

L 13 SB 294/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
13

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 44 SB 2980/06

Datum
25.09.2007

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 13 SB 294/07

Datum
28.08.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 2007 aufgehoben und der Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 21. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2006 verurteilt, bei der Klägerin ab April 2006 einen GdB von 50 festzustellen. Der Beklagte hat der Klägerin die ihr entstandenen außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des bei der Klägerin festzustellenden Grades der Behinderung (GdB).

Die 1953 geborene Klägerin leidet u.a. an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2. Sie muss morgens, mittags und abends zu genau festgelegten Zeiten Insulin spritzen. Morgens hat sie auch ihren Blutzuckerwert zu messen. Sie muss ein starres Diätschema einhalten und dreimal täglich zu festgesetzten Zeiten jeweils vier Broteinheiten zu sich nehmen. Der HbA1c-Wert betrug zuletzt 6,0. Die Einstellung der Blutzuckerwerte gelingt ihr nur durch ein hohes Maß an Disziplin bei der Gestaltung des gesamten Tagesablaufs, und zwar bezogen auf das Messen, das Spritzen, die Diät und den hohen täglichen sportlichen Aufwand. Regelmäßig betreibt sie über anderthalb Stunden am Tag Nordic Walking.

Auf den Antrag der Klägerin von April 2006 stellte der Beklagte nach versorgungsärztlicher Auswertung der ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen mit Bescheid vom 21. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2006 bei ihr folgende Funktionsbeeinträchtigungen (die verwaltungsintern mit den sich aus den Klammerzusätzen ergebenden Einzel-GdB bewertet wurden) mit einem Gesamt-GdB von 40 fest:

a) Diabetes mellitus (GdB von 30), b) Sehminderung (GdB von 20).

Die auf Zuerkennung eines GdB von 50 gerichtete Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 25. September 2007 abgewiesen: Die Bescheide des Beklagten seien rechtmäßig, denn die Klägerin habe auf die Feststellung eines GdB in dieser Höhe keinen Anspruch.

Der Diabetes mellitus sei mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend eingeschätzt worden. Maßstab seien die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP), nicht der GdB-Katalog der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vom 16. November 1994 (abgedruckt in Diabetes und Stoffwechsel, Nr. 7, 1998, S. 60). Dass es bei der Klägerin zu häufigen und ausgeprägten Hypoglykämien oder Organkomplikationen gekommen sei, welche die Anhebung des GdB auf mehr als 30 rechtfertigen könnten, sei aufgrund der versorgungsärztlichen Auswertung des Diabetes-Tagebuchs durch Dr. D nicht anzunehmen. Auch habe die Klägerin in der mündlichen Verhandlung angegeben, dass es bei ihr noch nicht zu einem Zuckerschock gekommen sei. Die Sehbehinderung rechtfertige nach den AHP einen Einzel-GdB von 20, denn aus dem Befundbericht der die Klägerin behandelnden Augenärztin A vom 22. Mai 2006 ergebe sich eine korrigierte Sehschärfe des rechten Auges von 0,9 und des linken Auges von 0,1. Weitere, über die Beeinträchtigung der Sehschärfe hinausgehende Funktionsstörungen lägen nicht vor.

Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin unter Vorlage diverser ärztlicher Unterlagen Berufung eingelegt. Der Senat hat Befundberichte der sie behandelnden Augenärztin A vom 11. Dezember 2008 und der Internistin Dr. T-S vom 4. Februar 2009 eingeholt.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass der Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von mindestens 50 bewertet werden müsse. Es sei rechtlich unerheblich, dass es bei ihr in der Vergangenheit noch nicht zu einem Zuckerschock gekommen sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 2007 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 21. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2006 zu verurteilen, bei ihr ab April 2006 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Er tritt dem Vorbringen der Klägerin unter Bezugnahme auf die versorgungsärztlichen Stellungnahmen der Internistin R vom 5. März 2009 und der Augenärztin L vom 12. März 2009 entgegen. Er ist weiterhin der Auffassung, dass der Diabetes mellitus mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten sei. Sollte hierfür allerdings ein Einzel-GdB von 40 in Ansatz zu bringen sein, würde die Sehbehinderung der Klägerin zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB von 50 führen.

