

L 13 SB 58/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

13

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 42 SB 2291/07

Datum

26.01.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 13 SB 58/11

Datum

13.03.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Januar 2011 wird zurückgewiesen, soweit sie nicht erledigt ist. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) von 50 ab dem 04. Januar 2007 bis zum 31. März 2009.

Der 1947 geborene Kläger ist verheiratet und hat bis in das Jahr 2003 als Kfz-Schlosser gearbeitet. Seit dem Jahr 2007 bezieht er eine vorgezogene Altersrente.

Im Jahre 1998 wurde bei dem Kläger ein Diabetes mellitus Typ II festgestellt, der zunächst medikamentös behandelt wurde und seit 2004 mit der Gabe von Insulin behandelt wird. Mit bestandskräftigem Bescheid vom 24. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. September 2006 ist zu Gunsten des Klägers ein Gesamt-GdB von 30 aufgrund folgender Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt:

Diabetes mellitus (Einzel-GdB 30).

Polyneuropathie (Einzel-GdB 10),

Bluthochdruck (Einzel-GdB 10).

Auf den Neufeststellungsantrag des Klägers vom 04. Januar 2007 stellte der Beklagte nach Beziehung von Befundberichten der behandelnden Ärzte, der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. D vom 28. Januar 2007 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin G vom 29. Januar 2007 der gutachtlichen Einschätzung des Praktischen Arztes Dr. Y in seiner Stellungnahme vom 14. März 2007 folgend mit Bescheid vom 26. März 2007 den GdB mit 40 neu fest. Dem lagen folgende Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde:

Diabetes mellitus (Einzel-GdB 30)

Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20),

Polyneuropathie (Einzel-GdB 10)

Bluthochdruck (Einzel-GdB 10).

Ferner stellte der Beklagte in dem Bescheid fest, dass die Funktionsbeeinträchtigungen zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hätten. Den gegen den Bescheid erhobenen Widerspruch vom 13. April 2007 wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. August 2007 zurück.

Der Kläger hat am 28. August 2007 Klage vor dem Sozialgericht Berlin erhoben, mit der er sein Begehren auf Feststellung eines GdB von 50 weiterverfolgt hat.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte, der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. D vom 10. Mai 2009 und der

Fachärztin für Allgemeinmedizin G vom 18. Mai 2009 eingeholt und sodann den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinen Gutachten vom 12. April 2010 nebst ergänzender Stellungnahme vom 18. Oktober 2010 gelangte der Sachverständige nach körperlicher Untersuchung des Klägers vom 09. April 2010 zu der Einschätzung, dass der Gesamt-GdB jedenfalls ab dem 01. Januar 2009 mit 40 festzustellen und für die Zeit zuvor retrospektiv mit dem angenommenen Gesamt-GdB von 40 (eher) überhöht gewesen sei. Der Diabetes mellitus sei angesichts seiner Verschlechterung und deutlich instabileren Stoffwechsellage ab Herbst 2008 seit Gültigkeit der Versorgungsmedizin-Verordnung am 1. Januar 2009 mit einem Einzel-GdB von 40 zu bewerten. Ein besonderer Therapieaufwand, wie er nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts neuerdings zur Beurteilung des GdB bei einem Diabetes mellitus zu berücksichtigen sei, lasse sich beim Kläger indes nicht feststellen. Intensive Diätbemühungen oder körperliche bzw. sportliche Betätigungen fielen beim Kläger nicht an. Für die Zeit vor dem 01. Januar 2009 sei der bestehende Diabetes mellitus indes nur mit einem Einzel-GdB von 30 zu bewerten gewesen. Der Diabetes sei in Auswertung der vorliegenden medizinischen Erkenntnisse insoweit durch alleinige Insulinbehandlung ausreichend gut einstellbar gewesen. Die bestehende Polyneuropathie sei mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Anhand seiner klinischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine höhergradige Nervenläsion ergeben. So seien etwa die Achillessehnenreflexe eindeutig auslösbar gewesen. Eine angeblich komplette Gefühllosigkeit der Unterschenkel und Füße sei nicht erklärbar. Auch spreche das Gangbild des Klägers gegen eine Höherbewertung. Angesichts der exzellenten Beweglichkeit der Wirbelsäule sei die Vergabe eines Einzel-GdB von 10 insoweit sehr wohlwollend. Neben dem bestehenden Bluthochdruck seien auch die geringgradigen Knorpelschäden der Kniegelenke ohne Bewegungseinschränkung seit Mai 2009 mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten.

