

Neufassung des Grades der Behinderung beim Diabetes mellitus - einekritische Bestandsaufnahme *

Dr. med. Ernst v. Kriegstein

Die Einteilung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Bezug auf den Diabetes mellitus in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" ("Anhaltspunkte") (4, 5) wird seit vielen Jahren kritisiert (2, 16).

Mit Schreiben vom 16.04.2004, AZ 435 - 65 463 - 5, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) den Diabetesbereich jetzt neu gestaltet (Tab. 1).

Diabetes mellitus	GdB/MdE-Grad
Typ I durch Diät und alleinige Insulinbehandlung	
- gut einstellbar	40
- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien	50
Typ II durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation) oder durch Diät	
- und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d.h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar	10
- und Sulfonylharnstoffe (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika) ausreichend einstellbar	20
- und orale Antidiabetika und ergänzende oder alleinige Insulininjektionen ausreichend einstellbar	30
Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.	

Tabelle 1 : Neue, derzeit zugrunde zu legende GdB/MdE-Bewertung "Anhaltspunkte" 2004 (6)

Diese Neufassung war offenkundig notwendig geworden, da das BMGS eine höhere Bewertung des Diabetes mellitus Typ 2 als 30 % nicht für angemessen hält und das Landessozialgericht von Rheinland-Pfalz in seinem Urteil vom 20.01. 2003 - Az: L 4 SB 135/02 - ausgeführt hatte, dass nur mit Insulin behandelte Typ 2 Diabetiker immer den GdB von 40 % zuerkannt bekommen müssten, da die "Anhaltspunkte" 1996 den GdB von 30 % nur für Diabetiker mit einer die Tablettenbehandlung ergänzenden Insulintherapie vorsahen und für die alleinige Insulinbehandlung die Einteilung erst unter der mit 40 % bewerteten Therapie zur Verfügung stand, s. Tabelle 2.

Diabetes mellitus	GdB/MdE-Grad
durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation) oder durch Diät	
- und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d. h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar	10 v.H.
- und Sulfonylharnstoffe (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika) ausreichend einstellbar	20v.H.
- und orale Antidiabetika und ergänzende Insulininjektionen ausreichend einstellbar 30 v.H.	30 v.H.
durch Diät und alleinige Insulinbehandlung	
- gut einstellbar	40 v.H.
- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien	50 v.H.
Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.	

Tabelle 2 : 26.15 Stoffwechsel, innere Sekretion; "Anhaltspunkte" 1996 (5)

Im gleichen Jahr hatte das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf eine noch gravierendere Kritik an den "Anhaltspunkten" in Bezug auf die Diabetesregelungen geübt und war zu folgenden Leitsätzen (SG Düsseldorf – Az.: S 31 SB 388/01 – Urteil vom 05.03.2003) gekommen:

- "1. Die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" - Anhaltspunkte - entsprechen hinsichtlich der Bewertung des Diabetes mellitus nicht dem herrschenden Stand der sozialmedizinischen Wissenschaft und sind daher - in Anwendung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - beim Diabetes mellitus nicht mehr anzuwenden.
2. Den herrschenden Stand der Wissenschaft gibt beim Diabetes mellitus der von der Deutschen Diabetes Gesellschaft aufgestellte GdB - Katalog wieder. Dieser GdB Katalog ersetzt daher die diesbezüglichen Bestimmungen der "Anhaltspunkte"."*

Der Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft hatte dem Ministerium 1994 einen Vorschlag zur Neuregelung der Diabetesbewertung unterbreitet und einen Auszug davon nach dem Erscheinen von zuvor als nicht anwendbar eingestuften Regelungen (16) in Diabetes und Stoffwechsel veröffentlicht, "um den begutachtenden Ärzten Argumente an die Hand" zu geben, "wenn sie den Eindruck haben, dass den Behinderungen durch den Diabetes mellitus in den "Anhaltspunkten" bei dem von ihnen zu beurteilenden Patienten nicht ausreichend Rechnung getragen wird" (2).

Bei der Anhörung von Sachverständigen am 22.02.1994 zur Neufassung der "Anhaltspunkte" 1983 (4), war es ursprünglich zu einer Einigung über die Bewertung nach der durchgeführten Therapie und nicht nach einem wie auch immer feststellbaren Schweregrad der Einstellbarkeit des Diabetes mellitus gekommen. Nach einer persönlichen Mitteilung von Herrn Ministerialdirektor Dr. Raddatz vom 2. Februar 1999 wurde dieses Ergebnis später von der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) verworfen und die Bewertung wieder weitgehend nach den alten Kriterien durchgeführt. Die Tabelle 3 zeigt einen Ausschnitt aus der vom Ausschuss Soziales der DDG vorgeschlagenen Bewertung (2) (DDG-Vorschlag). Im Vorschlag vom 16.11.1994 war die Tabelle noch um Bewertungen schwerer Hypoglykämien erweitert, die ebenso wie Organkomplikationen in ihren Auswirkungen zusätzlich bewertet werden müssen.

