

L 4 SB 182/10

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung

4

1. Instanz
SG Trier (RPF)
Aktenzeichen
S 5 SB 305/09

Datum
23.07.2010

2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 4 SB 182/10

Datum
25.07.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 SB 4/11 BH
Datum

-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein GdB von 50 ist erst für an Diabetes erkrankte Menschen gerechtfertigt, 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 wenn sie durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind. Die Blutzuckerselbstmessung und die Insulindosen (bzw. Insulingaben und die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein.

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Trier vom 23.07.2010 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX) sowohl im Zugunstenverfahren als auch im Neufeststellungsverfahren.

Der im Jahre 1964 geborene Kläger leidet seit seinem dreizehnten Lebensjahr an Diabetes mellitus Typ I.

Erstmals im Juli 2003 beantragte er die Feststellung seiner Behinderung und des GdB.

Der Beklagte zog daraufhin zahlreiche ärztliche Unterlagen bei.

Nach versorgungsärztlicher Beteiligung stellte der Beklagte mit Bescheid vom 13.10.2003 als Behinderung mit einem GdB von 40 ab dem 01.01.1999 fest:

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Einzel-GdB 40);
Bluthochdruck (Einzel-GdB 10).

Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde und Verfassungsbeschwerde des Klägers gegen diese Entscheidung hatten keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts - SG - Trier vom 26.08.2004 - S 6 SB 3/04; Urteil des Landessozialgerichts - LSG - vom 29.03.2006 - L 4 SB 195/04 -; Beschluss des Bundessozialgerichts - BSG - vom 21.11.2007 - B 9/9a 34/06 B -; Beschluss des Bundesverfassungsgerichts - BVerfG - vom 17.04.2008 - 1 BvR 410/08).

Im Januar 2009 beantragte der Kläger gemäß § 44 Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren - (SGB X) die Rücknahme der früheren Entscheidungen sowie die Feststellung eines höheren GdB im Zugunstenverfahren. Nach der Entscheidung des BSG vom 24.04.2008 habe sich die Rechtslage entscheidend geändert. Nunmehr sei auch der Therapieaufwand zu berücksichtigen. Sein Therapieaufwand sei sehr hoch. Er benötige bis zu zehn Spritzen pro Tag nach entsprechenden Blutzuckermessungen.

Der Beklagte holte Befundberichte des Internisten und Diabetologen Dr B aus T (M d B) vom 12.06.2009 ein und nahm ein Attest der Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr W S und Frau Dr S T vom 25.06.2009 zu den Akten.

Nach versorgungsärztlicher Beteiligung lehnte das Amt für soziale Angelegenheiten Trier mit Bescheid vom 22.07.2009 die Erteilung eines Zugunstenbescheides und die Feststellung eines höheren GdB ab. Das BSG-Urteil habe seinen Niederschlag in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10.12.2008 (Versorgungsmedizinische Grundsätze - VmG -) gefunden. Danach sei der GdB unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, je nach Stabilität oder Stoffwechsellage (stabil oder mäßig schwankend) mit 30 bis 40 zu bewerten. Ein GdB von 50 komme erst bei dem gelegentlichen Auftreten schwerer Hypoglykämien in Betracht. Diese seien bei dem Kläger nicht nachgewiesen.

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, es bestehe eine Stoffwechselinstabilität. Außerdem sei es zu einer Verschlimmerung gekommen. Neu aufgetreten sei in den letzten beiden Quartalsuntersuchungen eine Mikroalbuminurie. Die augenärztliche Untersuchung habe keine diabetische Retinopathie ergeben. Die vergleichsweise guten Zuckerhämoglobinwert (HbA1c-Werte) (6,2 % bis 6,8 %) könnten nur dadurch erreicht werden, dass die hohen Blutzuckerwerte durch eine entsprechend große Zahl tief normaler bzw hypoglykämischer Blutzuckerwerte kompensiert würden. Dies ergebe sich auch aus der ärztlichen Bescheinigung von Dr B vom 12.06.2009.