Mit Urteil vom 26. Januar 2011 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen. Der Kläger habe in Auswertung der vorliegenden medizinischen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung des überzeugenden Gutachtens des Sachverständigen Dr. B, dem die Kammer folge, keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40 ab Antragstellung am 04. Januar 2007.

Gegen das ihm am 07. März 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22. März 2011 Berufung eingelegt, mit der er sein Begehren auf Feststellung eines GdB von 50 ab Antragstellung beschränkt auf die Zeit bis zum 31. März 2009 – aufgrund eines im Laufe des Berufungsverfahrens gestellten Neufeststellungsantrages – weiterverfolgt.

Zur Begründung trägt er vor, dass der bestehende Diabetes mellitus mit 50 zu bewerten sei. Es bestünde durch den Diabetes eine gravierende Beeinträchtigung in der Lebensführung. Die Blutzuckerwerte müssten bis zu 5 Mal täglich zu den Mahlzeiten gemessen werden, um entsprechend die Insulingabe dosieren zu können. Auch seien Kontrollen bei Unwohlsein erforderlich; er müsse stets ein Messgerät und Insulinnadeln mit sich führen. Die Polyneuropathie sei entgegen der Einschätzung des Sachverständigen Dr. B höher zu bewerten. Es bestünden Taubheitsgefühle und das Gefühl von eingeschlafenen Füßen. Da die Bewertungen des Sachverständigen in Diskrepanz stehe zu der Einschätzung der behandelnden Ärztin G sei diese Tatsache aufklärungsbedürftig und ein neurologisches Gutachten einzuholen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Januar 2011 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung des Bescheides vom 26. März 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. August 2007 zu verpflichten, für den Kläger für die Zeit vom 04. Januar 2007 bis zum 31. März 2009 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist, soweit sie nicht durch eine zeitliche Beschränkung durch den Kläger für die Zeit ab dem 1. April 2009 ihre Erledigung gefunden hat, zulässig, jedoch unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist in dem mit der Berufung noch angefochtenen Umfang zutreffend. Der Bescheid des Beklagten vom 26. März 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. August 2007 ist insoweit rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat für die Zeit ab der Antragstellung am 4. Januar 2007 bis zum 31. März 2009 keinen Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB als 40.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Bei der Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 (grundsätzlich) die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) in ihrer jeweils geltenden Fassung (hier maßgeblich Ausgaben 2005 und 2008 – AHP 2005 und 2008) zu beachten, die gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 durch die in der Anlage zu § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG - Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) - vom 10. Dezember 2008 - ([BGBl. I, Seite 2412](#)) – nunmehr in der Fassung der Vierten Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 28. Oktober 2011 festgelegten "versorgungsz ärztlichen Grundsätze" abgelöst worden sind. Die AHP sind zwar kein Gesetz und sind auch nicht aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung erlassen worden. Es handelt sich jedoch bei ihnen um eine auf besonderer medi-zinischer Sachkunde beruhende Ausarbeitung im Sinne von antizipierten Sachverständigengutachten, die die möglichst gleichmäßige Handhabung der in ihnen niedergelegten Maßstäbe im gesamten Bundesgebiet zum Ziel hat. Die AHP engen das Ermessen der Verwaltung ein, führen zur Gleichbehandlung und sind deshalb auch geeignet, gerichtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt zu werden. Gibt es solche anerkannten Bewertungsmaßstäbe, so ist grundsätz-lich von diesen auszugehen (vgl. z. B. Bundessozialgericht – BSG –, [BSGE 91, 205](#)), weshalb sich auch der Senat für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 grundsätzlich auf die genannten AHP stützt. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 ist demgegenüber für die Verwaltung und die Gerichte die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Anlage zu § 2 VersMedV maßgeblich, mit der die in den AHP niedergelegten Maßstäbe mit lediglich redaktionellen Anpassungen in eine normative Form gegossen worden sind, ohne dass die bisherigen Maßstäbe inhaltliche Änderungen erfahren hätten.

Einzel-GdB sind entsprechend diesen Maßstäben als Grad der Behinderung in Zehnergraden entsprechend den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG zu bestimmen. Für die Bildung des Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB IX](#) die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander zu ermitteln, wobei sich nach Teil A Nr. 3 der Anlage zu § 2 VersMedV (Seite 22; ebenso bereits Teil A Nr. 19 AHP 2005 und 2008, Seite 24 ff.) die Anwendung jeglicher Rechenmethode verbietet. Vielmehr ist zu prüfen, ob und inwieweit die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen voneinander unabhängig sind und ganz verschiedene Bereiche im Ablauf des täglichen Lebens betreffen oder ob und inwieweit sich die Auswirkungen der Behinderungen überschneiden oder gegenseitig verstärken. Dabei ist in der Regel von einer Funktionsbeeinträchtigung 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, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Grad 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden, wobei die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden dürfen. Leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB-Grad von 10 bedingen, führen grundsätzlich nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung; auch bei leichten Funktionsstörungen mit einem GdB-Grad von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (Teil A Nr. 3 d) aa) - ee) der Anlage zu § 2 VersMedV, Seite 22, 23; ebenso zuvor AHP 2005 und 2008 Teil A Nr. 19 Abs. 1, 3 und 4, Seite 24 ff.).

