

## L 7 SB 33/10

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

1. Instanz  
SG Halle (Saale) (SAN)  
Aktenzeichen  
S 1 SB 294/08

Datum  
10.12.2009  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 7 SB 33/10

Datum  
20.12.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 10. Dezember 2009 und der Bescheid des Beklagten vom 13. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. September 2008 werden aufgehoben, der Bescheid vom 6. Juni 1997 wird abgeändert und der Beklagte verpflichtet, beim Kläger ab 29. August 2007 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50.

Bei dem am ... 1968 geborenen Kläger stellte der Beklagte mit Bescheid vom 17. Dezember 1993 einen GdB von 30 aufgrund eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus fest. Nachdem der Kläger geltend gemacht hatte, er müsse ständig den Blutzucker kontrollieren und mindestens sechsmal täglich Insulin spritzen, stellte der Beklagte mit Bescheid vom 6. Juni 1997 einen GdB von 40 fest. Einen weiteren Neufeststellungsantrag stellte der Kläger am 24. Januar 2007 aufgrund der neu hinzugekommenen Erkrankungen an Morbus Basedow (Schilddrüsenerkrankung), einer Hyperlipidämie (gestörter Fettstoffwechsel mit erhöhten Blutfettwerten) sowie einer diabetischen Retinopathie. Nach medizinischer Sachaufklärung und Beteiligung seines ärztlichen Dienstes, der für die Schilddrüsenfunktionsstörung einen GdB von 10 vorschlug, lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 20. August 2007 die Neufeststellung ab, da dies keine Auswirkung auf den Gesamt-GdB habe. Die Hyperlipidämie und die Sehinderung begründeten keinen GdB.

Am 29. August 2007 beantragte der Kläger die Neufeststellung des GdB wegen der Erkrankung an Morbus Addison (Nebennierenrindeninsuffizienz). In der beigezogenen Epikrise des U.-Klinikums J. vom 6. September 2007 waren ein Autoimmunsyndrom mit Morbus Addison, Diabetes mellitus Typ I und Morbus Basedow diagnostiziert worden. Aufgrund der Nebennierenrindeninsuffizienz sei eine Hydrocortisonsubstitution begonnen und der Kläger über die Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei Infekten oder anderen Sekundärerkrankungen aufgeklärt worden. Der Versorgungsarzt des Beklagten Dr. H. führte in seiner Stellungnahme vom 19. September 2007 aus, die Nebennierenrindeninsuffizienz bestehe ohne Funktionsausfälle, so dass der bisher festgestellte GdB beibehalten werde. Dem folgend lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 13. Februar 2008 den Neufeststellungsantrag des Klägers ab.

Dagegen legte der Kläger am 5. März 2008 Widerspruch ein und trug vor, die Krankheiten Morbus Addison und Diabetes mellitus seien Gegenspieler und beeinflussten sich negativ. Durch das Zusammenspiel dieser Krankheiten komme es zu sehr starken Schwankungen seines Blutzuckerspiegels, welche nur sehr schwer zu regulieren seien. Seine Nebennierenrinde produziere lebenswichtige Hormone nicht mehr, die er nun dreimal täglich in Form von Tabletten einnehmen müsse. Der Beklagte holte einen Befundschein der Fachärztin für Innere Medizin Dipl.-Med. T. vom 18. März 2008 ein, die einen Diabetes mellitus Typ I mit labiler Stoffwechsellage, häufig erforderlichen Selbstkontrollen, Einschränkungen des eigenen Lebensstils und eine diabetische Retinopathie diagnostizierte. Der Morbus Addison erfordere eine aufmerksame Selbstbeobachtung, ein kurzfristiges Reagieren und eine Änderung der Medikation. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen in Spezialambulanzen seien erforderlich. In Anlage übersandte sie die Epikrise des Klinikums W. vom 22. Januar 2007. Dort waren ein Diabetes mellitus Typ I mit labiler Stoffwechsellage, eine diabetische Retinopathie und Struma nodosa (Morbus Basedow) mit derzeit latenter Hypothyreose diagnostiziert worden. Außerdem übersandte Dipl.-Med. T. den Reha-Entlassungsbericht B. K. vom 5. November 2007. Danach arbeite der Kläger als Filialleiter in Vollzeit bei einem Lebensmitteldiscounter. Die Tätigkeit beinhalte Warenbestellungen, die Warenverräumung mit Heben von Kisten bis 20 kg und die Personalbetreuung (drei Mitarbeiter). Während der Reha-Maßnahme sei die

