

# Sozialrecht - Online

## Ausgabe 5/2004

vom 10.09.2004

Herausgeber und verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes Karen Schillings,  
Spessartstr. 15, 41239 Mönchengladbach

Die Zeitschrift erscheint alle 2 Monate

### ● Aufsätze

[Sind die Anhaltspunkte  
im gerichtlichen  
Verfahren angreifbar?](#)

[Parkerleichterungen  
außerhalb der aG-  
Regelung](#)

[GdB beim Diabetes  
Mellitus](#)

### ● Informationen

[Schwerbehinderten-  
Versorgungsrecht](#)

[Verfahrensrecht](#)

[Unfallversicherung](#)

[Rentenversicherung](#)

[Pflegeversicherung](#)

### ● Buchrezension

### ● Service

**Liebe Leser,**

unsere Zeitung ist diesmal besonders umfangreich. Die Redaktion bedankt sich besonders bei Dr. med. Ernst v. Kriegstein für die Abdruckgenehmigung seines Beitrages zur Bewertung des Diabetes Mellitus.

Unser Dank gilt auch vielen Lesern, die sich mit vielen freundlichen und aufmunternden Kommentaren zu unserer Onlinezeitung an die Redaktion gewandt haben.

Wie Sie wahrscheinlich bereits wissen, arbeiten wir mit der Internetseite [www.uwendler.de](http://www.uwendler.de) zusammen. Wer weitergehende Informationen zum Schwerbehindertenrecht sucht, sollte auch diese Seite regelmäßig aufsuchen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht ihr Team von *Sozialrecht Online*.

## Lassen sich die in den „Anhaltspunkten“ festgesetzten GdB-Sätze im gerichtlichen Verfahren angreifen ?

von Martin Schillings, Richter a. SG

### Rechtsnatur der „Anhaltspunkte“

Die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ (AP) ,herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit geben die GdB Bildung für eine Reihe von häufigen Erkrankungen vor. Die AP stellen nach in der juristischen Literatur unbestrittener Auffassung keine Rechtsnormen dar, da sie weder vom Gesetzgeber noch von einer durch den Gesetzgeber ermächtigten Stelle erlassen sind

(vgl. nur BSG, Urteil vom 23.06.1993, 9/9a RVs 1/91).

Auch handelt es sich bei ihnen um keine allgemeinen Verwaltungsvorschriften des Bundes. Sie werden vielmehr ohne gesetzliche Ermächtigungsgrundlage von dem Bundesministerium (BMGS) herausgegeben und veröffentlicht

(BSG a.a.O.).

Somit kommt den AP keine Rechtsnormqualität zu. Sie sind aber auch nicht nur als unverbindliche Richtlinien für medizinische Sachverständige zur Bewertung von Sachverhalten aufzufassen. Vielmehr handelt es sich bei den AP nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, die vom Bundesverfassungsgericht bestätigt wurde, um ein antizipiertes Sachverständigengutachten, das den aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand der herrschenden medizinischen Lehrmeinung, d.h. sog. **Schulmedizin**, wiedergibt

(vgl. BSG, Urteil vom 23.06.1993, 9/9a RVs 1/91, Urteil vom 11.10.1994, 9 RVs 1/93, 11.10.1994, 9 RVs 2/93, Urteil vom 18.12.1996, 9 RV 17/95, Urteil vom 01.09.1999, B 9 V 25/98 R, Beschluss vom 28.05.1997, 9 BVs 69/96, BVerfG, Beschluss vom 06.03.1995, 1 BvR 60/95).

Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat eingeräumt, dass gegen die Annahme der normähnlichen Wirkung der AP erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken bestehen, insbesondere unter den Gesichtspunkten der Gewaltenteilung, der fehlenden demokratischen Legitimation, des verfassungsrechtlichen Vorbehaltes des Gesetzes sowie der gesetzlichen Regelung des § 31 SGB I. Es fehlt an der erforderlichen Ermächtigungsnorm, klaren gesetzlichen Vorgaben und der parlamentarischen Verantwortung hinsichtlich der Besetzung des erlassenden Gremiums und der für Normen maßgeblichen Veröffentlichung. Deshalb haben das BSG und das Bundesverfassungsgericht wiederholt den Erlass einer Ermächtigungsgrundlage für die AP angemahnt.

(BSG und BVerfG a.a.O.)

Zuletzt hat die Rechtsprechung eine Fortgeltung der AP nur noch für kurze Zeit gestattet. In dem Verfahren hatte das zuständige Bundesministerium die Überführung der AP in ein Gesetz bis zum Jahresende 2003 zugesagt.

(BSG – Urteil vom 18.9.2003 – Az.: B 9 SB 3/02 R)

Allerdings hat das zuständige Bundesministerium die AP bis heute nicht in ein Gesetz überführt.

Ob und gegebenenfalls ab welchem Zeitpunkt die AP mit Hinweis hierauf angreifbar werden, ist allerdings unklar. Die Gerichte haben das Problem, dass eine, verbreitete und anerkannte Alternative zu den AP fehlt (die „Behindertentabelle“, die eine Korrektur der „Anhaltspunkte“ in einzelnen Fällen vorsah, hat sich insoweit nicht durchsetzen können und ist mit der gleichen rechtlichen Problematik wie die AP behaftet). Da die Gerichte zur Gleichbehandlung aller Behinderten verpflichtet sind, bleibt ihnen im Ergebnis nichts anderes übrig, als die AP weiter anzuwenden.

### **Angreifbarkeit der „Anhaltspunkte“**

Allerdings hat die Rechtsprechung schon immer die AP nicht für unangreifbar gehalten. Zwar folgt aus der normähnlichen Wirkung der AP, dass die generelle Richtigkeit der AP durch ein Einzelfallgutachten nicht widerlegt werden kann. Außerhalb des in sich geschlossenen Systems der AP existiert kein Maßstab an dem die "Richtigkeit" der AP gemessen werden kann

(Strassfeld in Hausmann/Schillings – elektronische AP Wendler – CD Version 5.0).

Die AP unterliegen aber einer Evidenzkontrollen, d.h. einer eingeschränkten Kontrolle durch die Gerichte. Es gilt der Prüfungsmaßstab wie bei der Prüfung von untergesetzlichen Normen. Die Rechtskontrolle beschränkt sich auf die Vereinbarkeit der AP mit höherrangigen Gesetzen und dem Gleichbehandlungsgebot. Ein Abweichen von den Beurteilungskriterien der AP wird vom BSG in folgenden Fallgruppen als zulässig erachtet.