Hiervon ausgehend hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 40 für die Zeit ab der Antragstellung am 4. Januar 2007 bis zum 31. März 2009. Denn den bei ihm bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen wird mit dem vom Beklagten festgestellten Gesamt-GdB von 40 hinreichend Rechnung getragen.

Das bei dem Kläger führende Leiden des Diabetes mellitus ist für die Zeit vom 4. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 mit 30 und für die Zeit danach bis zum 31. März 2009 mit 40 zu bewerten.

Abweichend von den vorstehenden Grundsätzen der AHP und der VersMedV legt der Senat (vgl. hierzu etwa Urteil vom 19. Mai 2011 - [L 13 SB 162/10](#) -) in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des im Schwerbehindertenrecht ebenfalls zuständigen 11. Senats des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg (vgl. Urteil des 11. Senats vom 10. Juni 2010 - Az: [L 11 SB 125/09](#) -) bei der Beurteilung der von einem Diabetes mellitus ausgehenden Funktionsbeeinträchtigungen für Zeiträume bis zum 31. Dezember 2008 allerdings nicht die AHP in ihrer je-weiligen Fassung zugrunde, sondern geht insoweit von der Tabelle aus, deren Anwendung der Ärztliche Sachverständigenbeirat "Versorgungsmedizin" beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den zuständigen obersten Landesbehörden bis zu einer endgültigen Klärung der Frage der GdB-Bewertung bei Diabetes mellitus empfohlen hat (siehe Rundschreiben des BMAS vom 22. September 2008 - IV C 3 - 48064 - 3). Diese Tabelle ist entwickelt worden, nachdem das Bundessozialgericht - BSG - mit seinem Urteil vom 24. April 2008 - B [9/9a SB 10/06](#) -, zitiert nach Juris, entschieden hatte, dass Teil A Nr. 26.15 der AHP 2005 und 2008, Seite 99, nur mit gewissen Maßgaben dem höherrangigen Recht und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Sie ersetzt die entsprechende Nummer in den AHP (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2008 - B [9/9a SB 4/07](#) R -, zitiert nach juris) und sieht für die GdB-Bewertung folgende Einteilung vor:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikamente) 0

mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämie neigung nicht erhöhen 10

mit Medikamenten eingestellt, die die Hypoglykämie neigung erhöhen 20

unter Insulintherapie, auch in Kombination mit anderen blutzucker-senkenden 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 (vorläufige) Tabelle ist als Teil B Nr. 15.1 in der seit dem 1. Januar 2009 maßgeblichen Anlage § 2 VersMedV (siehe dort S. 90) - zunächst - übernommen worden und findet deshalb auch für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 weiterhin Anwendung (vgl. BSG, Urteil vom 23. April 2009 - [B 9 SB 3/08 R](#) -; zitiert nach juris), jedoch beschränkt auf die Zeit bis zum 21. Juli 2010 infolge der mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 14. Juli 2010 zum 22. Juli 2010 in Kraft getretenen Neufassung des Teil B Nr. 15.1 der Versorgungsmedizin-Verordnung (vgl. hierzu im Einzelnen: BSG, Urteil vom 2. Dezember 2010 - [B 9 SB 3/09 R](#) -).