bereits begonnene Umstellung der Insulintherapie fortgesetzt worden. Erwartungsgemäß habe sich dabei ein relativ stabiles Blutzuckerverhalten bei gleichzeitig verbesserter Lebensqualität gezeigt. Nach Beteiligung seines ärztlichen Gutachters OMR Dr. J., der keine konkreten Funktionsausfälle aufgrund der Schilddrüsen- und Nebennierenrindenfunktionsstörung feststellen konnte, wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16. September 2008 den Widerspruch des Klägers zurück. In ihrer Stellungnahme vom 19. September 2008 führte die ärztliche Gutachterin des Beklagten S. aus, der Diabetes mellitus Typ I sei mit einem GdB von 40 korrekter bewertet, weil nach Umstellung der Insulintherapie und Einleitung einer angemessenen Substitutionsbehandlung des Morbus Addison ein relativ stabiles Blutzuckerverhalten vorliege. Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus lägen nicht vor. Aufgrund der euthyreoten (normalen) Stoffwechsellage könne für die Schilddrüsenfunktionsstörung (Morbus Basedow) kein GdB festgestellt werden. Die Substitutionsbehandlung wegen der Nebennierenrindeninsuffizienz rechtfertige keinen GdB. Auch die Fettstoffwechselstörung begründe keinen GdB.

Am 8. Oktober 2008 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen: Er müsse mindestens fünfmal täglich Insulin injizieren. Jahrelang habe er durch regelmäßige Insulingaben seinen Blutzuckerspiegel in etwa konstant halten können. Aufgrund der weiteren Erkrankungen an Morbus Basedow und Morbus Addison und der damit verbundenen Medikamenteneinnahme sowie in Abhängigkeit von der allgemeinen Tagesform und vom Hormonspiegel ändere sich auch der Blutzuckerspiegel. Deshalb komme es häufiger zur Unterzuckerung oder zu einem sehr hohen Blutzuckerspiegel. Besonders stark wirke sich die unterschiedliche Gabe des Hydrocortisons auf den Blutzuckerspiegel aus. Das alles lasse sich nicht mehr regulieren und aufeinander einspielen. Mehrfach täglich müsse er seinen Blutzuckerspiegel testen. Er habe bereits drei Krampfanfälle erlitten (Dezember 2006, Juli 2007, September 2008), die eine medizinische Notdienstversorgung im Klinikum erforderten. Die nach dem Reha-Aufenthalt eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustands sei nur kurzzeitig gewesen. Nach Wiederaufnahme seiner Berufstätigkeit, die zudem in Schichten erfolge, sei eine Verschlechterung eingetreten. Bei der Arbeit und seinen Freizeitaktivitäten (z. B. Volleyballspielen, Schlittenfahren mit seinem Sohn) müsse er nicht nur den Blutzuckerwert messen und entsprechend Insulin verabreichen, sondern auch noch auf die Kompensation des fehlenden Hormons aus der Nebennierenrinde durch Tabletten achten. So müsse er über die regelmäßig einzunehmenden Tabletten (dreimal täglich) hinaus ggf. jeweils eine weitere halbe Tablette einnehmen. Dies wiederum führe dazu, dass der Blutzucker nach oben schnelle und er zusätzliche Messungen durchführen und möglicherweise durch Insulininjektion kompensieren müsse.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers eingeholt. Die Fachärztin für Augenheilkunde Dr. J. hat am 15. Januar 2009 eine Retinopathia diabetica bei einem Visus von beidseits 1,0 mitgeteilt. Der Oberarzt Dr. K., Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Androloge, Oberarzt des Universitätsklinikums J., hat mit Befundbericht vom 24. Februar 2009 die Diagnosen aus der Epikrise des U.-Klinikums J. vom 6. September 2007 wiederholt und ausgeführt: Derzeit seien sechsmal täglich Insulininjektionen erforderlich. Die Stoffwechselkontrollen seien bei einer intensivierten Insulintherapie in der Regel viermal erforderlich, ggf. müsse jedoch häufiger kontrolliert werden. Beim Kläger liege eine multiple endokrine Funktionsstörung vor. Der Kläger neige bei instabiler Stoffwechsellage zu Blutzuckerentgleisungen, die sowohl hypo- als auch hyperglykämisch sein könnten. Gelegentlich käme es zu ausgeprägten Hypoglykämien. Aufgrund des fehlenden Hormons der Nebennierenrinde bestehe ein deutlich erhöhtes Risiko für Hypoglykämien bei einer eingeschränkten Hypoglykämiesymptomatik. Durch die stärkere Neigung zu Blutglukoseschwankungen sei der Diabetes mellitus schwerer einstellbar. Zur wechselseitigen Beziehung zwischen dem Morbus Basedow, dem Diabetes mellitus und dem Morbus Addison hat Dr. K. ausgeführt: Eine Entgleisung der Schilddrüsenfunktion beeinflusse auch den Blutzucker und damit die Insulintherapie. Bei einer Überfunktion bestehe ein höherer und bei einer Unterfunktion ein niedrigerer Insulinbedarf. Zwischen dem Morbus Addison und der Schilddrüsenerkrankung bestehe ein Zusammenhang, weil in Phasen der Schilddrüsenüberfunktion ein erhöhter Stresshormonbedarf bestehe, der bei der Therapie zu berücksichtigen sei. Insgesamt bestehe zwischen den vorliegenden Hormonerkrankungen eine komplexe Interaktion, die phasenweise die Behandlung der Erkrankungen, insbesondere die Insulintherapie deutlich erschweren könne. Es bestehe für den Kläger lebenslang das Risiko einer Hormon- oder Blutzuckerentgleisung mit potentiell auch lebensbedrohlichem Charakter. Dr. K. hat Arztbriefe des U.-Klinikums J. über ambulante Vorstellungen des Klägers beigelegt. Unter dem 18. März 2008 wurde über einen HbA1c-Wert von 8,9 % und ein damit nicht erreichtes Therapieziel berichtet. Ein Reduktionsversuch der Hydrocortisondosis war empfohlen worden. Nach dem Bericht vom 10. Juni 2008 habe der HbA1c-Wert bei 8,7 % gelegen. Eine systematische Ursache für das Stoffwechselproblem sei nicht festzustellen. Problematisch sei die berufliche Belastung, die die sorgfältige Stoffwechselkontrolle teilweise unmöglich mache. Unter dem 6. August 2008 wurde von zwei leichten Unterzuckerungen berichtet. Der HbA1c-Wert habe bei 8,6 % gelegen. Nach der Epikrise vom 17. September 2008 lägen gelegentlich leichte Unterzuckerungen vor, die der Kläger sofort bemerke. Der HbA1c-Wert habe 8,6 % betragen. Der Kläger habe von Übelkeit und Erbrechen nach einem Sturz beim Sport und einer daraufhin erfolgten Krankenhauseinweisung berichtet. Dem Kläger sei zu einer Steigerung der Hydrocortisondosis in solchen Situationen geraten worden. Nach dem Bericht vom 5. Januar 2009 habe der HbA1c-Wert 8,8 % betragen. Dabei schwanke der Blutzucker stark. Ein deutlicher Anstieg bestehe abends und meist auch nachts.

