Die Klägerin besucht z.B. Konzerte, Theatervorstellungen und nimmt an Feiern teil. Sie spielt mit ihrem Enkelkind, kümmert sich um Haushalt und Garten. Die von ihr angegebenen Aktivitäten sind, wenn auch mit einem erhöhten planerischen Aufwand verbunden, jedenfalls zumindest unter erschwerten Bedingungen (weitere Blutzuckermessungen und ggf. Reaktion durch Insulingaben) möglich. Der Umstand, dass die Insulindosis auf die Mahlzeiten abgestimmt werden muss, ist Teil der Therapie und nicht zusätzlich zu berücksichtigen. Doch selbst die Zwischenmahlzeiten (wie z. B. das von der Klägerin angeführte Obst, Saft oder Leckereien) sind nicht krankheitsbedingt ausgeschlossen, sondern ebenfalls unter Beachtung eines Mehraufwandes möglich. Die von der Klägerin geschilderten weiteren Umstände bei den erforderlichen Blutzuckermessungen und beim Spritzen (wie z.B. bei öffentlichen Veranstaltungen) sind zwar mit einem erhöhten Aufwand verbunden, schließen eine Teilhabe an diesen Aktivitäten aber nicht aus.

Auch gravierende Beeinträchtigungen im Bereich der Berufsausübung liegen nicht vor. Die Klägerin hat am 1. Januar 2012 ihre berufliche Tätigkeit durch den Eintritt in die Phase der passiven Altersteilzeit beendet. Eine krankheitsbedingte Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bzw. eine Veränderung des Arbeitsbereichs wegen der Diabeteserkrankung hat es zuvor nicht gegeben. Auch erhebliche diabetesbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten haben nicht vorgelegen.

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. Eine äußerst schwer regulierbare Stoffwechsellage liegt nicht vor. Der von Dr. L. am 25. Mai 2012 festgestellte "chronisch entgleiste Diabetes mellitus" wird nicht medizinisch belegt. Der HbA1c-Wert liegt, abgesehen von der zwischenzeitlichen Verschlechterung aufgrund der Fersenbeinoperationen, weitgehend im Normalbereich. Der einmalige HbA1c-Wert von 9% (29. August 2011) im streitbefangenen Zeitraum kann bei einem ansonsten über Jahre relativ konstanten HbA1c-Wert um 7% nicht als Beleg für eine schlechte Stoffwechseleinstellung herangezogen werden. Auch die erhöhten Blutzuckerwerte während der Behandlungen des Fersenbeins sind nach der Mobilisation wieder zurückgegangen und können nicht als Nachweis einer schlechten Einstellungsqualität dienen. Schwere Hypoglykämien und solche, die auch Fremdhilfe erfordert haben, sind nicht aufgetreten. Die mit der Erkrankung üblicherweise einhergehenden Blutzuckerschwankungen und die damit verbundenen Symptome wie Konzentrationsschwankungen, Schwindel und Müdigkeit, insbesondere bei körperlichen (wie z. B. bei Sport) und seelischen Belastungen sind Teil der Erkrankung und damit auch bei der Höhe des GdB nach den VMG bereits berücksichtigt. Darüber hinausgehende erhebliche Blutzuckerschwankungen sowie damit verbundenen Symptome lassen sich den Befunden von Dr. L. nicht entnehmen. Auch die behandelnde Ärztin hat die Blutzuckerschwankungen der Klägerin als der Pathophysiologie der Krankheit zugrunde liegend in ihrem Befundbericht vom 24. Juni 2014 eingeordnet. Es werden ausweislich der vorgelegten umfangreichen Diabetestagebücher auch keine regelmäßigen nächtlichen Blutzuckermessungen durchgeführt. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin ebenso mitgeteilt, dass sie nicht regelmäßig in der Nacht den Blutzucker messe. Im Übrigen musste sich die Klägerin seit dem Neufeststellungsantrag bis zum heutigen Zeitpunkt keinen weiteren stationären Behandlungen wegen des Diabetes mellitus unterziehen.

Bei der Klägerin führen auch nicht Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu erheblichen Einschnitten in die Lebensführung. Das geringgradig herabgesetzte Vibrationsempfinden von beidseits 6/8 führt zu keiner GdB-relevanten Beeinträchtigung. Andere Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus liegen nach den Reha-Berichten nicht vor. Insbesondere wurde eine diabetische Polyneuropathie ausdrücklich ausgeschlossen. Auch Dr. L. und die Augenärztin Dr. R. konnten keine diabetesbedingten Folgeerkrankungen feststellen.