#### **1. Verstoß der AP gegen höherrangiges Recht**

Die AP müssen sich an die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere an denen des SGB IX (Schwerbehindertengesetz) und des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Art. 3 GG messen lassen. Sie können deshalb z.B. keine Ansprüche für die Betroffenen begründen, wenn diese keine gesetzliche Grundlage haben.

(vgl. Urteil vom 29.08.1990, 9 a/9 RVs 7/89, Urteil vom 12.11.1996 9 RVs 18/94; Urteil vom 17.02.1997, 9 RVs 16/96; BSG, Urteil vom 23.6.1993, 9/9a RVs 1/91, Urteil vom 11.10.1994, 9 RVs 1/93, Beschluss vom 27.12.1994, 9 BVs 50/94, Urteil vom 04.02.1995, 9 RVs 4/95, Urteil vom 18.12.1996, 9 RV 17/95, Urteil vom 09.04.1997, 9 RVs 4/95, Urteil vom 09.09.1999, B 9 V 25/98 R, Beschluss vom 21.10.1998 B 9 SB 46/98 B).

#### **2. Abweichen der AP von dem gegenwärtigen herrschenden Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft**

Die AP müssen als antizipiertes Sachverständigengutachten dem aktuellen herrschenden Wissens- und Erkenntnisstand der sozialmedizinischen Wissenschaft entsprechen. Falls die Beurteilungskriterien der AP auf Grund geänderter Ergebnisse und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft überholt sind, hat eine systemgerechte Korrektur zu erfolgen.

(vgl. Urteil vom 29.08.1990, 9 a/9 RVs 7/89, Urteil vom 12.11.1996 9 RVs 18/94; Urteil vom 17.02.1997, 9 RVs 16/96; BSG, Urteil vom 23.6.1993, 9/9a RVs 1/91, Urteil vom 11.10.1994, 9 RVs 1/93, Beschluss vom 27.12.1994, 9 BVs 50/94, Urteil vom 04.02.1995, 9 RVs 4/95, Urteil vom 18.12.1996, 9 RV 17/95, Urteil vom 09.04.1997, 9 RVs 4/95, Urteil vom 09.09.1999, B 9 V 25/98 R, Beschluss vom 21.10.1998 B 9 SB 46/98 B).

#### **Zu 1.**

##### **a) Verstoß gegen höherrangiges Recht.**

Nach der oben zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstoßen die AP z.B. hinsichtlich des Nachteilsausgleichs „hilflos“ bei Kindern und Jugendlichen gegen höheres Recht, denn die im Einkommensteuerrecht geregelte Hilflosigkeit sieht keine Unterscheidung zwischen Kindern und Erwachsenen vor. Allerdings sind Kinder und Jugendliche durch die Regelung in den „Anhaltspunkten“ begünstigt, so dass

die vereinfachte Gewährung des Nachteilsausgleichs „hilflos“ an Kinder und Jugendliche in der gerichtlichen Praxis keine Rolle spielt, denn Kinder und Jugendliche sind durch entsprechende Anerkennungsbescheide nicht beschwert und machen daher den Verstoß gegen höherrangiges Recht naturgemäß im gerichtlichen Verfahren nicht geltend.

Da im Übrigen die Höhe des Grades der Behinderung in höherrangigen Rechtsnormen nicht geregelt ist, kann diese Fallvariante hier zunächst außer Acht gelassen werden.

#### **b) Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz**

Auch wenn dies bisher in der gerichtlichen Praxis selten geltend gemacht worden ist, kommt ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz durchaus in Betracht. Ein solcher Verstoß liegt vor, wenn Behinderungen in den AP zu Unrecht niedriger bewertet werden, als Behinderungen die sich in vergleichbarer Weise als Teilhabebeeinträchtigung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX darstellen. Nach Auffassung des Unterzeichners liegt eine solche Ungleichbehandlung beispielsweise in der Bewertung des Verlustes eines Armes im Unterarm mit einer Stumpflänge von mehr als 7 cm. Diese Behinderung wird nach 26.18 der AP mit einem GdB von 50 bewertet. Ebenfalls mit einem GdB von 50 wird nach 26.18 der AHP der Verlust eines Beines im Unterschenkel bei genügender Funktionstätigkeit des Stumpfes und der Gelenke bewertet. Vergleicht man beide Behinderungen und berücksichtigt man, dass mit moderner Prothesentechnik der Verlust eines Beines im Unterschenkel im hohen Maße ausgeglichen werden kann, dass aber der Verlust eines Unterarms zu Beeinträchtigungen bei vielfältigen Verrichtungen des täglichen Lebens führt, so erscheint es ungerechtfertigt beide Behinderungen gleich zu bewerten. Die Berufsgenossenschaften sehen in ihren MdE-Tabellen daher auch für den Verlust eines Beines im Unterschenkel eine MdE von 40 und schon für den Verlust allein einer Hand eine MdE von 60 vor. Die MdE für den Handverlust ist damit im berufsgenossenschaftlichen Bereich um 50 % höher als beim Beinverlust. Es ist unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes daher nicht nachvollziehbar, wenn die AP den Verlust eines Armes nur so hoch bewerten, wie den Verlust eines Beines im Unterschenkels.

(Siehe hierzu auch Urteil des [Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.06.2002 Az.: S 31 V 226/01](http://www.anhaltspunkte.de/Rechtsprechung/zum_SchwBG/sonstiges) unter [www.anhaltspunkte.de/Rechtsprechung/zum SchwbG /sonstiges](http://www.anhaltspunkte.de/Rechtsprechung/zum_SchwBG/sonstiges)).

#### **Zu 2. Abweichen der AP von dem gegenwärtigen herrschenden Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft**

Da die AP keine Rechtsnormen sind hat das Bundessozialgericht – wie bereits oben ausgeführt – ihre Wirkung davon abhängig gemacht, dass die AP dem Stand der sozialmedizinischen Wissenschaft entsprechen. Die Wissenschaftlichkeit der AP ersetzt damit die fehlende demokratische Legitimation der AP. Entsprechen die AP also nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft, sind sie – nach der oben zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – automatisch nicht anwendbar.