Diabetes mellitus behandelt mit Diät	GdB/MdE- Grad
- ohne blutzuckerregulierende Medikation	10v.H.
- und Kohlenhydratesorptionsverzögerern oder Biguaniden (d. h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen)	20v.H
- und Sulfonylharnstoffen (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika)	30v.H
- und einer Insulininjektion am Tag (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika)	40v.H.
mit zwei und mehr Insulininjektionen pro Tag oder mit Insulininfusionssystemen, je nach Häufigkeit der notwendigen Stoffwechselkontrollen	50-60 v.H.

Tabelle 3 : GdB/MdE-Bewertungsvorschlag des Ausschusses Soziales der DDG (2)

Bei dem Urteil des Sozialgerichtes Düsseldorf handelte es sich nicht um eine Entscheidung eines höheren Gerichtes, das für die weitere Rechtsprechung Maßstäbe setzen könnte. Dennoch haben Rösner et al. dieses Urteil zum Anlass genommen, die "Anhaltspunkte" von 1996 gegenüber dem DDG-Vorschlag zu verteidigen (17).

Sie kritisieren, dass der DDG-Vorschlag nur die durchgeführte Therapie zur Beurteilung heranzieht und führen aus:

"...die in Nr. 26.15 der "Anhaltspunkte" enthaltene Einteilung für die GdB/MdE-Beurteilung" stellt "nur scheinbar die Behandlung in den Vordergrund Im Kern basiert sie auf der Pathogenese der Erkrankung und berücksichtigt die nach der vorgenommenen Einteilung jeweils unterschiedlich resultierende Funktionseinschränkung. Dabei beachten die einzelnen GdB/MdE-Werte sehr wohl den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Bei der Anwendung der "Anhaltspunkte" ist es dem fachlich versierten Gutachter grundsätzlich erlaubt, aus den Angaben zu den einzelnen Therapiekonzeptionen eindeutige Rückschlüsse auf den jeweiligen Typ des Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) zuziehen. Hiervon abhängig ist wiederum die sachlich korrekte Bewertung des Einzelfalls wie z. B. bei der Differenzierung eines GdB/MdE-Grades von 30 oder 40. Ist die Stoffwechselstörung mit Diät und oralen Antidiabetika ausreichend einstellbar, handelt es sich um einen Typ-2-Diabetes. Ist ein Ausgleich des Verlustes der körpereigenen Insulinproduktion nur durch Insulininjektionen und Diät erreichbar, ist von einem Typ-1-Diabetes auszugehen. Dies bedeutet, dass die Beurteilung mehr vom Typ sowie der jeweiligen Ausprägung und Auswirkung der Stoffwechselstörung abhängig ist und weniger von der Art der Behandlung. Dies bedeutet auch, dass die Auswirkungen des Diabetes mellitus (einschließlich der auf psychischem Gebiet) bei Betroffenen mit einem Typ-1-Diabetes in der Regel gravierender sind als bei einem Typ-2-Diabetes. Mithin muss der GdB/MdE-Grad bei einem Typ-2-Diabetes, auch wenn er mit Insulininjektionen behandelt wird und damit ausreichend eingestellt ist, im Regelfall niedriger liegen (30 nach Nr. 26.15 der "Anhaltspunkte") als bei einem Typ-1-Diabetes, der mit Insulin ausreichend eingestellt ist (40 nach Nr. 26.15 der "Anhaltspunkte"). Dies entspricht auch der Auffassung der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirates beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, dies sich nach der Neufassung der "Anhaltspunkte" mehrfach mit dieser Thematik befasst hat."

Heilt nun die Neufassung der "Anhaltspunkte" 2004 (6) unter Berücksichtigung der Begründung von Rösner et al. die bisherigen Defizite der "Anhaltspunkte" 1996?

Forderungen des SGB IX

Das Schwerbehindertenrecht ist jetzt im SGB IX "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" geregelt. Im § 1 heißt es: *"Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch ..., um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern,..."* (7). Daher ist es für eine adäquate Erarbeitung einer GdB/MdE-Tabelle, wie die "Anhaltspunkte",

erforderlich, sich die Schwierigkeiten für Integration in die Gesellschaft anzusehen, die die einzelnen Erkrankungen zur Folge haben, und sie miteinander zu vergleichen. Außerdem ist die Gesetzeslage zu berücksichtigen, die für GdB/MdE-Werte entweder keine oder entsprechend der jeweiligen Werte abgestufte Leistungen vorsieht. Ist es mit den in den "Anhaltspunkten" zu findenden Bewertungen möglich, das vom Gesetz angestrebte Ziel zur Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe in der Gesellschaft zu erreichen?