In Auswertung der Befunde hat der Beklagte auf eine prüfärztliche Stellungnahme von Frau S. vom 18. März 2009 verwiesen. Zwar sei der Diabetes mellitus wegen der zu hohen Blutzuckerwerte noch nicht befriedigend eingestellt. Doch sei es nach der Therapieumstellung zu keinen schweren Hypoglykämien gekommen. Unstreitig bestehe wegen der endokrinologischen Begleiterkrankung ein erhöhtes Risiko für Blutzuckerentgleisungen, doch rechtfertige dies keinen GdB von über 40.

Schließlich hat auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) die Oberärztin Dr. M. (H.-Klinikum E., Bereich Endokrinologie) das Gutachten vom 25. August 2009 erstattet. Danach habe der Kläger über eine verminderte Leistungsfähigkeit, Unruhezustände, Muskelschmerzen, teilweise Muskelkrämpfe, eine zunehmende Vergesslichkeit und große Gewichtsschwankungen berichtet. Er treibe Sport und müsse die Dosierung von Insulin und Hydrocortison dann auch den jeweiligen Belastungen anpassen. Durch die Erkrankung an Morbus Addison sei die Blutzuckereinstellung viel problematischer. Er nehme zu den Hauptmahlzeiten kurz wirkendes sowie früh und abends lang wirkendes Insulin und außerdem dreimal täglich Hydrocortison. Dr. M. hat ein autoimmunes Polyendokrinopathiesyndrom mit Diabetes mellitus, mäßiger Retinopathie, Morbus Addison und Morbus Basedow diagnostiziert. Sie hat ausgeführt, durch die zwei Insuffizienzerkrankungen seien die Leistungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit an körperliche und geistige Belastungssituationen mehr eingeschränkt, als es durch eine der beiden Erkrankungen allein der Fall wäre. Die Hypoglykämieeigung sei durch das Fehlen des Stresshormons Cortisol höher. Die Dosierung von Insulin sei durch die Mitgabe der Hydrocortison-Medikation erschwert (Hydrocortison wirke als Gegenspieler, zu niedrige Dosierung von Hydrocortison bedinge verminderte Belastbarkeit, zu hohe wirke sich als Verschlechterung des Diabetes mit Glukosesteigerung aus). Das Stresshormon Hydrocortison werde nach einem relativ starren und konstanten Dosisregime gegeben, für Belastungssituationen oder bei Erkrankungen müsse der Kläger bzw. der Arzt die Dosis anpassen. Der Kläger nehme deshalb Hydrocortison in wechselnden Dosierungen und auch zu gering wechselnden Zeiten ein, dennoch