Allerdings hat das BSG immer wieder betont, dass die fehlende Wissenschaftlichkeit nicht durch Einzelfallgutachten belegt werden kann. Der Kläger kann also im Prozess - z.B. durch ein Gutachten nach § 109 SGG - nicht darlegen, dass eine bestimmte Behinderung nicht gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft bewertet ist. Der Kläger kann allerdings ausdrücklich behaupten, eine bestimmte Behinderung sei nicht entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft bewertet. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss das Gericht dieser Behauptung nachgehen

(so ausdrücklich BSG-Urteil vom 21.08.2002 – AZ.: B 9 V 1/02 R – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de); so auch LSG-Thüringen – Urteil vom 07.03.2002 – AZ.: L 5 SB 768/00 – [www.anhaltspunkte.de/rechtsprechung](http://www.anhaltspunkte.de/rechtsprechung)).

Ist eine diesbezügliche Behauptung nicht völlig unsubstantiiert, sondern z.B. durch wissenschaftliche Beiträge belegt, so muss das Gericht dieser Behauptung nachgehen und überprüfen, was Stand der medizinischen Wissenschaft ist.

(BSG a.a.O)

Im Falle des Diabetes Mellitus z.B. gibt es zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen, die davon ausgehen, dass die aktuelle Bewertung in den AP nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.

Vgl. z.B. von Kriegstein, „Vorschlag zur Bewertung des Grades der Behinderung bei insulinbehandelten Diabetikern“, in „Diabetes und Stoffwechsel“ Nr. 3, 1994, Seite 34 bis 36 und K.D. Becherer und andere „Die Einstufung des Grades der Behinderung bei Diabetes Mellitus“, in „Diabetes und Stoffwechsel“ Nr. 7, 1998, Seite 37, 38; Vorschlag der Deutschen Diabetesgesellschaft von 16.11.1994 für die Neufassung des Kapitel 26.15 der „Anhaltspunkte“, abgedruckt in „Diabetes und Stoffwechsel“, Nr. 7, 1998, Seite 60; siehe hierzu auch LSG Rheinland-Pfalz – Urteil vom 20.01.2003 – AZ.: L 4 SG 135/02 und Sozialgericht Aachen – Urteil vom 19.04.2004 – AZ.: S 12 SB 144/03 – beide veröffentlicht unter [www.anhaltspunkte.de/rechtsprechung](http://www.anhaltspunkte.de/rechtsprechung) und zum [neuesten Stand Kriegstein in Diabetes und Stoffwechsel 13 \(2004\) Seite 271 - 277](#) - abgedruckt auch hier in dieser Ausgabe).

#### **Fazit:**

Die Bewertung einer bestimmten Behinderung in den AP lässt sich in der Praxis durchaus angreifen. Die Beibringung eines wissenschaftlichen Gutachtens ist jedoch hierzu ungeeignet. Bei Behinderungen, bei denen

von ernsthafter wissenschaftlicher Seite allerdings die Richtigkeit der Bewertung in den AP angezweifelt wird, macht es durchaus Sinn, unter Berufung auf die Rechtsprechung des BSG, darauf zu pochen, dass die Gerichte die Wissenschaftlichkeit der Bewertung im Einzelfall überprüfen.

<<< [nach oben](#) >>>

## Parkerleichterungen außerhalb der aG-Regelung

### Vorteile bei Bewilligung von Parkerleichterungen außerhalb der aG-Regelung in NRW

von Ulrich Wendler

---

#### I. Voraussetzungen

Nach § 46 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 StVO besteht die Möglichkeit, in bestimmten Einzelfällen oder allgemein für bestimmte Antragsteller Ausnahmen von allen durch Verkehrszeichen oder Verkehrseinrichtungen erlassenen Verboten oder Beschränkungen zu genehmigen. Die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung steht im Ermessen der Verkehrsbehörden. Um eine einheitliche und ermessensfehlerfreie Entscheidungspraxis der Straßenverkehrsbehörden innerhalb eines Bundeslandes zu gewährleisten, hat ein Teil der Bundesländer Verwaltungsvorschriften erlassen, welchem Personenkreis Parkerleichterungen neben den in der Verwaltungsvorschrift zu § 46 Abs. 1 Nr. 4 a und 4 b StVO aufgeführten gewährt werden kann.

Folgenden schwerbehinderten Menschen, die nicht außergewöhnlich gehbehindert sind, werden Parkerleichterungen gewährt:

- schwerbehinderte Personen, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens **80** allein infolge Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule **und** die Merkzeichen "G" **und** "B" festgestellt sind  
(Sachsen-Anhalt, Sachsen, Berlin, Thüringen, Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg)
- schwerbehinderte Personen, bei denen ein GdB von wenigstens **70** allein infolge der Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule **und** gleichzeitig ein GdB von wenigstens 50 infolge Funktionsstörungen des Herzens oder der Lunge **und** die Merkzeichen "G" und "B" festgestellt sind  
(Berlin, Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg)
- schwerbehinderte Personen, bei denen ein GdB von wenigstens **70** allein infolge der Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule **und** gleichzeitig ein GdB von wenigstens 50 infolge Funktionsstörungen des Herzens oder der Lunge **und** das Merkzeichen "G" festgestellt sind  
(Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern)
- Morbus-Crohn- bzw. Colitis-Ulcerosa-Kranke mit einem GdB von mindestens 60  
(Rheinland-Pfalz, Berlin, Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen)
- Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70  
(Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Berlin, Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen)
- Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen "G", sofern die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens "aG" nur knapp verfehlt wurden (GdB von mindestens 70 und maximaler Aktionsradius ca. 100 m)  
(Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen)
- Gehbehinderte und in ihrer Mobilität beeinträchtigte Personen mit noch nicht abgeschlossenen Feststellungsverfahren der Versorgungsbehörden, sofern sie sich nur in einem maximalen Aktionsradius von ca. 100 m bewegen können  
(Schleswig-Holstein)
- Gehbehinderte und in ihrer Mobilität beeinträchtigten Personen mit noch nicht abgeschlossenen Feststellungsverfahren der Versorgungsbehörde, sofern sie sich nur in einem maximalen Aktionsradius von ca. 50 m bewegen können  
(Mecklenburg-Vorpommern)

- Personen, die vor oder nach schweren Operationen stehen oder die sich in oder nach medizinischer Behandlungen befinden **und** eine vorübergehende, wenigstens sechs Monate dauernde außergewöhnliche Gehbehinderung haben (Sachsen-Anhalt, Sachsen)
- Personen, die aufgrund eines Unfalls, einer Operation oder einer Krankheit vorübergehend, aber dennoch für einen längeren Zeitraum in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind (maximaler Aktionsradius 100 m) (Schleswig-Holstein)
- Personen, die aufgrund eines Unfalls, einer Operation oder einer Krankheit vorübergehend, aber dennoch für einen längeren Zeitraum in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind (maximaler Aktionsradius ca. 50 m) (Mecklenburg-Vorpommern)
- Personen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Einsteigen- und Aussteigen auf das vollständige Öffnen der Türen und somit auf Parkmöglichkeiten von besonderer Breite angewiesen sind (Sachsen-Anhalt)

## II. Rechtsfolgen

Der Umfang der gewährten Parkerleichterungen ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt.