Selbstverständlich sollte sein, dass eine in der GdB/MdE-Tabelle aufgelistete Erkrankung so differenziert wird, dass die Bewertungskriterien angewendet werden können und sie das Krankheitsbild vollständig abbilden. Anderenfalls würde es dem Artikel 19,1 Grundgesetz, der vorsieht, dass Grundrechte betreffende Gesetze "allgemein und nicht nur für den Einzelfall gelten" müssen, widersprechen. Da die "Anhaltspunkte" sicher dazu beitragen sollen, dass das Grundrecht aus Artikel 3,3 "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden" in Anspruch genommen werden kann, ist dies hier sicher zwingend erforderlich. Wie steht es in den "Anhaltspunkten" 2004 damit für die Erkrankung Diabetes mellitus?

"Anhaltspunkte" 2004 sind ebenso inkonsistent wie die von 1996

Die in Nr. 26.15 der "Anhaltspunkte" 1996 (5) enthaltene Einteilung für den Diabetes mellitus - erstreckt dann sicher auch die der aktuellen Version - basiere nach Rösner et al.(17) auf der "Pathogenese der Erkrankung und berücksichtigt die nach dervorgenommenen Einteilung jeweils unterschiedlich resultierende Funktionseinschränkung" - jedoch, welche Funktionseinschränkungen haben "gut einstellbare", "ausreichendeinstellbare" und "schwer einstellbare" Erkrankte? Wie wird die Einstellbarkeit überhaupt festgestellt?

In dem Rundschreiben an die für die Kriegsopferversorgung zuständige oberste Landesbehörde der Länder vom 03.11.2003 - Az.: 435-65463-5 - des BMGS heißt es:

"Die GdB/MdE-Bewertung bei Diabetes mellitus ist primär vom Typ sowie der jeweiligen Ausprägung und Auswirkung der Stoffwechselstörung - und nur sekundär von der Art der Behandlung - abhängig. Wird ein Typ-II-Diabetes mellitus allein mit Insulin behandelt und ist er unter dieser Behandlung ausreichend eingestellt, kommt daher nur ein GdB/MdE-Grad von 30 in Betracht."

Der Begriff "einstellbar" taucht gar nicht auf. Ist daraus zu schließen, dass es doch nicht um die Einstellbarkeit geht sondern nur um die **erreichte Einstellung** ? Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass es - abweichend von der Formulierung der "Anhaltspunkte" - tatsächlich nur um die jeweils erreichte Einstellung geht.

Der Gutachter hat in der Regel aufgrund des Antrages und des beim behandelnden Arzt oder Krankenhaus Erfragten Angaben zur Person, zum Therapiekonzept und zu den erreichten Stoffwechselfparametern - z.B.: Mann mit Diabetes mellitus, 31 Jahre, BMI von 26 kg/m², zwei Insulininjektionen/Tag, HbA1c-Wert von 7,4 %. Ist er nun ein Mensch mit "ausreichend" eingestelltem Typ 2 Diabetes mellitus entsprechend GdB von 30 % oder einer mit "gut" eingestelltem Typ 1 Diabetes mellitus entsprechend GdB von 40 %?

Nach Rösner et al.(17) sei es einem Gutachter ja grundsätzlich erlaubt, aus derartigen Angaben "eindeutige Rückschlüsse auf den jeweiligen Typ des Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) zu ziehen". Diese Kasuistik ist natürlich so gewählt, dass beide Typen möglich wären. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Diabeteskliniken, Geschäftsstelle: Dr. W. Knisel, Reha-Klinik Kandertal, 79429 Malsburg-Marzell, gibt ein Mitgliederverzeichnis heraus. In ihm werden auch Angaben zu den in den Kliniken behandelten Diabetikern gemacht. Trotz der Behandlung im stationären Rahmen wurden im Verzeichnis von 2002 bis zu 8,6 % der Patienten als nicht eindeutig dem Typ 1 oder 2 zuordenbar bezeichnet. Wie ist die oben zitierte Aussage dem gegenüber einzuordnen?