Wegen der weiteren Ausführungen der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze Bezug genommen. Ferner wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und den Verwaltungsvorgang des Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Sozialgericht hat mit dem angegriffenen Urteil die Klage zu Unrecht abgewiesen. Denn der Bescheid des Beklagten vom 21. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2006 ist rechtswidrig, da die Klägerin einen Anspruch auf Feststellung eines Gesamt-GdB von 50 hat.

Nach §§ 2 Abs. 1, 69 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) sind die Auswirkungen der länger als sechs Monate anhaltenden Funktionsstörungen nach Zehnergraden abgestuft entsprechend den Maßstäben des § 30 Bundesversorgungsgesetz zu bewerten. Zur Einschätzung des GdB sind zunächst die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit (AHP) heranzuziehen, und zwar entsprechend dem streitgegenständlichen Zeitraum die Fassungen der AHP von 2005 und 2008. Seit dem 1. Januar 2009 sind die in der Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) vom 10. Dezember 2008 ([BGBl. I S. 2412](#)) festgelegten "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" in Form einer Rechtsverordnung in Kraft, welche die AHP abgelöst haben.

Hinsichtlich des Diabetes mellitus ist bei der Klägerin ein Einzel-GdB von 40 anzusetzen.

Es ist allerdings nicht zu beanstanden, dass der Beklagte nicht den GdB-Katalog der DDG herangezogen hat. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 24. April 2008, B [9/9a SB 10/06 R](#), [SGb 2009, 168](#)) war die sich aus dem Diabetes mellitus ergebende Teilhabeeinträchtigung (bis zum Inkrafttreten der VersMedV) grundsätzlich nach den Bewertungsvorschlägen der AHP einzuschätzen: Bei den AHP handelte es sich um antizipierte Sachverständigengutachten, deren Beachtlichkeit im konkreten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sich zum einen daraus ergab, dass eine dem allgemeinen Gleichheitssatz entsprechende Rechtsanwendung nur dann gewährleistet ist, wenn die verschiedenen Behinderungen nach gleichen Maßstäben beurteilt werden (vgl. Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 6. März 1995, [1 BvR 60/95](#), [SozR 3-3870 § 3 Nr. 6](#), S. 11f.). Zum anderen stellten die AHP ein geeignetes, auf Erfahrungswerten der Versorgungsverwaltung und Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft beruhendes Beurteilungsgefüge zur Einschätzung des GdB dar. Insofern wirkten die AHP nach Auffassung des Bundessozialgerichts normähnlich.

Nach der genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 24. April 2008 bedürfen jedoch die Ausführungen der AHP 2008, soweit sie die Bewertung des mit Insulin behandelten Diabetes mellitus betreffen, einer Modifikation: Die (im Gegensatz zu den AHP 1996 und den AHP 2004ff. getroffene) Unterscheidung zwischen den Typen I und II des Diabetes mellitus ist für die GdB-Bewertung nicht zielführend, da sie klinischer Natur ist und – unter Berücksichtigung der Entstehung der Stoffwechselstörung – in erster Linie der Bestimmung der Behandlungsmethode dient. Bei Vorliegen einer Insulinbehandlung erlaubt sie jedoch keine trennscharfe Differenzierung nach den jeweils bestehenden Teilhabeeinträchtigungen, da es eine größere Anzahl von Fällen des Diabetes Typ II gibt, bei denen unter Insulinbehandlung ähnliche Hypoglykämieprobleme auftreten wie bei einem Diabetes Typ I. Dementsprechend sind für die GdB-Bewertung andere Kriterien maßgebend. Der Begriff "einstellbar" in Nr. 26.15 der AHP 2008 ist deshalb dahin 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 von Hyperglykämien (erhöhten Blutzuckerwerten) und Hypoglykämien (Unterzuckerung), erreicht werden können.

Angesichts dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts hat der Verordnungsgeber unter Aufgabe der Differenzierung nach dem Typ I und dem Typ II des Diabetes mellitus – der Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats "Versorgungsmedizin" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Rundschreiben vom 22. September 2008, IV C 3-48046-3) folgend – in Teil B Nr. 15.1 (S. 73f.) der Anlage zu § 2 VersMedV folgende Bewertung vorgesehen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) 0 mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung nicht erhöhen 10 mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämieeigung erhöhen 20 unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten, je nach Stabilität der Stoffwechsellage (stabil oder mäßig schwankend 30-40 unter Insulintherapie instabile Stoffwechsellage einschließlich gelegentlicher schwerer Hypoglykämien 50 Häufige, ausgeprägte oder schwere Hypoglykämien sind zusätzlich zu bewerten. Schwere Hypoglykämien sind Unterzuckerungen, die eine ärztliche Hilfe erfordern.