Der Beklagte holte eine Auskunft bei Dr B vom 31.08.2009 ein.

Nach versorgungsärztlicher Beteiligung wies das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung den Widerspruch mit Bescheid vom 19.10.2009 zurück. Für den Diabetes mellitus sei ein GdB von 40 ausreichend. Ein erhöhter Therapieaufwand, der zu einem höheren GdB führen würde, liege nicht vor. Nach den Ausführungen des Diabetologen Dr B führe der Kläger eine typische intensivierete Insulintherapie mit den typischen Dosierungen durch. Schwere Hypoglykämien seien nicht aufgetreten. Es liege ein vergleichsweise guter HbA1c-Wert vor. Ein außergewöhnlicher Therapieaufwand bestehe nicht. Eine instabile Stoffwechsellage liege nicht vor. Zu Schäden an Nieren, Herz und den Gefäßen sei es nicht gekommen.

Im hiergegen durchgeführten Klageverfahren hat das SG Trier ein Gutachten des Facharztes für Innere Medizin, Diabetologie und Kardiologie Dr S vom 22.12.2009 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, bei dem Kläger bestehe ein Typ I-Diabetes mellitus seit 1977. Aus diesem Diabetes-Typ ergebe sich zwangsläufig die Notwendigkeit einer Insulintherapie. Diese praktiziere der Kläger in Form eines Insulinregimes bestehend aus dreimal täglich Basalinsulin und vier- bis siebenmal täglich kurzwirksames Insulin. Die Stoffwechseleinstellung sei hierunter bei einem HbA1c-Wert von 6,8 % und fehlenden schweren Hypoglykämien (keine ärztliche oder sonstige Fremdhilfe) zufriedenstellend. Es bestehe eine krankheitstypische Stoffwechselinstabilität. Der Therapieaufwand sei als durchschnittlich anzusehen. Folgeschäden, welche eine Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigten, seien nicht zu objektivieren. Der Therapieaufwand nehme zweifelsfrei täglich eine gewisse Zeit für das Messen des Blutzuckers und die Injektionen in Anspruch, jedoch nur in für die Erkrankung typischem Umfang. Der Kläger gehe einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nach und praktiziere auch Freizeitaktivitäten (Volleyball, Badminton). Unter Berücksichtigung aller Facetten der Grunderkrankung, der Folgeschäden und des Therapieaufwandes sei ein GdB von 40 ausreichend. Des Weiteren leide der Kläger an einer Hypertonie, die mit einem GdB von 10 zu bewerten sei. Der Gesamt-GdB betrage 40.

Der Kläger hat Einwände gegen dieses Gutachten erhoben. Es könne nicht zu seinem Nachteil ausgelegt werden, dass die Eigentherapie weitgehend gelungen sei. Bewerte man den Diabetes mellitus Typ I nur mit einem GdB von 40, so stelle dies einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz ([Art 3 Grundgesetz - GG](#) -) dar. Auch [Art 1 GG](#) (Menschenwürde) und Art 2 Abs 2 (Freiheitsrechte) seien verletzt. Die Lebenszeit sei durch seine chronische Krankheit erheblich verkürzt. Hieraus resultiere bereits eine Minderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dr S lasse in seinem Gutachten wesentliche Faktoren unberücksichtigt.

Die Beklagte hat versorgungsärztliche Stellungnahmen von Dr B vom 28.01.2010 und 14.04.2010 vorgelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 23.07.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB nach dem SGB IX. Dies habe auch der Sachverständige Dr S zutreffend dargelegt. Betrachte man die Therapie des Klägers konkret, so bestehe sie in der Regel in der Gabe von dreimal täglich Basalinsulin und vier- bis siebenmal täglich kurzwirksamem Insulin. Darunter werde eine zumindest zufriedenstellende Stoffwechseleinstellung erreicht. Auch der behandelnde Diabetologe Dr B habe insoweit eine "krankheitstypische" Stoffwechselinstabilität beschrieben. Folgeschäden, durch die eine Teilhabe des Klägers am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt würde, seien nicht feststellbar. Der Therapieaufwand sei nicht so hoch, dass hieraus ein GdB von 50 resultiere. Dies zeige auch ein Vergleich mit sonstigen Behinderungen, die einen GdB von 50 rechtfertigten.