In den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Baden-Württemberg, Hessen und Brandenburg entspricht der Umfang der Parkerleichterungen den Parkerleichterungen, die Personen mit dem Merkzeichen "aG", einschließlich der Benutzung des Schwerbehindertenparkplatzes, eingeräumt wird.

In den übrigen Bundesländern ist die Benutzung der Schwerbehindertenparkplätze ausgeschlossen.

In Nordrhein-Westfalen gilt:

Den betroffenen Personen wird aufgrund des § 46 Abs. 1 StVO die Genehmigung erteilt, mit einem wahlweisen Kraftfahrzeug

- an Stellen, an denen das eingeschränkte Haltverbot (VZ 286 StVO) angeordnet ist, und im Bereich eines Zonenhalteverbots (VZ 290 StVO), bis zu drei Stunden zu parken,
- im Bereich eines Zonenhalteverbots (VZ 290 StVO), indem durch Zusatzschild das Parken zugelassen ist, die zugelassene Parkdauer zu überschreiten,
- an Stellen, die durch Zeichen „Parkplatz“ (VZ 314 StVO) oder „Parken auf Gehwegen“ (VZ 315 StVO) gekennzeichnet sind und für die durch ein Zusatzschild eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist, über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
- in Fußgängerzonen, in denen das Be- und Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist, während der Ladezeit zu parken,
- an Parkuhren und Parkscheinautomaten zu parken, ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung,
- in verkehrsberuhigten Bereichen (VZ 325 StVO) außerhalb der gekennzeichneten Flächen ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern und auf Parkplätzen für Bewohner bis zu drei Stunden, zu parken, sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht. Die höchstzulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden.
- Das Parken auf Parkplätzen mit dem Zusatzschild „Rollstuhlfahrer“ ist nicht erlaubt.

Es bestehen folgende Auflagen und Bedingungen:

1. Von der Genehmigung darf nur unter Beachtung der Grundregeln des Straßenverkehrs § 1 StVO Gebrauch gemacht werden.
2. Die Genehmigung berechtigt nicht zum Halten oder Parken an sonstigen Stellen, an denen dies nach § 12 StVO unzulässig ist. Dies gilt besonders in den durch VZ 283 (Halteverbot) gekennzeichneten Verbotsstrecken.
3. Weisungen von Polizeibeamten sind zu befolgen.
4. Bei Inanspruchnahme der Parkerleichterungen ist diese Ausnahmegenehmigung von außen gut sichtbar innen vor der Windschutzscheibe auszulegen.
5. Beim Parken im eingeschränkten Haltverbot (VZ 286) und im Bereich eines Zonenhalteverbots (VZ 290),

wenn durch Zusatzschild das Parken nicht zugelassen ist, ist zusätzlich die Ankunftszeit durch die Einstellung auf einer Parkscheibe (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 Bild 291 StVO) nachzuweisen.

6. Soweit zum Zeichen „Parkplatz“ (VZ 314 StVO) das Zusatzzeichen „PKW“ angeordnet ist, darf dort mit anderen Fahrzeugen nicht geparkt werden; beim „Parken auf Gehwegen“ (VZ 315 StVO) darf das zulässige Gesamtgewicht des Fahrzeugs nicht mehr als bis zu 2,8 t betragen.
7. Der Parkberechtigte ist verpflichtet, jede Änderung seiner Anschrift und der für die Erteilung der Genehmigung maßgebenden Umstände unverzüglich der Genehmigungsbehörde mitzuteilen.
8. Die Genehmigung ist nicht übertragbar. Die auf der Vorderseite gewährten Parkerleichterungen dürfen nur durch den oben genannten Genehmigungsinhaber / die oben genannte Genehmigungsinhaberin in Anspruch genommen werden.
9. Die Genehmigung wird unter dem Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs erteilt. Sie wird widerrufen, wenn der Parkberechtigte die Sicherheit des Straßenverkehrs gefährdet, wenn der Grund für die Genehmigung entfällt oder die Genehmigung missbraucht worden ist. Missbrauch kann außerdem nach § 49 StVO verfolgt werden.

<<< [nach oben](#) >>>

## Neufassung des Grades der Behinderung beim Diabetes mellitus - eine kritische Bestandsaufnahme.

von Dr. med. Ernst v. Kriegstein, Bad Bevensen

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
<b>Typ I durch Diät und alleinige Insulinbehandlung</b>	
- gut einstellbar	40
- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien	50
<b>Typ II durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation)</b>	
<b>oder durch Diät</b>	
- 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 Insulinjektionen ausreichend einstellbar	30
<b>Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten</b>	

**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
<b>durch Diät allein (ohne blutzuckerregulierende Medikation)</b>	
<b>oder durch Diät</b>	
- und Kohlenhydratresorptionsverzögerer oder Biguanide (d.h. orale Antidiabetika,	

<b>die allein nicht zur Hypoglykämie führen) ausreichend einstellbar</b>	<b>10 v.H.</b>
<b>- und Sulfonylharnstoffe (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika ausreichend einstellbar</b>	<b>20 v.H.</b>
<b>- und orale Antidiabetika und ergänzende Insulininjektionen ausreichend einstellbar</b>	<b>30 v.H.</b>
<b>durch Diät und alleinige Insulinbehandlung</b>	
<b>- gut einstellbar</b>	<b>40 v.H.</b>
<b>- schwer einstellbar (häufig bei Kindern), auch gelegentliche, ausgeprägte Hypoglykämien</b>	<b>50 v.H.</b>
<b>Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten</b>	

**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.

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

**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) zu ziehen.*

*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, die 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 der vorgenommenen Einteilung jeweils unterschiedlich resultierende Funktionseinschränkung“* – jedoch, welche Funktionseinschränkungen haben „gut einstellbare“, „ausreichend einstellbare“ 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/m<sup>2</sup>, 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 „nicht ausreichend 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 „schwer einstellbar“ 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 von evidenzbasierten 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 insulinispritzende 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 Kraffahreignung 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 Stoffwechsellentgleisungen 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 mitbewertet 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“ insulinspritzender Diabetiker hat? Gibt es für ihn auch eine so große Anzahl von geltenden Rechtsnormen und Richtlinien sowie andere Vorschriften – die obigen 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 trafe 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, S 36-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 Deutsche 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. Bundesminister 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. Eisfelder 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? MedSach 100 (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/>