Im Übrigen ist auch die Aussage falsch, dass "eine genaue Differenzierung beider Krankheitstypen ... heute mittels Antikörpernachweis möglich" sei (17). Nach dem Vorschlag der Amerikanischen Diabetes-Gesellschaft von 1997, der 1999 von der WHO übernommen wurde, wird die Erkrankung Diabetes mellitus in mehr als 57 pathogenetisch unterscheidbare Formen unterteilt. Der Typ 1 A ist immunologisch vermittelt - d.h. hier ist ein Antikörpernachweis möglich. Beim Typ 1 B werden keine Antikörper gefunden - seine Genese wird als idiopathisch angesehen (13).

Nach der Rechtsprechung kommt es im Übrigen gar nicht auf die Diagnosen an, sondern nur auf das tatsächliche Ausmaß festgestellter Funktionsbeeinträchtigungen (BSG-Urteil vom 27.02.2002 AZ: B 9 SB

6/01 R). Daher spielen die Diagnosen, wie es die "Anhaltspunkte" 2004 zu Unrecht signalisieren, für die Bewertung überhaupt keine Rolle. In den Leitsätzen des Urteils des Bayerisches Landessozialgerichtes vom 23.07.2003 - AZ.: L 18 SB 8/02 - heißt es dazu:

"2. Ein GdB ist nicht dann falsch gesetzt, wenn sich eine angenommene Krankheit als Fehldiagnose erweist. Der GdB wäre nur dann fehlerhaft, wenn die Folgen der Funktionsbeeinträchtigung falsch eingeschätzt worden wären."

Zurück zur obigen Kasuistik:

Beim Typ 2 liegt der Zielwert des HbA1c lt. Leitlinie der DDG unter 6,5 %, aber ein Handlungsbedarf besteht ab einem Wert von über 7 % (9). Wenn sich ein Handlungsbedarf - wie bei dem obigen Wert von 7,4% - ergibt, muss man nicht dann nicht von einem " nichtausreichend eingestellten " Diabetes mellitus Typ 2 sprechen? Da sich ein Kriterium für eine nicht ausreichende Einstellung nirgends in den "Anhaltspunkten" findet, bleibt nur die Einordnung unter " schwereinstellbar " übrig, wenn man davon ausgeht, dass die "Anhaltspunkte" diese Diabetiker nicht von der Beurteilung ausschließen wollen. Hier müsste also der Betroffene trotz seines Diabetes mellitus Typ 2 einen GdB von 50 zuerkannt bekommen. Warum gibt es für den Typ 2 keine Einteilung "schwer einstellbar" (eigentlich "schlecht eingestellt"), obwohl es einige besonders Insulinresistente gibt, bei denen sich auch langjährig erfahrene Diabetologen die Zähne ausbeißen und keine Werte unter 8 % erreichen?

Nach den Leitlinien der DDG liegt für den Typ 1 der Wert, ab dem sich ein Handlungsbedarf ergibt, bei einem HbA1c von 7,5 %. Eine Definition für eine "gute" Einstellung findet sich in der Leitlinie zum Typ 1 nicht (10). Der Diabetes in obigem Fall ist nach der Leitlinie der Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) sicher nur "ausreichend eingestellt". Wo findet sich eine derartige Einordnung in den "Anhaltspunkten" für den Typ 1? Wird hier nicht auch deutlich, dass die "Anhaltspunkte" nicht als ein **geschlossenes Beurteilungsgefüge** anzusehen sind und damit dem Anspruch unseres Grundgesetzes nicht genügen?

Eisfelder (12) bezeichnet eine Einstellung als "schlecht", so dass der GdB angehoben werden sollte, wenn " *mehrere HbA1c-Werte über 9 %* " liegen. Da der Begriff " schlecht eingestellt " in den "Anhaltspunkten" jedoch nicht auftaucht, muss wohl davon ausgegangen werden, dass damit auch das " schwer einstellbar " der "Anhaltspunkte" gemeint ist.

Da eine "ausreichende" Einstellung in den "Anhaltspunkten" für den Typ 1 nicht vorgesehen ist, wird dann eine Einstellung bis zum HbA1c-Wert von 9 % als "gut einstellbar" gewertet? Wer gibt der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirates beim BMGS das Recht, sich so weit vonevidenzbasierten Leitlinien zu entfernen?