Am 19.08.2010 hat der Kläger gegen den am 30.07.2010 zugestellten Gerichtsbescheid Berufung eingelegt.

Der Kläger trägt vor, er leide seit dreiunddreißig Jahren an Diabetes mellitus Typ I. Hierfür sei ein GdB von 40 viel zu niedrig. Mittlerweile gebe es neue Erkenntnisse. Der Gesetzgeber habe mit der "Zweiten Verordnung zur Veränderung der VersMedV vom 14.07.2010" die Bewertung des Diabetes mellitus geändert. Diese neuen Erkenntnisse habe auch der Sachverständige Dr S unberücksichtigt gelassen. Schwere Hypoglykämien seien nunmehr für die Feststellung eines GdB von 50 nicht mehr notwendig. Gleichwohl bleibe die neue Verordnung in seiner Ausgestaltung hinter den Forderungen des Therapie-Urteils des BSG zurück. Das BSG fordere ausdrücklich einen Vergleich mit anderen Behinderungen. Gerechtfertigt sei ein Vergleich von Diabetes-Typ I-Patienten mit Dialyse-Patienten. Die neue Verordnung erlaube einen höheren GdB bei einer "außergewöhnlich schwer regulierbaren Stoffwechsellage". Der Rechtsstreit sei an das SG zurückzuverweisen. Durch die Entscheidung durch Gerichtsbescheid sei das Recht auf Gehör ([Art 103 GG](#)) verletzt. Durch die Rechtsschutzverkürzung habe das Gericht auch gegen die [Art 1](#) bis [3 GG](#) verstoßen. Sein Anliegen sei seit dem Jahre 2003 verschleppt worden. Der durchschnittliche Verlust von 15 bis 20 Lebensjahren durch die Krankheit Diabetes mellitus Typ I erspare dem deutschen Staat für die Rente dieser Menschen aufkommen zu müssen. Die Steuergerechtigkeit werde erheblich verletzt. Die Blutzuckermessungen seien in seinen fünf verschiedenen Messgeräten gespeichert. Dies werde durch die Messtabellen bewiesen. Vor jeder Mahlzeit und vor jeder Insulininjektion bestimme er die Menge des zu gebenden Insulins. Er benötige zwei verschiedene Sorten Insulin. Beim Vertauschen könne es zu erheblichen gesundheitlichen Problemen kommen. Er sei nicht verpflichtet, ein manuelles Tagebuch zu führen. Dies habe das BSG im Urteil vom 02.12.2010 entschieden. Es gebe keine Entbindung von der Amtsermittlungspflicht. Dieses Urteil sei im Übrigen auf seinen Fall nicht übertragbar. Es handele sich offensichtlich um eine Klägerin mit Diabetes Typ II. Diese sei mit dem viel schlimmeren Diabetes Typ I nicht vergleichbar. Im Übrigen überzeuge das Urteil des BSG nicht. Sein Leben sei jeden Tag bedroht. Überzuckerung bedeute, dass sobald der Normbereich verlassen werde, eine Notlage bestehe. Dies sei 1 Stunde und 46 Minuten pro Tag der Fall. Bei 10 Spritzen pro Tag

bedeute dies einen Zeitverlust von 20 Minuten (10 x 2 Minuten). Der Zeitverlust bei Dialyse-Patienten sei viel geringer.