<<< [nach oben](#) >>>

## Informationen

### Schwerbehindertenrecht/ Versorgungsrecht

---

#### GdB für Karthagener Syndrom

##### - Bayerisches LSG - Urteil vom 06. April 2004 - Az: L 15 SB 51/03 -

Die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit ...." (AHP) erwähnen die seltene Erkrankung "Karthagener Syndrom" zwar nicht ausdrücklich. Da die Krankheit, ähnlich wie die Mukoviszidoseerkrankung zu einer Ansammlung von zähem Schleim in den Bronchien mit rezidivierenden Atemwegsinfekten und Lungenfunktionseinschränkungen führt, sind aber in erster Linie die Regelungen der AHP 1996 Nr.26.15 auf S.120 hinsichtlich der Mukoviszidose (zystischen Fibrose) heranzuziehen. Danach ist ein GdB von 30 bis 40 vorgesehen, wenn unter Therapie die Aktivitäten und die Lungenfunktion des Betroffenen leicht eingeschränkt sind, Gedeihen und Ernährung jedoch noch altersgemäß erscheint.

<<< [nach oben](#) >>>

#### GdB für Krebserkrankung ab Kenntnis

##### - LSG Niedersachsen-Bremen - Urteil vom 25. April 2003 - Az: L 9 SB 2/02 -

Für eine Krebserkrankung (hier malignes Prostata-Karzinom) ist die Feststellung eines GdB erst ab dem Zeitpunkt gerechtfertigt, zu dem dieses Krankheitsbild festgestellt worden ist. Anm.: Das Urteil entspricht dem Beschluss des des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 13.11.2002, in dem darauf hingewiesen wurde, dass zwar ein organischer Schaden aufgrund einer Krebserkrankung durchaus vor Feststellung der Erkrankung bestanden habe könne. Der GdB für eine solche bösartige Erkrankung umfasse aber insbesondere die besondere soziale Situation (z.B. den Versuch der aktiven Bewältigung der Diagnose "Krebs"); diese Situation liege jedoch nicht vor, solange Unkenntnis der Tumorträgereigenschaft bestehe.

<<< [nach oben](#) >>>

#### GdB für Diabetes mellitus ist unabhängig vom Alter

##### - LSG NRW - Urteil vom 17. Juni 2004 - Az: L 7 SB 101/03 -

Der GdB für einen Diabetes mellitus ist unabhängig vom Alter zu bestimmen. Jungdliches Alter rechtfertigt keine höhere Bewertung der Zuckerkrankheit. Auch das Tragen einer Insulinpumpe führt zu keinem höheren

GdB. Eine Hypoglykämie bei Kindern und Erwachsenen liegt erst bei einer Verminderung des Blutzuckers unter 2,8 mmol/l (50 mg/dl) vor.

<<< [nach oben](#) >>>

### **Zur Anerkennung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung als Schädigungsfolge**

**- LSG NRW - Urteil vom 13. Juli 2004 - Az: L 6 VH 52/00 -**

Die Anerkennung einer narzisstische Persönlichkeitsstörung als Schädigungsfolge setzt u.a. voraus, dass die medizinisch-wissenschaftlichen Diagnosekriterien für eine solche Erkrankung nach dem ICD-10 bzw. nach dem DSM-IV erfüllt sind; es müssen mindestens fünf der Diagnosekriterien erfüllt sein.

<<< [nach oben](#) >>>

### **Einstellbarkeit des Diabetes mellitus ist entscheidend für GdB**

**- SG Duisburg - Urteil vom 24. August 2004 Az: S 24 SB 20/04 -**

Kriterium für die GdB-Feststellung ist weiterhin die Einstellbarkeit des Diabetes mellitus und nicht die Häufigkeit von Insulingaben. Das Kriterium der Einstellbarkeit mag auf den ersten Blick eine Ungleichbehandlung begünstigen, da der Umstand ob und wie oft Hypoglykämien auftreten, im wesentlichen nicht von der Art der Erkrankung, sondern von der Durchführung der Diät und der Insulinbehandlung abhängt. Bei dem Begriff der Einstellbarkeit handelt es um einen klinischen Begriff, der beschreiben soll, wie leicht die allgemeinen Therapieziele erreicht werden könnten. Eine beachtliche Ungleichbehandlung bei der Feststellung des GdB bei Diabetikern, die eine gute Einstellung durch gewissenhafte Befolgung des Therapieregimes erreichen mit solchen, die dies nicht tun, liegt letztlich aber nicht vor. Gerade weil das Kriterium der Einstellbarkeit an die Erreichbarkeit des Therapieziels und nicht an das Erreichen abstellt, wird einer solchen Ungleichbehandlung vorgebeugt. Es ist nicht zu erkennen, warum bei guter Einstellbarkeit ein mit zwei oder mehr Insulininjektionen behandelter Diabetes mellitus abweichend von den AHP mit einem GdB von 50 oder höher zu bewerten wäre.

<<< [nach oben](#) >>>

**Pseudarthrosen im Beckenbereich können die Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung (Nachteilsausgleich "aG") rechtfertigen, wenn der Behinderte wegen der Pseudarthrosen selbst kurze Gehstrecken nur unter Schmerzen zurücklegen kann und damit keine schmerzfreie Gehstrecke mehr besteht.**

**- LSG Berlin - Urteil vom 25. März 2004 - L 11 SB 15/02 -**

Für den Nachteilsausgleich „aG“ ist nicht der vollständige Verlust der Gehfähigkeit zu fordern. Diese muss nur so stark eingeschränkt sein, dass es dem Betroffenen unzumutbar ist, längere Wege zu Fuß zurückzulegen. Nicht zu dem begünstigten Personenkreis gehören somit diejenigen schwerbehinderten Menschen, die noch in der Lage sind, mit zumutbarer Anstrengung und ohne fremde Hilfe längere Wege zu Fuß zurückzulegen. Das BSG (a.a.O.) hat zum Ausdruck gebracht, dass die für das Merkzeichen "aG" geforderte große körperliche Anstrengung gegeben sein dürfte, wenn der Betroffene bereits nach einer Wegstrecke von 30 m wegen Erschöpfung eine Pause einlegen müsse. Diese Voraussetzungen können z.B. vorliegen, wenn wegen einer Pseudarthrosen im Beckenbereich keine schmerzfreie Gehstrecke mehr zurückzulegen ist. Im vorliegenden Fall war weiter zu berücksichtigen, dass durch Fehlstellungen von Händen und Füßen Kompensationsmechanismen fehlten. Das BSG hatte bereits mit Urteil vom 12. Februar 1997 (9 RVs 11/95) darauf hingewiesen, dass eine funktionale Gleichstellung mit dem in der Verordnung zur Straßenverkehrsordnung genannten Personenkreis bejaht werden kann, wenn jeder Schritt des Behinderten mit erheblichen Schmerzen im Bereich der Extremitäten verbunden ist und die Fortbewegung hierdurch zusätzlich erschwert wird.