Die mit dem Diabetes mellitus verbundene psychische Belastung der Klägerin durch die Angst vor Unterzuckerungen insbesondere bei Stress und körperlichen Aktivitäten und die Angst vor Folgeerkrankungen geht typischerweise mit der Krankheit einher und ist in der GdB-Bewertung für den Diabetes mellitus bereits berücksichtigt (dazu VMG, Teil A, Nr. 2 i). Gleiches gilt für die psychische Belastung durch den Umstand, dass der Tagesablauf der Klägerin im Wesentlichen von der Krankheit geprägt wird. Auch Dr. L. konnte keine eigenständige

psychische Erkrankung feststellen. Die Klägerin nimmt auch keine fachärztliche psychiatrische Behandlung wahr, die eine über die typischen Belastungen hinausgehende seelische Funktionsstörung zeigen würde.

Nach alledem kann unter Beachtung der Gesamtumstände im Einzelfall für den Diabetes mellitus bei der Klägerin kein höherer GdB als 40 festgestellt werden.

b)

Das Bluthochdruckleiden der Klägerin rechtfertigt seit dem 20. Mai 2014 einen GdB von 20.

Nach Teil B, Nr. 9.3 VMG 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 (Augenhintergrundsveränderungen – Fundus hypertonicus I bis II- und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie) sowie diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung.

Nach diesem Maßstab ist seit dem 20. Mai 2014 ein Einzel-GdB von 20 für die Bluthochdruckerkrankung mit Organbeteiligung festzustellen, denn die an diesem Tag von Dr. H.-M. durchgeführte Farbdopplerechokardiographie hat eine Linksherzhypertrophie gezeigt. Allerdings war eine Belastung bis 125 Watt mit einer adäquaten Blutdruck- und Pulsregulation möglich gewesen. Auch die kardiopulmonale Leistungsdiagnostik war unauffällig. Zusammenfassend ist die Ärztin von einer guten und dabei beschwerdefreien Belastbarkeit ausgegangen, die einer höheren GdB-Bewertung entgegensteht. Auch Dr. L. hat keine mit der Hypertonie verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen mitgeteilt. Schließlich konnten auch in den Reha-Kliniken B. B. und B. L. keine manifesten Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation festgestellt werden. Die Langzeitblutdruckmessung während der Reha-Maßnahme in B. B. hat eine normotensive Blutdrucklage gezeigt, sodass keine höhere Bewertung als mit 20 erfolgen kann. Denn auch in der Folgezeit wurden im Wesentlichen normgemäße Blutdruckwerte festgestellt. Vor der Feststellung der Organbeteiligung lässt sich nach alledem lediglich eine Einzel-GdB von maximal 10 rechtfertigen.

c)

Die weiteren von den behandelnden Ärzten der Klägerin mitgeteilten Erkrankungen waren Behandlungsleiden bzw. rechtfertigen keinen Einzel-GdB.

Die von Dr. W. im September 2012 mitgeteilten Wirbelsäulenfunktionseinschränkungen standen im Zusammenhang mit dem durch MRT am 25. Mai 2012 festgestellten Bandscheibenvorfall. Denn die von ihr mitgeteilten Befunde bezogen sich auf den Zeitraum vom 28. März bis zum 10. Juli 2012. Die Behandlung des Bandscheibenvorfalles durch die Injektionstherapie ist erst anschließend im August 2012 im Klinikum M.-M. H.-D. erfolgt. Auch die während des anschließenden Aufenthaltes (30. August bis 18. September 2012) in B. B. mitgeteilten Bewegungseinschränkungen sind noch im Zusammenhang mit dem unmittelbar zuvor behandelten Bandscheibenvorfall zu sehen. In der Folgezeit, nach Ausheilung des Behandlungsleidens, sind allerdings keine GdB-relevanten Einschränkungen der Wirbelsäule mitgeteilt worden. Im Reha-Bericht der Kurklinik B. L. vom 5. August 2013 war die HWS frei beweglich gewesen. Segmentbezogene Funktionsstörungen waren nicht objektivierbar. Auch im Bereich der BWS/LWS war eine weitgehend freie Beweglichkeit festgestellt worden. Schließlich erfolgt auch seit dem Jahr 2013 keine Behandlung der Wirbelsäulenbeschwerden durch einen Orthopäden, wie dies bei erheblichen Funktionsstörungen zu erwarten wäre. Somit ist von keiner dauerhaften GdB-relevanten Funktionsbeeinträchtigung der Wirbelsäule auszugehen. Allein die bildtechnisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen rechtfertigen nicht die Annahme eines GdB (VMG, Teil B, Nr. 18.1).