Der Kläger beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Trier vom 23.07.2010 sowie den Bescheid des Beklagten vom 22.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.10.2009 aufzuheben und den Beklagten unter Rücknahme früherer Bescheide zu verurteilen, seinen Behinderungszustand mit einem höheren GdB festzustellen,
hilfsweise,
den Rechtsstreit an das Sozialgericht zurückzuverweisen,
weiter hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Er trägt - unter Bezugnahme auf eine versorgungsärztliche Stellungnahmen von Dr B vom 08.10.2010 und 09.05.2011 - vor, der angefochtene Gerichtsbescheid sei zutreffend. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus der neuen Fassung der VmG. Dabei gehe es nicht allein um die Anzahl der täglichen Blutzuckermessungen und Insulininjektionen. Hierauf habe das BSG bereits im April 2008 ausdrücklich hingewiesen. Um einen GdB von 50 zu erhalten, seien täglich nicht nur mindestens vier Insulininjektionen erforderlich. Verlangt würden zusätzlich erhebliche Einschnitte in der Lebensführung. Der Kläger führe seit Jahren erfolgreich eine Insulintherapie durch. Dies habe auch sein Diabetologe Dr B bestätigt. Der Kläger sei mittlerweile bei der Umsetzung seiner Therapie so erfahren geworden, dass er schon im Jahre 2006 die täglich gemessenen Blutzuckerwerte und die angepassten Insulindosen nicht mehr dokumentiert habe. Er führe kein Diabetes-Tagebuch mehr. Diesbezüglich habe ihm bisher sein individuelles Therapiekonzept auch Recht gegeben. Der Kläger sei in der Lage, alles aus dem "Stehgreif" zu regeln. Dies nehme sicherlich eine gewisse Zeit in Anspruch, zu Unterzuckerungen, die eine Fremdhilfe im Sinne eines Notarzteeinsatzes erforderlich gemacht hätten, sei es seit Jahren nicht mehr gekommen. Aus sozialmedizinischer Sicht habe der Sachverständige Dr S zutreffend darauf hingewiesen, dass bei dem Kläger keine derart ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung vorliege, die einen GdB von 50 begründen könnte. Der Behinderungszustand des Klägers sei nicht so schwer, wie etwa bei einem Herzkranken, der bereits bei alltäglicher leichter Belastung (Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit) Beschwerden habe und bei dem es bereits bei einer Ergometerbelastung mit 50 Watt zu pathologischen Messdaten komme. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus der Entscheidung des BSG vom 02.12.2010. Der Therapieaufwand des Klägers sei nicht derart hoch, dass hierdurch die Schwerbehinderteneigenschaft gerechtfertigt werde. Auch das BSG habe darauf hingewiesen, dass sportliche Betätigungen nicht als Teil des Therapieaufwandes gerechnet werden könnten. Auch alle anderen Maßnahmen, die die medikamentöse Therapie des Klägers unterstützten, gehörten zur gesunden Lebensführung eines jeden Menschen. Wenn der Kläger mehrere Glukosemessgeräte habe und diese auch benutze, so seien die jeweiligen Blutzuckerwerte registriert, nicht aber die tatsächliche Therapie.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der den Kläger betreffenden Schwerbehindertenakte des Amtes für soziale Angelegenheiten Trier verwiesen. Er war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB, weder im Zugunsten-, noch im Neufeststellungsverfahren.

Gemäß [§ 44 Abs 2 S 1 SGB X](#) ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Nach S 2 dieser Vorschrift kann der Verwaltungsakt auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden. Auf Feststellungsbescheiden nach dem Schwerbehindertenrecht findet [§ 44 Abs 2 SGB X](#) Anwendung.

Der Senat hat bereits mit Urteil vom 29.03.2006 (Az.: L 4 SB 195/04) festgestellt, dass die früheren Feststellungen über die Höhe des GdB des Klägers (Erstfeststellung mit Bescheid vom 13.10.2003) der damals geltenden Sach- und Rechtslage entsprochen haben. Auf diese Ausführungen wird - um Wiederholungen zu vermeiden - Bezug genommen.