<<< [nach oben](#) >>>

### **Wirbelsäulenschaden eines Lagerungspflegers keine Schädigungsfolge**

**- Bayerisches LSG - Urteil vom 11. Mai 2004 - Az: L 15 VS 17/02 ZDG -**

Der versorgungsrechtlich geschützte Bereich bei unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen, für deren

Auftreten Wehr- bzw. Zivildienst verantwortlich gemacht wird, bestimmt sich nach dem Vorbild des Berufskrankheitenrechts der gesetzlichen Unfallversicherung. Im Katalog der Berufskrankheiten sind Erkrankungen der Brustwirbelsäule - im Unterschied zu solchen der Lenden- und der Halswirbelsäule - nicht enthalten. Daraus folgt, dass medizinisch-statistische Erkenntnisse über ein erhöhtes Auftreten von Erkrankungen der Brustwirbelsäule bei bestimmten Tätigkeiten nicht vorliegen. Wenn die Voraussetzungen des Berufskrankheitenrechts aber damit nicht gegeben sind, kommt eine Anerkennung als Schädigungsfolge allein noch in Betracht, wenn besondere außerordentliche Belastungen, die typischerweise nur unter den Bedingungen des Krieges auftreten, für das Auftreten der Erkrankung verantwortlich gemacht werden können. Eine derartige außerordentliche kriegsähnliche Belastung stellt eine Tätigkeit als Lagerungspfleger in einem Krankenhaus aber nicht dar. Selbst wenn man nicht davon ausgeht, dass der "Zivildienst" per se das Auftreten außerordentlicher Belastungen, wie sie typischerweise nur im Kriegsfall auftreten, ausschließt, so handelte es sich bei der Tätigkeit als Lagerungspfleger um eine Tätigkeit, wie sie auch sonst von Pflegekräften ausgeführt wird.

<<< [nach oben](#) >>>

## Verfahrensrecht

### Anforderungen an den Vortrag bei Antrag auf Prozesskostenhilfe

#### - Bundesverfassungsgericht - Beschluss vom 14. Oktober 2003 - Az: 1 BvR 901/03 -

Gerichtsverfahren sind in angemessener Zeit zu beenden. Dies gilt insbesondere u.a. für Prozesskostenhilfverfahren, die wegen ihrer Natur und ihrer Bedeutung für die Betroffenen einer gewissen Eilbedürftigkeit unterliegen. Diese Verfahren bieten nicht selber den gebotenen Rechtsschutz, sondern sollen ihn erst zugänglich machen. Deshalb dürfen die Anforderungen, insbesondere an den Vortrag der Beteiligten, nicht überspannt werden. Dies gilt aber auch bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Ein Prozesskostenhilfesuch darf deshalb nicht insgesamt abgelehnt werden, wenn einzelne Angaben fehlen. Der Grundsatz des fairen Verfahrens gebietet, dass die Anforderungen, welche die Gerichte im Interesse der Verfahrensbeschleunigung an die Verfahrensbeteiligten stellen, in einem vernünftigen Verhältnis zu der Gesamtdauer des Verfahrens stehen, insbesondere soweit die Dauer des Verfahrens den Gerichten zuzurechnen ist.

<<< [nach oben](#) >>>

### Zum Formerfordernis der Rechtsbehelfsbelehrung

#### - BSG 6. Senat - Beschluß vom 21. Mai 2003 - Az: B 6 KA 20/03 B -

Bei einer Rechtsbehelfsbelehrung ist es grundsätzlich ohne Belang, wer Adressat des Bescheides ist. Zu § 66 Abs 2 SGG (und entsprechenden Vorschriften in der Verwaltungsgerichtsordnung und Finanzgerichtsordnung) wird allgemein die Auffassung vertreten, dass die gesetzlich vorgesehenen Folgen einer unrichtigen Rechtsmittelbelehrung selbst dann eintreten, wenn der Adressat - zB aufgrund eigener Sachkunde - die Unrichtigkeit erkannt hat.

<<< [nach oben](#) >>>

## Unfallversicherung

### Zur Anerkennung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit

#### - Bundessozialgericht - Urteil vom 28.4.2004 - Az: B 2 U 33/03 R -

Für die Anerkennung und Entschädigung einer Erkrankung als BK 2108 müssen folgende Tatbestandsmerkmale gegeben sein: Bei dem Versicherten muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliegen, die durch langjähriges berufsbedingtes Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige berufsbedingte Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (sog arbeitstechnische Voraussetzungen) entstanden ist. Die Erkrankung muss den Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten herbeigeführt haben, und als Konsequenz aus diesem Zwang muss die Aufgabe dieser Tätigkeiten tatsächlich erfolgt sein. Für das Vorliegen des Tatbestandes der BK ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß iS des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit

grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit – ausreicht.

<<< [nach oben](#) >>>

## Rentenversicherung

### **Zur Zulässigkeit einer Zahlungsklage nach § 118 Abs 4 Satz 1 Regelung 1 SGB VI alter Fassung des Rentenversicherungsträgers gegen den Empfänger einer Rentenzahlung, wenn der eigentliche Rentenempfänger verstorben ist**

**- Bundessozialgericht - Urteil vom 8.6.2004 - Az: B 4 RA 42/03 R -**

Das Rechtsschutzbedürfnis des Rentenversicherungsträgers gegen den Zahlungsempfänger für eine allgemeine Leistungsklage fehlt, wenn die Klägerin nicht darlegt, dass kein (vorrangiger) Erstattungsanspruch gegen ein Geldinstitut nach § 118 Abs 3 Satz 2 SGB VI besteht. Ein Rechtsschutzbedürfnis für eine Zahlungsklage des Rentenversicherungsträgers gegen den Zahlungsempfänger iS des § 118 Abs 4 Satz 1 Regelung 1 SGB VI aF besteht nur dann, wenn die (vorrangige) Zahlungsklage gegen das Geldinstitut abgewiesen worden ist oder wenn der Rentenversicherungsträger schlüssig dargelegt hat, dass das Geldinstitut ihm gegenüber die Voraussetzungen des anspruchsvernichtenden Einwands nach § 118 Abs 3 Satz 3 SGB VI schlüssig dargelegt und ggf insoweit Beweis angeboten hat.