"Anhaltspunkte" missachten weiterhin die Integrationsmöglichkeiten und -notwendigkeiten

Natürlich haben Menschen mit Diabetes mellitus auf Grund des zugrunde liegenden Diabetes-Typs - die evtl. gelegentlich doch einmal schwierige Differenzierbarkeit außer acht gelassen - unterschiedliche Beeinträchtigungen für die Integration in die Gesellschaft. Darüber hinaus gibt es aber Beeinträchtigungen allein durch die durchgeführte Therapie vor allem infolge des mit den Therapieformen verknüpften unterschiedlichen Hypoglykämie-Risikos und auch der unterschiedlichen Notwendigkeiten von Selbstverletzungen sowie von zeitgebundenen Maßnahmen. Dies hat eindeutig nachteiligere Folgen für die Einbindung in das Erwerbsleben und den gesellschaftlichen Bereich als die Diagnose - erstaunlicherweise gehen Rösner et al. mit keinem Wort auf derartige Funktionsverluste ein (17). Müssen diese Integrationshemmnisse für die Feststellung des Grades der Behinderung daher nicht stärker in die Bewertung einbezogen werden? Der insulinspritzende Typ-2-Diabetiker kann sich mit 30 % zwar gleichstellen lassen, die Kriterien des § 72, 1 SGB IX (7) werden nicht erreicht. Bei Insulinbehandelten würde aber der Punkt d) des § 72, 1 SGB IX zumindest in Bezug auf den Funktionsverlust zutreffen, wenn sie den GdB von 50 % zuerkannt bekämen:

*"Im Rahmen der Erfüllung der Beschäftigungspflicht sind in angemessenem Umfang zu beschäftigen schwerbehinderte Menschen, die nach Art oder Schwere ihrer Behinderung im Arbeitsleben besonders betroffen sind, insbesondere solche, ...
d) bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge ... seines Anfallsleidens vorliegt ..."*

Aufgrund der den Anfällen vergleichbaren Auswirkungen bei den mit der Insulintherapie nicht ausschließbaren Hypoglykämien kommt es zu ähnlichen Funktionsbeeinträchtigungen. Auch bei Hypoglykämien, wie bei epileptischen Anfällen, kann das Bild von ausschließlich Befindlichkeitsstörungen

ohne arbeitsmedizinisch relevante Symptome bis hin zu Ereignissen mit unangemessenen Handlungen oder Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewusstseinsstörung reichen.

Bei der Insulintherapie des Typ 1 Diabetes mellitus muss mit 2-3 Hypoglykämien pro Woche gerechnet werden (10) - bei denen die allermeisten zum Glück ohne offenkundigen Einfluss auf die Handlungsfähigkeit verlaufen. Insbesondere bei gut eingestellten insulinbehandelten Diabetikern - die nach den "Anhaltspunkten" jedoch nur einen GdB von 40 % erhalten - ist mit einer noch höheren Anzahl zu rechnen. So ist auch der Anteil der schweren Hypoglykämien bei intensiviert behandelten dreifach höher als bei konventioneller Therapie (11), die als Maßstab für die Hypoglykämierate in der Leitlinie (10) angeführt wird. Während von schweren Hypoglykämien erst bei Fremdhilfebedarf gesprochen wird und von Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen erst bei Blutzuckerwerten von unter 30 mg/dl (Normbereich für Nüchtern-Blutzuckerwerte nach WHO 60-100 mg/dl [3,3 - 5,6 mmol/l] [19]) finden sich schon cerebrale Leistungseinbußen mit z.B. verkehrsmedizinischer Relevanz bei Werten zwischen 47 (2,6 mmol/l) und 65 mg/dl (3,6 mmol/l) (8). Aus diesen Gründen gibt es nachvollziehbar eine "legitime Diskriminierung" von Menschen mit Diabetes mellitus (14).

Beispielhaft seien die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit angeführt, in der die durchgeführte Therapie zu unterschiedlicher Bewertung führt und nur schwere Stoffwechselentgleisungen zusätzlich bewertet werden. Die Diagnosen werden nicht zu Differenzierungen heran gezogen (3). Wegen der therapieabhängigen Hypoglykämiegefahr kommt es beim Diabetes in verschiedenen beruflichen Zweigen von der Diagnosestellung bis zur Insulinbehandlung zu einem unterschiedlichen Ausmaß der Gefährdung des Arbeitsplatzes. In den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen von derzeit 46 Positionen werden in 18 Positionen Diabetiker betroffen - zumindest wenn die generalisierten Angaben, wie chronische Krankheiten mit reduzierten Abwehrkräften und Erkrankungen des Stoffwechsels oder des endokrinen Systems, einbezogen werden (15). Hier wird nirgends zwischen den Typen 1 oder 2 unterschieden. Nur einmal geht es um die Einstellbarkeit. Insgesamt ist jedoch erkennbar, dass mit zunehmender "Ausprägung" der Erkrankung im beruflichen Bereich zunehmende Bedenken formuliert bzw. Anforderungen an die Arbeitsplatzverhältnisse gestellt werden und damit zwangsläufig Arbeitsplatzverluste drohen können.