Hieran hat sich auch durch die Rechtsprechung des BSG nichts geändert. Nach dem Urteil des BSG vom 24.04.2008 (Az.: B [9/9a SB 10/06 R](#)) bedurften die Ausführungen der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) 2008, soweit sie die Bewertung des mit Insulin behandelten Diabetes mellitus betreffen, eine Modifikation: Die (im Gegensatz zu den AHP 1996 und 2004 getroffene) Unterscheidung zwischen den Typen I und II des Diabetes mellitus ist für die GdB-Bewertung nicht ausreichend, da sie klinischer Natur ist und - unter Berücksichtigung der Entstehung der Stoffwechselstörung - in erster Linie der Bestimmung der Behandlungsmethode dient. Bei dem Vorliegen einer Insulinbehandlung erlaubt sie jedoch keine trennscharfe Differenzierung nach den jeweils bestehenden Teilhabebeeinträchtigungen. Dementsprechend sind für die GdB-Bewertung andere Kriterien maßgebend. Der Begriff "einstellbar" in Nr 26.15 der AHP 2008 ist deshalb dahingehend auszulegen, dass er darauf abstellt, ob bei dem behinderten Menschen (nicht nur vorübergehend) tatsächlich eine stabile oder instabile Stoffwechsellage besteht und welcher Therapieaufwand dabei erfolgt. Maßgebend ist, wie leicht oder wie schwer die allgemeinen Therapieziele beim Diabetes mellitus, nämlich das Vermeiden und Hyperglykämien (erhöhten Blutzuckerwerten) und Hypoglykämien (Unterzuckerung), erreicht werden können.

Angesichts dieser Entscheidung des BSG hat der Verordnungsgeber unter Aufgabe der Differenzierung nach dem Typ I und dem Typ II des Diabetes mellitus - der Empfehlung des ärztlichen Sachverständigenbeirates "Versorgungsmedizin" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Rundschreiben vom 22.09.2008, IV C 3-48046-3) folgend - in Nr 15.1 Teil B VmG folgende Bewertung vorgesehen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus mit Diät allein ohne blutzuckerregulierende Medikation) (GdB 0);
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeignung nicht erhöhen (GdB 10);
mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeignung erhöhen (GdB 20);

unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, je nach Stabilität der Stoffwechsellage (GdB 30 bis 40);

unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage einschließlich gelegentlich schwerer Hypoglykämien (GdB 50);

Diese Bestimmungen sollten grundsätzlich auch für noch nicht bestandskräftig beschiedene Zeiträume vor Inkrafttreten der VersMedV am 01.01.2009 heranzuziehen sein (vgl BSG, Urteil vom 11.12.2008 - B 9/9a SGB 4/07 R).

Auf der Grundlage dieser Vorgaben stand dem Kläger kein höherer GdB als 40 zu. Eine instabile Stoffwechsellage ist nicht nachgewiesen und zu schweren Hypoglykämien ist es nicht gekommen. Dies hat das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid ausführlich und zutreffend dargelegt. Hierauf wird - um Wiederholungen zu vermeiden - gemäß [§ 153 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Bezug genommen. Auch der Sachverständige Dr S hat in seinem Gutachten vom 22.12.2009 unter Berücksichtigung der Vorgaben des BSG sowie der zum Zeitpunkt seiner Begutachtung geltenden VmG ausführlich und zutreffend dargelegt, dass der Diabetes mellitus des Klägers mit einem GdB von 40 zu bewerten ist. Der Senat hat keine Veranlassung hieran zu zweifeln.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Neufeststellung seines GdB wegen der Änderung der VersMedV vom 14.07.2010 ([BGBl I S 928](#)).