Erst dann, wenn das Geldinstitut begründet den anspruchsvernichtenden Einwand der Entreicherung dem Rentenversicherungsträger entgegenhalten kann (§ 118 Abs 3 Satz 3 und 4 SGB VI) kommt der - weitere - Erstattungsanspruch nach § 118 Abs 4 Satz 1 Regelung 1 SGB VI aF gegen den potenziellen Zahlungsempfänger überhaupt in Betracht. Das Geldinstitut hat den Betrag der Geldleistung zurückzuerstatten, solange der Wert der überwiesenen Geldleistung noch nicht in das Vermögen des Kontoinhabers durch eine entsprechende Gutschrift gelangt ist. Dasselbe gilt, wenn die Übertragung des Werts der Geldleistung auf ein im Soll stehendes Konto erfolgt ist und das Vermögen des Inhabers bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise derart vermehrt, dass seine Schulden gegenüber dem Geldinstitut vermindert werden. Auch in diesem Fall bleibt das Geldinstitut unverändert zur Erstattung verpflichtet. Denn hier führt das relative öffentlich-rechtliche Befriedigungsverbot des § 118 Abs 3 Satz 4 SGB VI iVm dem gesetzlichen Vorbehalt in § 118 Abs 3 Satz 1 SGB VI dazu, dass die Verrechnung sowohl im Verhältnis zum Rentenversicherungsträger als auch zum Bankkunden unwirksam ist .

<<< [nach oben](#) >>>

### **Zur Restwertermittlung eines Gebrauchtfahrzeuges im Rahmen der beruflichen Rehabilitation**

**- Bundessozialgericht - Urteil vom 31.03.2004 - Az: B 4 RA 8/03 R -**

Der Rentenversicherungsträger darf in der Regel bei der Kfz-Hilfe und der dortigen Festsetzung des Zuschusses zu den Anschaffungskosten für einen Neuwagen den abzuziehenden Verkehrswert des Altwagens nach der „Schwacke-Liste“ ermitteln.

<<< [nach oben](#) >>>

## Pflegeversicherung

### **Ein Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung kann zum Wegfall von Leistungen führen**

**- Bundessozialgericht - Urteil vom 13.5.2004 - B 3 P 3/03 R -**

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Pflegeversicherung (und umgekehrt) kann zum Wegfall bisher gewährter Leistungen führen. Das BSG hat im Falle eines bislang privat Pflegeversicherten, der Leistungen nach der Pflegestufe I erhielt und der dann in die gesetzliche Krankenversicherung wechselte, festgestellt, dass der Versicherte dort nur dann Anspruch auf Pflegegeld nach der Stufe I hat, wenn er die diesbezüglichen Voraussetzungen erfüllt. Die Prüfung, ob der nun gesetzlich Versicherte Anspruch auf Pflegegeld nach Stufe I hat, entfällt nicht deshalb, weil eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen ( § 48 SGB X) nicht eingetreten ist und die gesetzlichen Voraussetzungen, unter denen private und gesetzliche Versicherung

Leistungen gewähren, im Wesentlichen die gleichen sind.

<<< [nach oben](#) >>>

### **Zum Einbau eines Personenaufzuges als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**

#### **- Bundessozialgericht - Urteil vom 13.5.2004 - Az: B 3 P 5/03 R -**

Der Einbau eines Personenaufzuges im Haus eines pflegebedürftigen, schwer gehbehinderten, Klägers kann eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sein, für die von der Pflegekasse ein Zuschuss zu gewähren ist. Der Einordnung der Installation des Personenaufzuges als Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen steht nicht entgegen, dass er in dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in ihrer Funktion als Spitzenverbände der Pflegekassen aufgestellten "Katalog möglicher Wohnumfeld verbessernder Maßnahmen" (vgl Nr 14 des Gemeinsamen Rundschreibens zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes) nicht aufgeführt ist. Erwähnt wird dort lediglich die Anpassung eines vorhandenen Aufzuges an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers durch Schaffung eines ebenerdigen Zugangs, Vergrößerung der Türen, durch eine Schalterleiste in Griffhöhe, durch Installation von Haltestangen und Schaffung von Sitzplätzen. Welche Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes in Betracht kommen, liegt nicht im Ermessen der Pflegekassen, vielmehr handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der der Überprüfung durch die Gerichte unterliegt. Nicht nur die Anpassung eines vorhandenen Personenaufzuges, sondern auch die erstmalige Installation eines solchen ist wie die Installation eines Treppenliftes, die im Rundschreiben aufgeführt ist, eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Sie fördert die Voraussetzungen für die Klägerin, in ihrem häuslichen Umfeld zu verbleiben und in deutlich geringerem Maße auf die Unterstützung durch Pflegepersonen angewiesen zu sein.

<<< [nach oben](#) >>>

### **Zur Grundpflege bei Kindern in der privaten Pflegeversicherung**

#### **- Bundessozialgericht - Urteil vom 13.5.2004 - Az: B 3 P 7/03 R -**

Bestand im Rahmen einer privaten Pflegeversicherung zunächst kein Anspruch auf höhere Leistungen, entsteht dieser aber wegen einer Änderung der Verhältnisse im Laufe des gerichtlichen Verfahrens, so sind von diesem Zeitpunkt an Leistungen zu gewähren und vom Gericht auch zuzusprechen. Eines erneuten Leistungsantrages an das Versicherungsunternehmen bedarf es dann nicht. Im übrigen hat das BSG in dem Urteil festgestellt, dass ein nach dem Baden eines Kindes erforderliche Einreiben mit Öl bzw Fett der Grundpflege - "Körperpflege" - zuzuordnen und mit zusätzlich 4 Minuten täglich zu berücksichtigen ist. Es besteht ein innerer Zusammenhang zwischen dem Einreiben mit Öl bzw Fett und der gemäß § 1 Abs 5 Buchst a MB/PPV 1996 (entsprechend § 14 Abs 4 Nr 1 SGB XI) geforderten Verrichtung des Waschens, weil die Haut des Kindes durch das Waschen austrocknet und nicht im erforderlichen Umfang Fett produziert, sodass dieses von außen aufgetragen werden muss. Diese Verrichtung gehört zum berücksichtigungsfähigen Pflegeaufwand. Auch ein „Löffeltraining kann mit täglich 10 Minuten zur Grundpflege gehören