Die "Ausprägung" der Erkrankung Diabetes mellitus lässt sich in der Regel an der durchgeführten Therapie erkennen. Die Therapieziele sind für alle Diabetesformen im Grunde ähnlich, s.o.. Lediglich die mit den Unterzuckerungen verbundenen individuellen Gefährdungen modifizieren diese Ziele abhängig von der bestehenden Lebenserwartung und der damit verbundenen Notwendigkeit, das Auftreten von Folgeerkrankungen noch verhindern oder nicht mehr verhindern zu müssen. Die den Alltag belastenden oder den Beruf gefährdenden Maßnahmen werden sicher nicht zunehmend gesteigert, um einen höheren GdB sondern um das Therapieziel zu erreichen.

Wenn ein Diabetiker z.B. wegen der mit einer Sulfonylharnstoffbehandlung verbundenen Hypoglykämiegefahr seinen Arbeitsplatz verliert, kann er nach der Einteilung der derzeitigen "Anhaltspunkte" und auch der der vorangehenden nicht nach SGB IX § 2, 3 gleichgestellt werden, so dass für das Integrationsamt keine Erfordernis nach § 85 SGB IX der Zustimmung bei der Kündigung des Betroffenen besteht. Es kann nicht überprüfen, ob seinem Arbeitgeber evtl. doch zuzumuten ist, ihn auf einen anderen Arbeitsplatz umzusetzen. Mit einem GdB von 30 % könnte aber diese Form der Förderung zur Integration in die Gesellschaft erfolgen. Warum soll diese vom SGB IX vorgesehene Förderungsmöglichkeit gegen den Verlust des Arbeitsplatzes nur aufgrund der Gefährdung durch die zur Behinderung führenden Erkrankung den betreffenden Behinderten vorenthalten werden?

Da es für Insulinbehandelte einen noch größeren Anteil von Arbeitsplätzen gibt, die für sie Beschränkungen vorsehen, erscheint es sinnvoll, um dem Ziel des SGB IX zu dienen, diesem Personenkreis die Schwerbehinderteneigenschaft (= GdB von 50 %) auf Antrag zuzuerkennen - zumal die Beeinträchtigungen sich auch negativ außerhalb der Arbeitswelt auf die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken.

So weit hergeholt scheint diese Forderung ja nicht zu sein. In der ehemaligen DDR hatten alle Insulinbehandelten den Schwerbeschädigtenausweis II, der nach dem Einigungsvertrag mit einem GdB von 50 % bewertet wird.

GdB/MdE-Bewertung bei Diabetes mellitus nach der Empfehlung des Ausschusses Soziales der Deutsche Diabetes-Gesellschaft

Wie in den "Anhaltspunkten" 1996 (5) und 2004 (6) waren auch in den "Anhaltspunkten" von 1983 (4) die Kriterien so unscharf definiert, dass sie nicht alle Menschen mit Diabetes mellitus erfassten und die Bewertungsergebnisse beim Vergleich der Bescheide von klinisch ähnlich betroffenen Patienten z.T. nicht nur als willkürlich empfunden wurden, sondern auch zwangsläufig zu sozialen Ungerechtigkeiten führten (16). Der Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft hatte deswegen dem Ministerium 1994 u.a. den in Tabelle 3 dargestellten Vorschlag unterbreitet, der diese Mängel vermied.

Ersichtlich werden hier alle Diabetiker erfasst, da davon ausgegangen werden kann, dass alle Diabetiker, die einen Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung stellen und ihren Diabetes mellitus dabei mitbewerten haben wollen, einer der aufgeführten Behandlungsformen unterliegen. Dieser DDG-Vorschlag berücksichtigt die Ausprägung der Erkrankung, die, wie dargestellt, Einfluss auf die bestehenden Schwierigkeiten bei der gesellschaftlichen Partizipation hat.

Um wie Rösner et al. (17) ein Beispiel für einen Behinderungsvergleich anzuführen, soll die Frage gestellt werden, ob ein - sicher damit auch von einem schweren Schicksal betroffener - Mensch mit "Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke" - "Anhaltspunkte" 2004 (6) bewerten dies wie bisher mit 50 % - für Teilhabe am Leben in der Gesellschaft tatsächlich mehr Schwierigkeiten als ein "gut einstellbarer" insulinispritzender Diabetiker hat? Gibt es für ihn auch eine so große Anzahl von geltenden Rechtsnormen und Richtlinien sowie andere Vorschriften - die obig genannten Beispiele lassen sich noch ergänzen -, die zwangsläufig zu einer ausgleichwürdigen Funktionsbeeinträchtigung führen?