Rechtsgrundlage für die Feststellung von Behinderungen und des GdB ist [§ 69 SGB IX](#). Hiernach ist auf einen entsprechenden Antrag des Behinderten das Vorliegen einer Behinderung gemäß [§ 2 Abs 1 S 1 SGB IX](#) und der GdB - nach Zehnergraden abgestuft - in einem Bescheid festzustellen. Gemäß [§ 2 Abs 1 S 1 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Im Interesse einer einheitlichen und gleichmäßigen Behandlung hat der Gesetzgeber die VersMedV (BGBl I S 2412) mit der Anlage zu § 2 VmG (Anlageband zum BGBl I Nr 57 vom 15.12.2008), geändert durch die Erste Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 01.03.2010 ([BGBl I S 249](#)) sowie Zweite Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 14.07.2010 ([BGBl I S 928](#)) erlassen. Die darin aufgeführten GdB-Werte beruhen grundsätzlich auf neuesten medizinischen Erkenntnissen; sie sollen einen Anhalt zur Ermittlung des GdB und zur Auslegung des [§ 2 SGB IX](#) bilden. Die VmG dienen somit der gleichmäßigen Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe des Schwerbehindertenrechts wie dies zuvor die AHP getan haben.

Bei dem Kläger sind zwei Teil-Behinderungen nachgewiesen:

Diabetes mellitus Typ I;
Hypertonie.

Der Diabetes mellitus (Teil-Behinderung Nr 1) ist mit einem GdB von 40 weiterhin zutreffend bewertet.

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 Therapieaufwandes und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdB beträgt 30 bis 40.

Ein GdB von 50 ist nach der VmG (Teil B Ziffer 15.1) erst für an Diabetes erkrankte Menschen gerechtfertigt, 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 Therapieaufwandes eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessung und die Insulindosen (bzw Insulingaben und die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. In diesem Falle ist ein GdB von 50 gerechtfertigt.

Bei systematischer Betrachtungsweise der Neufassung der VmG sind bei einem GdB von 50 folgende Kriterien zu berücksichtigen:

Mindestens vier Insulininjektionen pro Tag;
selbständiges Variieren der Insulindosis;
gravierende und erhebliche Einschnitte in der Lebensführung;

Die Dokumentation der Blutzuckerselbstmessungen stellt keine Anspruchsvoraussetzung dar, sondern ein Beweismittel (vgl BSG Urteil vom 02.12.2010 - [B 9 SB 3/09 R](#)).

Die Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB von 50 sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Der Kläger führt zwar eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durch. Wie sich aus den ärztlichen Unterlagen und dem Gutachten des Sachverständigen Dr S ergibt, benötigt der Kläger dreimal täglich Basalinsulin. Hinzu kommt vier- bis siebenmal täglich die Gabe eines kurzwirksamen Insulins. Die Insulindosis ist auch abhängig vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit sowie der körperlichen Belastung. Anlässlich der Begutachtung durch Dr S hat der Kläger vorgetragen, er passe die gespritzte Insulindosis an die Essensart und -menge an.

Erhebliche Einschnitte, die sich so gravierend in der Lebensführung des Klägers auswirken, diese beeinträchtigen und die Schwerbehinderteneigenschaft rechtfertigen, bestehen indessen nicht. Der Kläger wird insbesondere nicht durch eine schlechte Einstellungsqualität beeinträchtigt. Bei der Beurteilung der Einstellungsqualität (Stoffwechsellage) des Diabetes ist der HbA1c-Wert entscheidend. Bei einem Wert unter 6 % ist davon auszugehen, dass kein Diabetes vorliegt oder dass der Patient "hervorragend" eingestellt ist. Bei einer Einstellung von 6 % bis 7 % ist von einer "guten bis ausreichenden", bei Werten zwischen 7 % und 8 % ist von einer "eher mäßigen", bei 8 % bis 10 % ist von einer "schlechten" und bei über 10 % von einer "sehr schlechten" Einstellung des Diabetes auszugehen.

Aus den ärztlichen Unterlagen ergeben sich bei dem Kläger HbA1c-Werte von 6,2 % bis 6,8 %. Dies bedeutet einen gut allenfalls mäßig schwankenden bzw zufrieden eingestellten Diabetes mellitus.