Wie das BSG in dem zitierten Urteil vom 23. April 2009 zu den in der (vorläufigen) Tabelle geregelten Vorgaben entschieden hat, können sie jedoch nicht abschließende Grundlage für die Beurteilung des GdB bei Diabetes mellitus sein. Denn sie erfassen zwar mit dem Begriff der Einstellbarkeit die für die GdB-Beurteilung wesentliche Frage, ob bei den betroffenen behinderten Menschen eine stabile oder instabile Stoffwechsellage besteht, nicht jedoch den auf-grund von § 69 Abs. 1 Satz 4 (vormals Satz 3) SGB IX darüber hinaus zwingend zu berücksichtigenden medizinisch notwendigen Therapieaufwand, der erforderlich ist, um eine bestimmte Einstellungsqualität zu erreichen. Dieser Therapieaufwand kann je nach Umfang dazu führen, dass der anhand der Einstellungsqualität des Diabetes mellitus beurteilte GdB auf den zunächst höheren Zehnergrad festzustellen ist, was nicht nur für die Zeiten bis zum 31. Dezember 2008 gilt, in denen die AHP in der Fassung der Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats "Versorgungsmedizin" beim BMAS heranzuziehen sind, sondern auch für die Zeiten ab dem 1. Januar 2009 (bis zum 21. Juli 2010) zu beachten ist, für die die Regelungen der Anlage zu § 2 VersMedV Anwendung finden. Dass diese Regelungen in Form einer Rechtsverordnung erlassen worden sind und damit Verwaltung und Gerichte grundsätzlich binden, steht der ergänzenden Berücksichtigung des jeweiligen Therapieaufwands nicht entgegen. Denn wie das BSG mit dem Urteil vom 23. April 2009 entschieden hat, verstößt Teil B Nr. 15. 1 der Anlage zu § 2 VersMedV (vgl. Seite 90) gegen § 69 Abs. 1 Satz 4 (vormals Satz 3) SGB IX, soweit der Therapieaufwand danach nicht zu berücksichtigen ist, und bindet die Rechtsanwender nicht. Dieser Rechtsprechung des BSG schließt sich der Senat in jeder Hinsicht an.

Nach Teil B Nr. 15.1 der Anlage zu § 2 VersMedV in der seit dem 22. Juli 2010 geltenden Fassung, die nunmehr den rechtlichen Vorgaben des [§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) genügt (vgl. das Urteil des BSG vom 2. Dezember 2010), gelten hinsichtlich einer Diabetes mellitus Erkrankung folgende GdB-Bewertungen:

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

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

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwandes 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 4 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 aufgrund dieses Therapieaufwandes eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (bzw. Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdS beträgt 50.

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

Der Begriff des Therapieaufwandes im Sinne der Rechtsprechung des 9. Senats des BSG mit Urteil vom 2. Oktober 2010 ist weit auszulegen. Der Therapieaufwand muss allerdings medizinisch notwendig sein, tatsächlich durchgeführt werden und sich nachteilig auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auswirken. Er beurteilt sich dabei auch für die Zeit vor dem 22. Juli 2010, wie vorliegend bis zum 31. März 2009, anhand der neuen Bewertungsgrundsätze, wie sie in der Neufassung des Teils B Nr. 15.1 der Anlage zu § 2 VersMedV aufgrund der 2. ÄnderungsVO anhand des Oberbegriffes "Einschnitte in die Lebensführung" zusammengefasst sind, danach, ob und wie die Planung des Tagesablaufes, die Gestaltung der Freizeit, die Zubereitung der Mahlzeiten, die Berufsausübung und die Mobilität beeinträchtigt ist. Die Intensität der Einschnitte in die Lebensführung ist dabei davon abhängig, ob der Therapieaufwand aus medizinischen Gründen nach Ort, Zeit oder Art und Weise festgelegt ist oder die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in anderen Lebensbereichen wegen des zeitlichen Umfangs der Therapie erheblich beeinträchtigt wird.

Dies zu Grunde gelegt ist in Auswertung der medizinischen Befundunterlagen unter Einschluss des Sachverständigengutachtens des Dr. GdB für den Diabetes mellitus für die Zeit vom 4. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 mit 30 und für die Zeit ab dem 01. Januar 2009 bis zum 31. März 2009 mit 40 zu bewerten.