Hingewiesen werden soll dabei noch auf die "Richtlinie für die Einstellung von Diabetikerinnen und Diabetikern in den öffentlichen Dienst" (z.B.: Nds. MBl. 5/1993 Seite 118), wonach für die Einstellung und Verbeamtung in den öffentlichen Dienst bei den dafür notwendigen Untersuchungen "wenigstens drei Blutzuckerwerte zu geeigneten Zeiten im Tagesverlauf zu messen" seien. "Die Maximalwerte sollten bei insulinbehandelten Diabetikerinnen und Diabetikern eine bis zwei Stunden nach den Mahlzeiten nicht wesentlich über 220 mg/dl Glukose liegen, bei diät- und tablettenbehandelten nicht über 160 mg/dl." Viele Diabetiker könnten danach in diesem großen Betätigungsfeld - 1999/2000 waren, errechnet nach Angaben des Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland zwischen 13 und 14 % der Erwerbstätigen im öffentlichen Dienst beschäftigt (18) - nur mit einer Schwerbehinderung aufgenommen werden. Auch hier wird kein Unterschied zwischen Typ 1 oder Typ 2 Diabetes gemacht.

Der DDG-Vorschlag bewertet auch die jeweilige Ausprägung und Auswirkung der Stoffwechselstörung, da verbunden mit den aufgeführten Behandlungen jeweils auch eine zunehmende Beeinträchtigung für die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (= Funktionsbeeinträchtigung) verbunden ist.

Die erforderlichen Maßnahmen schon zur Behandlung des diätetisch behandelbaren Diabetes mellitus schränken die "Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" deutlich ein. Eine einfache Änderung des Ernährungsverhaltens führt nicht zu langzeitigen Erfolgen. Wie die amerikanische Diabetesgesellschaft ausführt (1), sind intensive Lifestyleprogramme erforderlich - dies bedeutet nichts anderes, als dass abweichend von der bisherigen Lebensplanung Änderungen notwendig sind, die die Integration in das Leben der Gesellschaft erschweren. Dabei handelt es sich nicht um Maßnahmen allein zur Prävention, um statistische Risiken zu beeinflussen, sondern um Maßnahmen, die zur Verhinderung aktueller Stoffwechsellentgleisungen zwingend notwendig sind. Mit einem GdB von 10 sind noch keine direkten Förderungen nach SGB IX verbunden. In der Regel unterbleibt auch eine Anrechnung dieses GdB bei vorhandenen anderen Behinderungen. Lediglich träfe der im Grundgesetz Artikel 3 definierte Diskriminierungsschutz, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf, mit dieser Bewertung auch auf diätetisch behandelte Diabetiker zu.

In dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz zur arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung G 41 "Arbeiten mit Absturzgefahr" (15) soll der "insbesondere medikamentös zu behandelnde" Diabetes mellitus auf die Eignungsfähigkeit beurteilt werden. Es wird hier der diätetisch Behandelte anders bewertet als z.B. der mit zusätzlich z.B. Metformin, so dass sich hier eine Differenzierung in den "Anhaltspunkten" zwischen den diätetisch Behandelten mit einem GdB von 10 % und den - wie oben dargelegt - mit 30 % zu bewertenden Sulfonylharnstoffbehandelten anbietet. Also 20 %.

Bei einer die Tablettenbehandlung ergänzenden Insulinbehandlung mit einer Insulininjektion am Tag ist es leichter möglich, die im Gegensatz zur Sulfonylharnstoffbehandlung nicht blutzuckerabhängige vermehrte Insulinwirkung in Tageszeitpunkte wie z.B. die Nacht zu verschieben, so dass sich daraus eine geringere Hypoglykämiegefahr für eine evtl. sonst gefährdete Berufstätigkeit ergibt. Hier ist daher das Ausmaß der Funktionseinschränkung noch nicht so ausgeprägt wie bei einer ganztägigen Wirkung des exogen

zugeführten Insulins. Es erscheint daher angemessen, die Einstufung zwischen der Behandlung mit Betazytotropika und der Therapie mit mehrfachen Insulininjektionen am Tag zu wählen = 40 %.