gelingen damit nur ein durchschnittlicher Therapieerfolg. Bei höheren beruflichen Anforderungen sei eine weitere Steigerung kaum vertretbar, da sich eine Überdosierung wegen möglicher Folgeerscheinungen verbiete. Sofern der Kläger bei höherer Belastung die Dosierung von Hydrocortison entsprechend anpasse, könne es zu Blutzuckerentgleisungen kommen. Letztlich könne die labilere Stoffwechselführung nur durch häufigere Kontrollen beeinflusst werden. Die Ersatztherapie beider notwendiger Hormone erfolge von außen nachgeahmt und nicht wie im physiologischen Profil vorgegeben. Deshalb sei eine instabile Stoffwechsellage häufig Realität. Eine optimale Diabetes-Stoffwechselführung werde beim Kläger durch die Belastung als Verkaufstellenleiter erschwert. Dies zeigten auch seine Stoffwechselführungparameter. Insgesamt sei die Behinderung mit einem GdB von 50 bis 60 aufgrund einer labilen Diabetessituation mit Hypoglykämien zu bewerten. Der Morbus Addison und der Morbus Basedow rechtfertigen unter der Substitutionstherapie keinen GdB.

Der Beklagte hat gegen das Gutachten eingewandt, zwar sei das erhöhte Risiko für Blutzuckerentgleisungen wegen der vorliegenden Begleiterkrankungen des Klägers unstrittig. Dennoch sei dafür kein höherer GdB als 40 festzustellen, denn Hypoglykämien seien in den letzten zwei Jahren ärztlicherseits nicht belegt.

Mit Urteil vom 10. Dezember 2009 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Diabetes mellitus mit einer mäßig schwankenden Stoffwechsellage rechtfertige nur einen GdB von 40, da Hypoglykämien nicht mehrmals aufgetreten seien. Soweit die Sachverständigen den Schluss ziehe, dass durch das Nebeneinander von Morbus Addison und Diabetes mellitus dieser schwer einstellbar bzw. therapierbar sei, könne dem nicht gefolgt werden. Die Gutachterin habe keine konkreten Auswirkungen geschildert. Ihre Ausführungen seien eher medizinisch-fachlicher Natur, ohne konkret auf die vorliegenden klinischen Befunde einzugehen. Sie habe nicht dargelegt, wie sich der durchschnittliche Therapieerfolg auf die Teilhabe am Leben des Klägers auswirke.

Gegen das ihm am 19. Mai 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16. Juni 2010 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Er hat vorgetragen, er habe durchschnittlich zweimal wöchentlich Hypoglykämien und sei durch diese stark in seiner Lebensqualität eingeschränkt. Sobald er die Hypoglykämien bemerke, nehme er das Medikament Jubin (flüssiger Zucker) zu sich, so dass eine Bewusstlosigkeit vermieden werden könne. Er müsse bereits morgens seinen gesamten Tagesablauf planen und sei gezwungen, seine Medikamente hierauf einzustellen. Darüber hinaus müsse er ständig Notfallmedikamente, die Instrumente zur Feststellung der jeweiligen Blutzuckerwerte und sein Diabetikertagebuch bei sich tragen. Er könne nicht durchschlafen, da er auch in der Nacht seine Blutzuckerwerte kontrollieren müsse. Im Umgang mit seinem minderjährigen Sohn sei er eingeschränkt, weil er nicht wie andere Väter einfach spontane sportliche Aktivitäten durchführen könne. Gleichzeitig müsse er die Witterungseinflüsse beachten. Er könne keinen Urlaub im Ausland oder einen Winterurlaub durchführen. Zudem sei er in seiner Sexualität eingeschränkt, da eine vorherige Prüfung seines Zuckerwerts und die entsprechende Einnahme von Insulin oder Cortison notwendig seien. Dies belaste ihn auch seelisch. Auch seine berufliche Tätigkeit als Filialleiter sei nur unter extrem schweren Bedingungen möglich. Nur durch starke Selbstdisziplin und tagelange vorherige Planung könne er zum Beispiel einen Motorradausflug unternehmen. Bei Arbeiten im Garten nehme er regelmäßig große Mengen Apfelsaft zu sich. Außerdem versuche er, durch leichte sportliche Tätigkeiten seinen Insulinhaushalt zu stabilisieren. Der hohe notwendige Therapieaufwand zeige sich in den wiederholten stationären Aufenthalten. Außerdem hat der Kläger einen Arztbrief des Klinikums N. vom 2. Juli 2011 über eine Notarzteinweisung wegen einer Hypoglykämie (1,6 mmol/l) nach starker körperlicher Belastung vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 10. Dezember 2009 und den Bescheid des Beklagten vom 13. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. September 2008 aufzuheben, den Bescheid vom 6. Juni 1997 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm ab 29. August 2007 einen GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach seiner Auffassung liegen auch nach der weiteren Sachaufklärung die Voraussetzungen für die Feststellung eines GdB von 50 nicht vor.