Aus dem Reha-Bericht der Kurklinik B. L. vom 5. August 2013 lässt sich ferner entnehmen, dass nach der Rehabilitation auch das Behandlungsleiden aufgrund der Fersenbeinfraktur weitgehend abgeschlossen war. Der noch vorhandene Schmerz im linken oberen Sprunggelenk bei mittelgradig eingeschränkter Beweglichkeit (Dorsalflexion/Plantarflexion 0/0/30 Grad) rechtfertigt einen Einzel-GdB von 10 nach Teil B, Nr. 18.14 VMG. Ein höherer GdB kam auch nicht für einen Teilzeitraum in Betracht. Erst Ende Januar 2012 ist die akute Spätinfektion aufgetreten und im Mai 2012 war die Klägerin weitestgehend beschwerdefrei (Befundbericht Dipl.-Med. P.). Damit hat kein Zeitraum vom mindestens sechs Monaten vorgelegen, der für die Feststellung einer Behinderung erforderlich ist. Zwischen der erstmaligen operativen Versorgung im September 2012 und der Notfallbehandlung im Januar 2013 sind auch keine Funktionseinschränkungen dokumentiert, die eine höhere Bewertung rechtfertigen.

Die vom Beklagten mit Bescheid vom 27. April 2009 festgestellten Einzel-GdB's von jeweils 10 für die Funktionseinschränkungen im rechten Hand- und Sprunggelenk können nach dem Reha-Bericht der Kurklinik B. L. nicht mehr nachgewiesen werden, da diese Gelenke als frei beweglich beschrieben wurden. Auch die Hüftarthrose ist nicht mit GdB-relevanten Funktionseinschränkungen verbunden.

Schließlich können aufgrund der von Dr. L. am 24. Juni 2014 diagnostizierten chronischen Nierenkrankheit Stadium 2 und der Hyperlipidämie keine Einzel-GdB's festgestellt werden. Diese Labordiagnosen sind nicht mit behinderungsgradrelevanten Funktionseinschränkungen verbunden. Die Sehfähigkeit ist nach dem Befundbericht von Dr. R. mit einem Visus von 1,0/0,8 nicht in GdB-relevanter Weise eingeschränkt. Auch der nunmehr diagnostizierte grüne Star rechtfertigt allein noch keinen GdB.

d)

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 kommt ausgehend von dem Einzel-GdB von 40 für das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" keine weitere Erhöhung aufgrund der weiteren Funktionsstörungen in Betracht. Dabei ist zu beachten, dass nach Teil A, Nr. 3 ee VMG auch Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 als leichte Funktionsstörungen angesehen werden, die es vielfach nicht rechtfertigen, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Nach diesem Maßstab führt der Bluthochdruck, der aufgrund der Linksherzhypertrophie mit einem GdB von 20 zu bewerten ist, nicht zur Verstärkung des Gesamtausmaßes der Behinderung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Linksherzhypertrophie bei fehlender kardiopulmonalen Beeinträchtigung die Teilhabebeeinträchtigung der Klägerin nicht größer wird. Die mit einem Einzel-GdB von 10 bewertete Funktionseinschränkung im linken Sprunggelenk erhöht ebenfalls nicht das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung (dazu VMG, Teil A Nr. 3 ee). Für einen Ausnahmefall, der bei einem Einzel-GdB von nur 10 auch den Gesamtbehinderungsgrad erhöht, liegen hier keine Anhaltspunkte vor.

Letztlich widerspricht die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft bei der zwar krankheitsbedingt eingeschränkten, aber voll im gesellschaftlichen und zuvor auch beruflichen Leben integrierten Klägerin dem nach Teil A Nr. 3 VMG zu berücksichtigenden Vergleichsmaßstab. So spricht gegen die Annahme einer Schwerbehinderung ein wertungsmäßiger Vergleich mit anderen Erkrankungsgruppen, für die ein Einzel-GdB von 50 festgestellt werden kann. Die Schwerbehinderteneigenschaft kann nur angenommen werden, wenn die zu berücksichtigende Gesamtauswirkung der 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

2016-02-17