Die "Anhaltspunkte" 1983 (4) sahen für den mit Insulin schwer einstellbaren Diabetes mellitus einen GdB von 40-60 % vor. Es sind keine Gründe ersichtlich - auch auf der Anhörung von Sachverständigen am 22.02.1994 zur Neufassung der "Anhaltspunkte" im BMA wurden keine aufgeführt - warum die schwersten Diabetesformen mit den meisten Einschränkungen in das Beurteilungsgefüge der "Anhaltspunkte" mit einer Bewertung von 60 % nicht mehr passen sollten. Je schwieriger ein Diabetes zu führen ist, desto aufwändiger muss das Ausmaß der Selbstkontrolle gestaltet werden. Darüber hinaus führt die Selbstkontrolle zu eigenen Funktionsverlusten. Man denke nur an hygienische Vorschriften. Daher führte die Notwendigkeit einer engmaschigen Selbstkontrolle im Vorschlag der DDG zu der damals für den Diabetes ohne "Organkomplikationen (wie z.B. an den Augen) sowie sonstige Behinderungen" evtl. durchaus adäquaten Bewertung von 60 %.

Schlussbetrachtung

Es ist sehr erfreulich, dass die 31. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf die Überarbeitungsnotwendigkeit der GdB/MdE-Beurteilung der "Anhaltspunkte" des Diabetes mellitus in seinem Urteil vom 5.3.2003 (S 31 SB 388/01) gesehen und sogar empfohlen hat, nur den Vorschlag des Ausschusses Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zukünftig anzuwenden. Das hier Vorgetragene soll diese Entscheidung gegenüber den Angriffen aus der Sektion "Versorgungsmedizin" des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMGS verteidigen und die Begründungen für die empfohlene Systematik nachliefern. Wie, wenn nicht mit der Hilfe der Kriterien des SGB IX § 2, sollten Nachteilsausgleiche geschaffen werden, damit die geschilderten Behinderungen beim Diabetes mellitus nicht zur grundgesetzlich untersagten Benachteiligung führen?

Literatur :

1. American Diabetes Association: Nutrition principles and recommendations in diabetes. Diabetes Care 27 (2004) Suppl, 1, S36-S 46
2. Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft: Die Einstufung des Grades der Behinderung beim Diabetes mellitus. Diabetes und Stoffwechsel 7 (1998) 37-38
3. Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft: Die Fahrerlaubnis beim Diabetes mellitus. Diabetes und Stoffwechsel 8 (1999) 35-38
4. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Köllen Druck und Verlag GmbH, Bonn 1983
5. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Köllen Druck und Verlag GmbH, Bonn 1996
6. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/K710.pdf>
7. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ratgeber für behinderte Menschen. info@bmgs.bund.de: Bestell-Nr.: A 712; Bonn 2003
8. Clarke WL, Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Kovatchev B: Hypoglycemia and the decision to drive a motor vehicle by persons with diabetes. JAMA 282 (1999), 750-754
9. Deutsche Diabetes-Gesellschaft: Evidenzbasierte Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft: Antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Diabetes und Stoffwechsel 12 (2003) Suppl. 2, 11-31
10. Deutsche Diabetes-Gesellschaft: Evidenzbasierte Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft: Therapie des Diabetes mellitus Typ 1. Diabetes und Stoffwechsel 12 (2003) Suppl. 2, 47-66
11. Egger M, Smith G, Stettler C, Diem P: Risk of adverse effects of intensified treatment in insulin-dependent diabetes mellitus: a meta-analysis. Diabet Med 14 (1997) 919-928
12. Eifelder B: Gutachtliche Gesichtspunkte nach dem Schwerbehindertenrecht beim Diabetes mellitus. MedSach 100(2004) 23-26
13. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 20 (1997) 1183-1197
14. Finck H: Diskriminierung von Diabetikern. In: Diabetes und Soziales: Ein praktischer Ratgeber für alle Diabetiker und Ihre Angehörigen. Hrsg.: Finck H, Malcherczyk L, 3. Auflage. Mainz: Kirchheim-Verlag, (2002) 371-381

15. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V.: Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 2. Auflage. Stuttgart: Gentner Verlag (2002)
16. Kriegstein E v: Vorschlag zur Bewertung des Grades der Behinderung bei Insulinbehandelten Diabetikern. Diabetes und Stoffwechsel 3 (1994) 34-36
17. Rösner N, Schmidt L, Klug A: GdB/MdE-Bewertung bei Diabetes mellitus in den "Anhaltspunkten" - korrekturbedürftig? MedSach100 (2004) 27-32
18. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2001
19. World Health Organization: Diabetes mellitus. Technical Report Series 727, Genf 1985

Die zitierten Gerichtsurteile und ministeriellen Schreiben finden sich auf beiden Web-Seiten:
<http://www.anhaltspunkte.de/> und <http://www.uwendler.de/vsb/>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ernst v. Kriegstein
Lyraweg 1
29549 Bad Bevensen
ernst@kriegstein.de

* mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Kircheim-Verlages, veröffentlicht in: Diabetes und Stoffwechsel 13 (2004) 271-277