Der Senat hat Befundberichte eingeholt. Dr. K. hat am 3. Januar 2012 berichtet, die Erkrankungen des Klägers führten im Zusammenspiel zu einem deutlich erhöhten täglichen Therapieaufwand. Auch die Symptome der Hypoglykämiewahrnehmung fielen durch die Nebennierenrindeninsuffizienz weg. In Anlage hat er weitere Arztbriefe des U.-Klinikums J. übersandt. Nach dem Bericht vom 3. August 2010 habe sich der HbA1c-Wert (8,1 %) deutlich gebessert, der Blutzucker schwanke jedoch stark. Es komme nahezu täglich zu Entgleisungen nach oben und unten. Derzeit sei der Kläger auch beruflich unter starkem Druck und die Mahlzeiteneinnahme verschiebe sich oft bis weit in die Nacht, was die Stoffwechselführung erschwere. Am 30. September 2010 wurde über die Aufnahme des Klägers bei stark schwankenden Blutzuckerwerten nach Ausschöpfung aller ambulanten Möglichkeiten der Therapieeinstellung berichtet. Die Stoffwechsoptimierung werde durch die sehr unregelmäßigen Tagesabläufe mit wechselnden Bewegungen und den Morbus Addison mit wechselnder Hydrocortison-Dosis erschwert. Am 17. August 2011 wurde ausgeführt, an Tagen mit vermehrter Stressbelastung müsse die Hydrocortison-Dosis verdoppelt werden. Dabei dürfe kein Fehler gemacht werden. Nach dem Arztbrief vom 29. November 2011 lägen weiterhin starke Schwankungen vor, wobei der HbA1c-Wert (7,5 %) im Zielbereich liege. Bei manifester Hypoglykämiewahrnehmungsstörung (Unterzuckerungen würden praktisch nicht mehr bemerkt) seien häufige Kontrollen unbedingt erforderlich. Außerdem hat der Senat den Befundbericht von Dipl.-Med. T. vom 3. Februar 2012 eingeholt, wonach trotz guter Schulung und intensivierter Therapie stärkere Blutzuckerschwankungen vorlägen. Die Nebennierenrindeninsuffizienz müsse der Kläger intuitiv immer berücksichtigen, denn die Cortisontherapie verschlechtere die diabetische Stoffwechsellage. Die Selbstwahrnehmung werde ständig gefordert. Es müsse ein gut strukturierter Tagesablauf mit einer korrekten Einschätzung der Situation vorliegen. Regelmäßigen Blutzuckermessungen und Korrekturen seien erforderlich. Die Ernährung, der Arbeitsablauf und der Alltag seien dadurch geprägt.

Der Beklagte hat in Auswertung der Befundberichte auf die prüfärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 7. März und 25. April 2012 verwiesen. Danach liege die Stoffwechseleinstellung unter der intensivierten Insulintherapie im Zielbereich. Schwere Unterzuckerungen seien seit Juli 2011 nicht wieder aufgetreten. Nach den vorgelegten Diabetiker-Tagebüchern der letzten drei Monate bestehe keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörung. Auffällige Blutzuckerwerte lägen eher im erhöhten Bereich und bei den wenigen Unterzuckerungen fänden sich jeweils erklärende Werte bzw. Fragezeichen (zu viel Insulin, Volleyball, viel Arbeit, Inventur usw.) die belegten, dass die