<<< [nach oben](#) >>>

### **Buchrezension**

Wagner / Kaiser; **Einführung in das Behindertenrecht**  
Springer Verlag, 2004, 219 Seiten, € 24,95. ISBN 3 – 540 – 20367 - 2

Der von den Autoren bescheiden gewählte Titel "Einführung in das Behindertenrecht" sollte um das Wort "komplett" ergänzt werden. Wo andere Autoren sozialgerichtliche Schwerpunkte setzen, schreiben Wagner / Kaiser über den Tellerrand hinaus: Zivilrechtliche Aspekte (z. B. Miet- und Erbrecht) kommen ebenso vor wie Öffentliches Recht und Strafrecht. Besonders hervorzuheben: Das Behindertengleichstellungsgesetz und die Darstellung der Landesgesetze zur Gleichstellung behinderter Menschen.

Die Rechte des behinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens stehen im Mittelpunkt des Buches. Daher ist es mehr ein Handbuch für den täglichen Gebrauch als eine juristische Fachlektüre. Letzteres wird aber zumindest angerissen, z. B. bei der Frage, ob ein bereits in Teilzeit beschäftigter Arbeitnehmer eine weitere Verringerung seiner Arbeitszeit gem. § 81 SGB IX verlangen kann.

Erwähnenswert: Im Medienzeitalter werden auch Informationsquellen im Internet genannt.

Gemessen an der Fülle von Informationen und Denkanstößen ist der Preis ein Witz (was den Verlag jetzt hoffentlich nicht zu horrenden Preissteigerungen inspiriert). Darum: Kaufen, bevor es teurer wird!

---

V. Neumann (Hrsg.) **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**, Handbuch SGB IX  
Nomos Verlagsgesellschaft, 1. Aufl. 2004, 772 Seiten, € 69,-. ISBN 3 – 8329 – 0307 – 0

Das Handbuch ist in drei Teile gegliedert: Teil eins befasst sich mit historischen Grundzügen, verfassungs-, international- und europarechtlichen Verknüpfungen. Teil zwei schildert die Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Zunächst die Grundlagen (z. B. Begriff der Behinderung, Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, etc.), danach ausführlich die einzelnen Leistungen und ihre gesetzlichen Grundlagen. Das beginnt mit "offensichtlichen" Leistungen, wie z. B. der Arbeitsassistenz und endet mit nicht so bekannten, für den Betroffenen aber genauso wichtigen ergänzenden Leistungen, z. B. Berechnung des Übergangsgeldes oder die Haushaltshilfe. Teil drei ist ausschließlich dem Schwerbehindertenrecht gewidmet mit dem eindeutigen Schwerpunkt auf arbeitsrechtlichen Regelungen.

Gerade diese praxisnahe Verzahnung des privatrechtlichen Arbeitsrechtes mit dem öffentlich – rechtlichen Schwerbehindertenrecht ist besonders hervorzuheben. Arbeitsrechtler, die um Sozialversicherungsrecht gerne einen "Bogen" machen, gewinnen hier nicht nur einen Einblick in die Materie, sondern aufgrund des 27seitigen Literaturverzeichnisses weitergehende Hinweise.

Das SGB IX in der täglichen Anwendung? Teil 2 und 3 auf jeden Fall. Teil 1, der die Grundlagen darstellt, eher nicht. Für ein so umfassendes Werk ist er aber unverzichtbar.

Für Betroffene und Bevollmächtigte sehr zu empfehlen.

Einziges Manko: Mit 772 Seiten ist das kein Handbuch mehr, eher ein Kompendium. Umfassender geht's nicht mehr (die Rezensentin lässt sich gerne vom Gegenteil überzeugen).

---

Löschau / Marschner **Das neue Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht**  
Hermann Luchterhand Verlag GmbH, 2001, 156 Seiten, € 49,-. ISBN 3 – 472 – 04804 – 2

Laut Verlag sollen sich gerade Nichtjuristen anhand dieses Buches schnell einarbeiten können. Dementsprechend hat es auch den Untertitel "Praxishandbuch". Kurz und knapp sind hier das Rehabilitations- und das Schwerbehindertenrecht dargestellt. Der Aufbau des Buches orientiert sich dabei weitestgehend am Aufbau des SGB IX. Besondere Erwähnung verdienen die Berechnungsbeispiele für das Übergangsgeld. Leider sind nur wenige Rechtsprechungshinweise darin enthalten, aber das hätte Intention des Buches, ein praktisches Mittel zum Einstieg in eine komplizierte Materie sein zu wollen, zunichte gemacht.

Für einen ersten Überblick ist dieses Buch völlig ausreichend. Nach dem (gelungenen) Einstieg in die Materie ist es dann jedoch zu oberflächlich. Da es kein Literaturverzeichnis hat, sitzt der interessierte Leser erst einmal "fest".

Kritikpunkt (rein persönlicher Geschmack): Die Unterteilung in Rehabilitationsrecht einerseits und Schwerbehindertenrecht andererseits. Sind Schwerbehinderte keiner Rehabilitation zugänglich?

Rechtsanwältin M. Schörnig

<<< [nach oben](#) >>>

## Service

Weitere Urteile finden Sie auf [www.uwendler.de/vsb](http://www.uwendler.de/vsb).

Hier: [Sozialrecht-Online-PDF](#) Laden Sie die Zeitung als PDF-Datei und drucken Sie sich dann aus!

## **Neuer Service für Abonnenten**

Ab dem 26.09.04 können alle Abonnenten unserer CD, die das Programm Sozialrecht 5.0 auf Ihrer Festplatte installiert haben, die Update-Version 5.01 von unserer Internetseite [www.anhaltspunkte.de](http://www.anhaltspunkte.de) kostenlos herunterladen.

Dieses Update beinhaltet u.a. das SGB IX in der aktualisierten neuen Fassung.

<<< [nach oben](#) >>>

## **Nächste Ausgabe**

Die nächste Ausgabe unserer Zeitschrift erscheint im November 2004!

<<< [nach oben](#) >>>