Der Sachverständige Dr. B hat überzeugend dargelegt, dass sich erst im Herbst 2008 die Einstellbarkeit des Diabetes mellitus verschlechtert habe, so dass jedenfalls ab Januar 2009 mit dem Sachverständigen von einem Dauerzustand einer instabileren Stoffwechsellage auszugehen ist. Dies rechtfertigt es in Anwendung der vorgenannten Tabelle des ärztlichen Sachverständigenbeitrages, den danach vorgegebenen Bewertungsrahmen von 30 bis 40 voll auszuschöpfen. Für die Zeit zuvor ist angesichts der Feststellungen des Sachverständigen der GdB insoweit mit 30 zu bewerten. Eine zusätzliche Bewertung von Hypoglykämien scheidet aus, da diese nach dessen Feststellungen weder häufig, noch ausgeprägt noch schwer zu Tage getreten sind. Auch das Bestehen eines zusätzlichen Therapieaufwandes, der eine Höherbewertung rechtfertigen könnte, lässt sich für den gesamten hier strittigen Zeitraum - d. h. weder für die Zeit vom 4. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 noch für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März 2009 - nicht feststellen. Dabei kommt es, wie die 2. Änderungsverordnung zur Vers-MedV für die - hier allerdings nicht relevante - Zeit ab ihrer Gültigkeit am 22. Juli 2010 zeigt, nicht ausschließlich darauf an, wie viele Blutzuckerüberprüfungen und Insulininjektionen durchgeführt werden, so dass insoweit die vorliegend bis zu fünfmal täglich anfallenden Blutzuckerüberprüfungen und Insulingaben sowie deren Dosierung zur Beurteilung des Ausmaßes des Therapieaufwandes nicht maßgeblich sind. Ein besonderer weiter zu berücksichtigender Therapieaufwand fällt im Falle des Klägers nicht an. Nach dessen Angaben anlässlich der Untersuchung den Sachverständigen Dr. B muss er weder besonders diätetisch leben noch müssen spezielle Maßnahmen durchgeführt werden, um eine befriedigende Einstellbarkeit des Diabetes mellitus zu erreichen. Auch belegen die von dem Kläger eingereichten Dokumentationen eines Blutzuckertagebuches keinen besonderen Therapieaufwand, da die Blutzuckerüberprüfungen danach lediglich nach einem festen Plan (nüchtern, vor dem Mittagessen, vor dem Abendessen und vor dem Schlafen) erfolgen, mithin nicht in beachtlicher Weise in das Tagesgeschehen und Planung des Tagesablaufes weiter eingreifen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich mit dem Sachverständigen Dr. B eine Höherbewertung des Diabetes mellitus nicht.

Die bei dem Kläger bestehende Polyneuropathie ist ebenfalls in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. B mit einem Einzel-GdB von 10 zu bewerten. Nach Teil B Nr. 3.11 der Anlage zu § 2 VersMedV, S. 44, bzw. Teil A Nr. 26.3 AHP 2008 und 2005, S. 50, können sich bei Polyneuropathien Funktionsbeeinträchtigungen überwiegend aus motorischen Ausfällen oder mehr oder allein aus sensiblen Störungen und schmerzhaften Reizerscheinungen ergeben. Der GdB-Grad motorischer Ausfälle ist in Analogie zu den peripheren Nervenschäden einzuschätzen (vgl. bezogen auf die unteren Gliedmaßen: Teil B Nr. 18.9 der Anlage zu § 2 Vers-MedV, S. 118, bzw. Teil A Nr. 26.18 AHP 2008 bzw. 2005, S. 128). Motorische Ausfallerscheinungen an den Füßen hat der Sachverständige Dr. B nicht feststellen können. So waren insbesondere die Achillessehnenreflexe im Rahmen seiner Untersuchung auslösbar. Auch das durch den Sachverständigen beschriebene Gangbild und die fehlende Unsicherheit in der Fortbewegung lassen darauf schließen, dass keine motorischen Ausfälle, sondern allenfalls sensible Störungen vorliegen. Dies spricht aber dafür, mit dem Sachverständigen den GdB insoweit wegen seiner Geringfügigkeit allenfalls mit 10 zu bewerten ist. Allein der Umstand, dass der Sachverständige eine gravierende Beeinträchtigung verneint als nach der Diagnose der behandelnden Ärztin Gmöglich erscheint, gibt keinen Anlass dazu, ein neurologisches Gutachten einzuholen. Der Sachverständige Dr. B hat eine umfassende gutachtliche Überprüfung vorge-nommen und hält zur Aufklärung die Einholung eines weiteren Gutachtens für nicht erforderlich. Dem schließt sich der Senat an.

Keine Bedenken bestehen überdies gegen die Bewertung des Sachverständigen, dass der Bluthochdruck, das Kniegelenksleiden sowie das Wirbelsäulenleiden jeweils lediglich mit einem GdB von 10 zu bewerten ist. Der Sachverständige hat insbesondere überzeugend dargelegt, dass angesichts einer exzellenten Beweglichkeit der Wirbelsäule der von dem Beklagten ver-sorgung-särztlich festgestellte Einzel-GdB von 20 nicht gerechtfertigt ist.

Angesichts vorstehender Ausführungen ist der Gesamt-GdB für die Zeit ab dem 4. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 mit 30 und für die Zeit ab dem 01. Januar bis zum 31. März 2009 mit 40 zu bewerten. Insoweit erschöpft sich der Gesamt-GdB allein in dem führenden mit zunächst 30, sodann ab dem 1. Januar 2009 mit 40 zu bewertenden Leiden des Diabetes mellitus, da sich die übrigen jeweils mit 10 zu bewertenden Leiden nicht GdB-erhöhend auswirken.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht gegeben sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-04-26