Unterzuckerung nicht unbemerkt geblieben sei. Auf niedrige Blutzuckerwerte habe der Kläger adäquat reagiert. Bedrohliche Unterzuckerungen und gravierende Einschränkungen in Alltagsablauf seien daraus nicht abzuleiten. Daraufhin hat der Kläger am 24. Mai 2012 vorgetragen, bei drohenden Unterzuckerungen werde er sehr blass und sein Gesicht spitze sich zu. Werde dies durch die Ehefrau, den Sohn oder auch Mitarbeiter in der Verkaufsfiliale bemerkt, werde er darauf hingewiesen. Dann könne er der drohenden Unterzuckerung entgegensteuern. Die eigentlichen Unterzuckerungssymptome wie Schweißausbrüche und Zittern träten beim ihm nicht mehr auf.

Schließlich hat der Beklagte eine prüfärztliche Stellungnahme seiner leitenden Ärztin Dr. S. vom 12. Juni 2012 vorgelegt. Danach lägen beim Kläger keine gravierenden Einschränkungen der Lebensführung mit relevanten Leistungseinschränkungen vor. Die Blutzuckerschwankungen seien beim Diabetes mellitus krankheitsimmanent. Unterzuckerungen führten nur dann zu bedrohlichen Situationen, wenn sie nicht erkannt würden, sodass die Möglichkeit einer rechtzeitigen Gegensteuerung unterbleibe. Das sei jedoch beim Kläger nicht der Fall. Bedrohliche Hypoglykämien träten nachweislich nicht auf. Die medizinische Aktenokumentation und das Diabetikertagebuch belegten, dass der Kläger die Therapie den wechselnden Anforderungen des täglichen Lebens gut anpasse, sodass keine gravierenden Einschnitte in die Lebensführung zu beklagen seien. Der Kläger treibe Sport und sei auch den täglichen Anforderungen eines Verkaufsstellenleiters gewachsen. Die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft seien auch nicht bei Berücksichtigung des hormonell gut substituierten Morbus Basedow und Morbus Addison erfüllt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere auf die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang des Beklagten und die vom Kläger vorgelegten Diabetikertagebücher Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte eingelegte und nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte Berufung des Klägers ist begründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide und das Urteil des SG Halle in seinen Rechten verletzt, da beim ihm die Voraussetzungen für die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft vorliegen.

Die Klage gegen den Bescheid vom 13. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. September 2008 ist als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft. Dabei ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2000 - [B 9 SB 3/99 R](#) - [SozR 3-3870 § 3 Nr. 9 S. 22](#)).

Da der Beklagte bereits mit Bescheid vom 6. Juni 1997 einen GdB von 40 festgestellt und damit über den GdB des Klägers entschieden hat, richten sich die Voraussetzungen für die Neufeststellung nach [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – SGB X). Nach dieser Vorschrift 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 6. Juni 1997 vorgelegen haben, ist eine Änderung eingetreten. Denn die Funktionsstörungen des Klägers rechtfertigen seit der Antragsstellung am 29. August 2007 bis zum heutigen Tag die Feststellung eines GdB von 50.

Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Feststellung eines GdB von 50 ist [§ 69 Abs. 1](#) und 3 SGB IX des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 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 Vorschrift knüpft materiellrechtlich 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. 17 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, zu deren Erlass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den dem [§ 30 BVG](#) durch das Gesetz vom 13. Dezember 2007 angefügten Absatz 17 ermächtigt worden ist. Nach [§ 2 VersMedV](#) sind die auch für die Beurteilung des Schweregrades nach [§ 30 Abs. 1 BVG](#) maßgebenden Grundsätze in der Anlage "Versorgungsmedizinische Grundsätze" (Anlageband zu [BGBl. I Nr. 57](#) vom 15. Dezember 2008, G 5702) als deren Bestandteil festgelegt.

Soweit der streitigen Bemessung des GdB die GdS-Tabelle der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Teil A, S. 17 ff.) zugrunde zu legen ist, gilt Folgendes: Nach den allgemeinen Hinweisen zu der Tabelle (Teil B 1, S. 33) 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, S. 20) genannten Funktionssysteme (Gehirn einschließlich Psyche; Augen; Ohren; Atmung; Herz-Kreislauf; Verdauung; Harnorgane; Geschlechtsapparat; Haut; Blut und Immunsystem; innere Sektion und Stoffwechsel; Arme; Beine; Rumpf) zusammenfassend zu beurteilen. Die Beurteilungsspannen tragen den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung (Teil B, Nr. 1 a, S. 33).