Zu schweren hyperglykämischen Entgleisungen (ärztliche Fremdhilfe) ist es seit Jahren nicht gekommen. Schwere Unterzuckerungen, welche eine Fremdhilfe bedurften, sind in den letzten zehn Jahren nicht aufgetreten. In der Entscheidung vom 02.12.2010 hat das BSG (aaO) ausgeführt, dass ein Einzel-GdB von 50 - wie das Landessozialgericht zutreffend ausgeführt habe - schon deshalb ausscheide, weil bindend festgestellt sei, dass "ausgeprägte und schwere Hypoglykämien vermieden" würden. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall. Streitig war zudem in der Entscheidung vom 02.12.2010, ob ein GdB von 30 oder 40 gerechtfertigt wäre. Ein GdB von 50 - alleine wegen des Diabetes - war nicht Gegenstand der Entscheidung. Da bei dem Kläger - wie dargelegt - ausgeprägte und schwere Hypoglykämien nicht nachgewiesen sind - scheidet ein GdB von 50 aus. Der Kläger hat anlässlich der Begutachtung durch Dr S angegeben, bei Hypoglykämiesymptomen messe er nicht seinen Blutzucker, sondern nehme unmittelbar Kost zum Ausgleich zu sich. Zu wesentlichen Folgeschäden durch den Diabetes mellitus ist es nicht gekommen. Bei dem Kläger besteht kein diabetisches Fußsyndrom. Zwar wurde mittlerweile eine beginnende Mikroalbuminurie festgestellt. Diese bestätigte sich in einem Wert von 2,35 mg/dl (normal bis 2,0 mg/dl). Es handelt sich hierbei jedoch noch nicht um einen diabetischen Nierenschaden, sondern lediglich um das Frühzeichen einer derartigen Schädigung. Die Ausscheidungsfunktion der Niere ist bei dem Kläger - worauf der Sachverständige Dr S hinweist - völlig normal. Anhaltspunkte für eine Makroangiopathie im Sinne einer peripheren allgemeinen Verschlusskrankheit oder Hinweise für eine koronare Herzkrankheit bzw für eine Augenschädigung oder Stenosierungen an den zerebralen Gefäßen haben sich bislang nicht gezeigt.

Auch darüber hinaus sind keine derart erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung durch den Therapieaufwand erkennbar, die eine gravierende Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erkennen lassen. Der Kläger betreibt nach eigenen Angaben mehrmals wöchentlich ein leichtes Ausdauertraining. Er geht einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nach und praktiziert auch sonstige Freizeitaktivitäten. Beim Vergleich mit anderen Krankheitsbildern ist in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Sachverständigen Dr S und des Versorgungsarztes Dr B keine Schwerbehinderteneigenschaft anzunehmen. Nach den VmG (Teil B Ziffer 9.1) ist ein GdB von 50 etwa gerechtfertigt, bei Erkrankungen des Herzens mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (zB Spazierengehen 3 km/h bis 4 km/h, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit). Der Kläger ist trotz seines Diabetes wesentlich leistungsfähiger.

Wenn sich der medizinisch notwendige Therapieaufwand seiner Art und Weise nach nicht als krankheitsspezifisch darstellt (zB Blutzuckermessungen, Insulininjektionen), sondern allgemein einer gesunden Lebensweise entspricht (zB Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität) ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine solche Lebensführung zumutbar in den Tagesablauf einbezogen und unter wertender Betrachtung nicht als nachteilige Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft iS des [§ 69 Abs 1 S 4 SGB IX](#) angesehen werden kann. Insoweit sind Menschen mit und ohne Behinderung in gleicher Weise dafür verantwortlich, durch eine gesunde Lebensweise den Eintritt von Krankheiten und Behinderung zu vermeiden bzw ihre Folgen zu überwinden oder zu verringern. Hält sich der medizinisch notwendige Therapieaufwand in dem Rahmen dessen, was auch Menschen ohne Behinderung allgemein als gesunde Lebensweise empfohlen wird, kann er mithin im Allgemeinen nicht bei der Bemessung des GdB (hier von Diabetes mellitus) berücksichtigt werden.