Diese Bestimmungen sind grundsätzlich auch für noch nicht bestandskräftig beschiedene Zeiträume vor Inkrafttreten der VersMedV am 1. Januar 2009 heranzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2008, B [9/9a SB 4/07 R](#), bei Juris, zu der Rückwirkung der vorläufigen

Neufassung der AHP vom 22. September 2008 [a.a.O.]), vorliegend also ab Antragstellung im April 2006.

Auf der Grundlage dieser Vorgaben wäre der den Diabetes mellitus der Klägerin betreffende Einzel-GdB mit 30 anzusetzen. Die Zuckerkrankheit ist nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen hinreichend eingestellt. Der Internist Dr. D hat in seiner versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 30. März 2007 dargelegt, dass sich aus dem von der Klägerin eingereichten Diabetes-Tagebuchs zwar durchaus, jedenfalls im Jahr 2002, niedrige Blutzuckerwerte ergeben, jedoch deutlich eine entsprechende Ausgleichbarkeit abgelesen werden können. Häufige und ausgeprägte Hypoglykämien sind nicht belegt.

Indes ist nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 23. April 2009, [B 9 SB 3/08 R](#), bei Juris) eine Ergänzung der in Teil B Nr. 15.1 der Anlage zu § 2 VersMedV enthaltenen Regelungen zur Feststellung des GdB bei Diabetes mellitus angezeigt: Sie binden die Rechtsanwender nicht, da sie gegen [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) verstoßen. Der medizinisch notwendige Aufwand für die Therapie einer Dauererkrankung wie des Diabetes mellitus kann je nach Art und notwendigen Zeitaufwand "Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" im Sinne der genannten gesetzlichen Vorschrift haben. Demgegenüber wird in der Rechtsverordnung nach wie vor allein die Einstellungsqualität des Diabetes und nicht ein die Teilhabe beeinträchtigender Therapieaufwand berücksichtigt. Deshalb ist der Therapieaufwand von Gesetzes wegen bei der Entscheidung über die Höhe des GdB zwingend mit einzustellen. Die Notwendigkeit seiner Berücksichtigung kann ja nach Umfang dazu führen, dass der allein anhand der Einstellungsqualität des Diabetes mellitus beurteilte GdB auf den nächst höheren Zehnergrad festzustellen ist (so BSG, Urteil vom 11. Dezember 2008, [B 9/9a SB 4/07 R](#), bei Juris).

Dementsprechend ist im vorliegenden Fall bei der GdB-Bewertung des Diabetes mellitus neben der Einstellungsqualität auch der konkrete Therapieaufwand zu beurteilen, soweit er sich auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft nachteilig auswirkt.

Der Umstand, dass die Klägerin morgens ihren Blutzuckerspiegel kontrollieren und sich regelmäßig dreimal täglich Insulin verabreichen muss, ist allerdings – für sich allein genommen – nicht geeignet, einen höheren Einzel-GdB als 30 zu begründen. Denn das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 24. April 2008 betont, dass sich allein aus der Zahl der täglichen Insulininjektionen (wie von der DDG vorgeschlagen wurde) nicht mit hinreichender Sicherheit und Genauigkeit auf das Ausmaß der durch einen Diabetes mellitus bedingten Teilhabebeeinträchtigung schließen lässt. Vielmehr ist jeweils auch das Ergebnis der therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die erreichte Stoffwechsellage zu betrachten. So wird der GdB relativ niedrig anzusetzen sein, wenn mit geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht wird. Mit (in beeinträchtigender Weise) wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabilerer Stoffwechsellage) wird der GdB höher einzuschätzen sein.

Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass bei der Klägerin nach dem letzten Befundbericht der sie behandelnden Internistin Dr. T-S vom 4. Februar 2009 ein häufiger Wechsel von Hypo- und Hyperglykämien besteht. Zwar zeitigt die Insulintherapie insoweit Erfolg, als ausgeprägte oder schwere Hypoklykämien vermieden werden. Mit dem vorgetragenen HbA1c-Wert von 6,0 nähert der Langzeit-Blutzuckerwert der Klägerin sich dem oberen Normbereich, so dass – der subjektiven Einschätzung der Klägerin in der mündlichen Verhandlung entsprechend – von einer zufriedenstellenden Stoffwechsellage auszugehen ist. Jedoch erreicht die Klägerin diesen Therapieerfolg nur mit einem sie in nicht unerheblichem Ausmaß treffenden Therapieaufwand.

Die Notwendigkeit, ihre Blutzuckerwerte zu kontrollieren, sich mehrmals am Tag Insulin zu spritzen und eine bestimmte Diät einzuhalten, trifft regelmäßig Diabetiker unter Insulintherapie. Der Umstand, dass die Klägerin täglich streng die Essenszeiten einzuhalten hat, ist im vorliegenden Fall der von ihrer behandelnden Ärztin vorgeschriebenen Therapieform geschuldet. Entscheidend ist, dass die Klägerin gehalten ist, täglich Sport zu betreiben. Der hierfür betriebene Aufwand von anderthalb Stunden am Tag kann nicht als gering im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts qualifiziert werden. Dies ist auch unter dem Aspekt, dass sportliche Betätigung allgemein wünschenswert ist, beachtlich, denn der Umstand, dass die Klägerin Sport in diesem Umfang betreibt, trägt unmittelbar zu dem Therapieerfolg mit bei und muss konsequenterweise im Rahmen des Therapieaufwandes, der Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zeitigt, Berücksichtigung finden.

Deshalb ist es gerechtfertigt, mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei der Klägerin den Einzel-GdB wegen des Diabetes mellitus um einen Zehnergrad auf 40 anzuheben.

Organkomplikationen, d.h. dauerhafte durch den Diabetes mellitus verursachte Gesundheitsstörungen an anderen Organen führen nicht zu einer Erhöhung des Einzel-GdB wegen Diabetes, sondern sind wie davon unabhängig entstandene Gesundheitsstörungen zu behandeln, also einzeln zu bewerten und nach Maßgabe des [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) bei der Bildung des Gesamt-GdB zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2008 [a.a.O.](#)).

Unter Verwertung der ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen hat das Sozialgericht Berlin überzeugend dargelegt, dass der Klägerin wegen der bei ihr vorliegenden Sehbehinderungen ein GdB von 20 zuzuerkennen ist. Hinsichtlich der Sehschärfe ist nach Nr. 26.4 (S. 50) der AHP bzw. Teil B Nr. 4 (S. 29f.) der Anlage zu § 2 VersMedV auf die MdE-Tabelle der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft abzustellen, die bei einem korrigierten Sehvermögen von 0,9 auf dem rechten und 0,1 auf dem linken Auge, das ausweislich des Befundberichts der Augenärztin A vom 11. Dezember 2008 bei der Klägerin unverändert vorliegt, einen Einzel-GdB in dieser Höhe vorsieht. Die Einschränkung des Gesichtsfeldes des linken Auges wirkt sich – wie die Augenärztin L in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 12. März 2009 überzeugend dargelegt hat, wegen der an diesem Auge bestehenden Amblyopie (Schwachsichtigkeit) nicht GdB-erhöhend aus. Das Gesichtsfeld des rechten Auges bewegt sich nach der Mitteilung der Augenärztin A im genannten Befundbericht innerhalb normaler Grenzen. Rechtlich unerheblich ist, dass, worauf die Klägerin hinweist, die Glaukom-Erkrankung fortgeschritten ist, da nicht auf die Erkrankung als solche, sondern auf das Ausmaß der Sehbehinderung ankommt, das sich vorliegend gerade nicht erhöht hat.

Der Gesamt-GdB als Ausdruck der Gesamtbeeinträchtigung ist mit 50 zu bilden. Liegen mehrere Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft vor, ist der GdB gemäß [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Nach Nr. 19 Abs. 3 der AHP bzw. Teil A Nr. 3c der Anlage zu § 2 VersMedV ist bei der Beurteilung des Gesamt-GdB von der Funktionsstörung auszugehen, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird. Danach ist der für den Diabetes mellitus anzusetzende Einzel-

GdB von 40 wegen der mit einem Einzel-GdB von 20 zu bewertenden Sehminderung um einen Zehnergrad anzuheben.

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

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-09-18