Nach diesem Maßstab ist beim Kläger ein GdB von 50 ab dem 29. August 2007 gerechtfertigt. Dabei stützt sich der Senat auf das Gutachten von Dr. M., die eingeholten Befundberichte nebst Anlagen, die Arztbriefe sowie die vorgelegten Diabetikertagebücher des Klägers.

Das zentrale Leiden des Klägers betrifft das Funktionssystem "Innere Sekretion und Stoffwechsel" und wird durch den insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ I geprägt. Für die Zeit ab dem 22. Juli 2010 ist Neufassung der Vorschrift vom 14. Juli 2010 (Teil B Nr. 15.1) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze unmittelbar anzuwenden. Für die davor liegende Zeit kann ebenfalls auf diese Neufassung zurückgegriffen werden (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [B 9 SB 2/12 R](#)). Die Vorschriften Teil B Nr. 15.1 Abs. 3 bis 5 haben nach der Neufassung folgenden Inhalt:

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.

Somit sind nach dem Wortlaut der Neufassung für einen GdB von 50 drei Beurteilungskriterien vorgegeben: täglich mindestens vier Insulininjektionen, selbstständige Variierung der Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung sowie (durch erhebliche Einschnitte) gravierende Beeinträchtigung in der Lebensführung (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Diese Kriterien sind nicht jeweils gesondert für sich genommen starr anzuwenden, sondern sie sollen eine sachgerechte Beurteilung des Gesamtzustandes erleichtern (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Insbesondere kann das Erfordernis von "täglich mindestens vier Insulininjektionen" nicht so verstanden werden, dass ausnahmslos an allen Tagen eine Anzahl von vier Insulininjektionen durchgeführt werden muss (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Neben dem Therapieaufwand ist die Einstellungsqualität zu beurteilen (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Der GdB ist relativ niedrig anzusetzen, wenn mit geringem Therapieaufwand eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht wird. Dagegen wird der GdB bei (in beeinträchtigender Weise) wachsendem Therapieaufwand und/oder abnehmendem Therapieerfolg (instabilerer Stoffwechsellage) höher einzuschätzen sein (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Des Weiteren verlangt das Erfordernis einer "selbstständigen" Variation der Insulindosis kein "ständiges" Anpassen der Dosis. Entscheidend ist die Abhängigkeit der jeweiligen Dosierung vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung. Sie kann demnach unter Umständen auch mehrfach gleich bleiben. In keinem Fall ist insoweit allein auf die Anzahl von zusätzlichen Korrekturinjektionen abzustellen (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Darüber hinaus muss die betreffende Person durch Auswirkungen des Diabetes mellitus auch insgesamt gesehen erheblich in der Lebensführung beeinträchtigt sein (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Abgesehen davon ist für die Beurteilung des GdB bei Diabetes mellitus auch die jeweilige Stoffwechsellage bedeutsam, die im Rahmen der Prüfung des dritten Merkmals (gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung) berücksichtigt werden kann (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Auf dieser rechtlichen Grundlage verlangt die Bewertung des GdB eine am jeweiligen Einzelfall orientierte Beurteilung, die alle die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinflussenden Umstände berücksichtigt (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)). Nach Teil B Nr. 15.1 Abs 5 können außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen jeweils höhere GdB-Werte bedingen. Ausgehend von einem GdB von 40 ist danach eine Erhöhung auf 50 möglich (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2012, [a.a.O.](#)).

Nach diesen Kriterien hat der Kläger einen Anspruch auf die Feststellung eines GdB von 50. Zunächst ist festzustellen, dass bei ihm die Voraussetzungen für die Bewertung mit einem GdB von 40 nach Teil B Nr. 15.1 Abs. 3 vorliegen. Der Diabetes mellitus des Klägers wird mit einer intensivierten Insulintherapie geführt, also einer Therapie, die Hypoglykämien auslösen kann. Hier ist der Bewertungsrahmen von 30 bis 40 nach Teil B Nr. 15.1 Abs. 3 mit 40 auszuschöpfen, weil der Kläger nicht nur einmal, sondern fünf- bis sechsmal täglich Insulin spritzen, die Dosis selbständig anpassen und entsprechende Blutzuckerkontrollen durchführen muss. Ob die mit der Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen in der Lebensführung des Klägers gravierend sind und er schon deshalb einen Anspruch auf einen GdB von 50 nach Teil B Nr. 15.1 Abs. 4 hat, kann bei der noch im Wesentlichen "normalen Lebensführung" mit Vollzeitbeschäftigung als Filialleiter und familiären Aktivitäten (wenn auch mit einem höheren Planungs- und Organisationsaufwand) dahingestellt bleiben. Denn bei ihm liegt eine außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellage nach Teil B Nr. 15.1 Abs. 5 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vor, die eine Erhöhung von 40 auf 50 rechtfertigt.