Unter Berücksichtigung diese Gegebenheiten ist davon auszugehen, dass sportliche Betätigung, soweit sie zur Behandlung einer Krankheit medizinisch notwendig ist, in der Regel keine nachteiligen Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft iS des [§ 69 Abs 1 S 4 SGB IX](#) hat. Nur bei Hinzutreten besonders einschränkender Umstände kann im Einzelfall eine bei der Bemessung des GdB zu berücksichtigende Teilhabebeeinträchtigung angenommen werden, wenn die medizinisch notwendige sportliche Betätigung als Einschnitt in die Lebensführung die Gestaltung des Tagesablaufes in besonderem Maße prägt, weil sie zB aus medizinischen Gründen nach Ort, Zeit oder Art und Weise festgelegt ist oder ihrem Umfang nach erheblich über das Maß einer auch Menschen ohne Behinderung empfohlenen gesunden Lebensweise hinausgeht.

Dies ist bei dem Kläger nicht der Fall. Insoweit wäre unter alleiniger Berücksichtigung des Therapieaufwandes (Blutzuckermessung, Insulingabe) selbst ein GdB von 30 - keinesfalls aber ein GdB von 50 - vertretbar.

Der Senat schließt sich insoweit der Bewertung durch den Sachverständigen Dr S und den Ausführungen des Versorgungsarztes Dr B an.

Als weitere Teil-Behinderung besteht bei dem Kläger eine Hypertonie (Nr 2). Hierfür ist ein GdB von 10 ausreichend. Der Kläger berichtet über zumeist gemessene Werte zwischen 130 mm/Hg bis 135 mm/Hg (systolisch) und 80 mm/Hg bis 85 mm/Hg (diastolisch). Die Notwendigkeit für eine blutdrucksenkende Medikation besteht - worauf der Sachverständige Dr S hinweist - bislang noch nicht. Zu einer Organbeteiligung ist es nicht gekommen. Insgesamt handelt es sich um einen geringen Bluthochdruck, der nach den VmG (Teil B, Ziffer 9.3) mit einem GdB von 10 zu bewerten ist.

Sonstige Gesundheitsstörungen mit Behinderungswert liegen bei dem Kläger nicht vor. Für die Bildung des Gesamt-GdB ist somit von Einzel-GdB-Werten von 40, und 10 auszugehen.

Liegen mehrere Funktionseinschränkungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so ist der GdB nach den Auswirkungen der Funktionseinschränkungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen ([§ 69 Abs 3 SGB IX](#)). Eine Addition der einzelnen Werte findet nicht statt. Auch andere Rechenmethoden sind unzulässig. Vielmehr sind im Rahmen einer natürlichen, wirklichkeitsorientierten und funktionellen Gesamtschau alle Auswirkungen in freier richterlicher Überzeugung zu werten ([§ 287](#) Zivilprozessordnung - ZPO -). Von Ausnahmefällen abgesehen, führen zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 10 und vielfach auch mit einem GdB von 20 nicht zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung (VmG, aaO, Teil A Ziffer 3).

Der höchste Einzel-GdB von 40 ist im vorliegenden Fall auf Grund des leichten Bluthochdrucks (Einzel-GdB 10) nicht zu erhöhen. Ein in den VmG vorgesehener Ausnahmefall, in denen Einzel-GdB-Werte von 10 addiert werden können, liegt nicht vor.

Der Senat hat auch keine Veranlassung den Rechtsstreit an das SG zurückzuverweisen. Selbst wenn die Voraussetzungen des [§ 159 Abs 1](#)

[SGG](#) für eine Zurückverweisung an das SG vorliegen, steht es im Ermessen des Senats, ob es in der Sache selbst entscheidet oder zurückverweisen will (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 9. Aufl § 159 Rn 5). Das LSG ist in keinem Fall zur Zurückverweisung verpflichtet.

Nach alledem ist die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, da Revisionszulassungsgründe ([§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2011-09-02