Die außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellage ist auf das Nebeneinander der Erkrankungen an Diabetes mellitus, Morbus Addison und Morbus Basedow zurückzuführen. Der Senat folgt insoweit den Einschätzungen der Sachverständigen Dr. M., die im Einklang mit den Ausführungen der behandelnden Ärzte Dipl.-Med. T. und Oberarzt Dr. K. steht. Dr. M. hat gutachtlich ausgeführt, die Dosierung von Insulin werde beim Kläger durch die Mitgabe der Hydrocortison-Medikation erschwert. Dabei wirke das Hydrocortison als Gegenspieler: Eine zu niedrige Dosierung von Hydrocortison bedinge eine verminderte Belastbarkeit und eine zu hohe wirke sich als Verschlechterung des Diabetes mit Glukosesteigerung aus. Dr. K. hat am 3. Januar 2012 mitgeteilt, die Erkrankungen des Klägers führten im Zusammenspiel zu einem deutlich erhöhten täglichen Therapieaufwand. Ebenso hat Dipl.-Med. T. am 3. Februar 2012 berichtet, dass trotz guter Schulung des Klägers und trotz intensiver Therapie stärkere Blutzuckerschwankungen vorlägen. Die Nebenniereninsuffizienz müsse der Kläger intuitiv immer berücksichtigen, denn die Cortisontherapie verschlechtere die diabetische Stoffwechsellage. Die Selbstwahrnehmung werde ständig gefordert. Es müsse ein gut strukturierter Tagesablauf mit einer korrekten Einschätzung der Situation vorliegen. Regelmäßige Blutzuckermessungen - selbst in der Nacht - und Korrekturen seien erforderlich. Die Ernährung, der Arbeitsablauf, der Alltag und die Freizeitaktivitäten des Klägers würden dadurch geprägt. Zwar sind nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen die Hypoglykämien zumeist leicht und gut beherrschbar. Doch fehlen nach den Ausführungen von Dr. K. beim Kläger durch die Nebennierenrindeninsuffizienz die typischen Hypoglykämieanzeichen (Schwitzen, Zittern), sodass ein Erkennen und damit eine Reaktion schwieriger sind. Der Kläger ist auf die Mithilfe durch die Familienangehörigen oder die Arbeitskollegen angewiesen, um die Hypoglykämien zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Auch daran zeigt sich die beim Kläger aufgrund des Nebeneinanders der Autoimmunerkrankungen schwer regulierbare Stoffwechsellage. Der Therapieaufwand, um einen ausgeglichenen Blutzuckerspiegel zu halten, führt beim Kläger zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen. Er hat auf die Auswirkungen in mehreren Bereichen seines Lebens (Ernährung, Arbeit, Freizeit, Schlaf, Sexualität) hingewiesen. Trotz des hohen Aufwandes von Blutzuckermessungen und Blutzuckerkorrekturen sind die Blutzuckerwerte nicht dauerhaft im Zielbereich. Es treten häufig Über- und Unterzuckerungen auf, wie die zahlreichen Epikrisen des Universitätsklinikums J. verdeutlichen. Der mit der außergewöhnlich schwer regulierbaren Stoffwechsellage erhöhte Therapieaufwand wird schließlich durch die Vielzahl der Behandlungen und Kontrolluntersuchungen im Universitätsklinikum J. dokumentiert. Aus den Epikrisen geht hervor, dass seit Jahren immer wieder durch ambulante und stationäre Behandlungen versucht wird, die notwendigen Hormontherapien aufeinander abzustimmen und an die Lebensverhältnisse des Klägers anzupassen. Gleichwohl ist es nie gelungen, mit einem durchschnittlichen

Therapieaufwand eine befriedigende Stoffwechsellage herzustellen.

Auch unter Beachtung des nach A 3 (S. 22) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu berücksichtigenden Gesamtmaßstabs hält der Senat die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beim Kläger für gerechtfertigt. In Nr. 19 Abs. 2 der Anhaltspunkte, Ausgabe 2008 (S. 25) wird insoweit erläuternd ausgeführt, dass die Schwerbehinderteneigenschaft nur angenommen werden kann, 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 vergleichbar schwere Funktionsstörung liegt bei dem Kläger vor, weil seine gesamte Lebensführung durch das notwendige Kompensieren der durch das Autoimmunsyndrom ausgefallenen Stoffwechselfunktionen geprägt ist.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegt nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2013-04-29