

Sozialgericht Düsseldorf, 05.03.2003, Az: S 31 SB 388/01

Amtliche Leitsätze:

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".

Diabetes mellitus behandelt mit Diät

- ohne blutzuckerregulierende Medikation	GdB 10
- und Kohlenhydratresorptionsverzögerern oder Biguaniden (d.h. orale Antidiabetika, die allein nicht zur Hypoglykämie führen)	GdB 20
- und Sulfonylharnstoffen (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika)	GdB 30
- und einer Insulininjektion pro Tag (auch bei zusätzlicher Gabe anderer oraler Antidiabetika)	GdB 40
- mit zwei und mehr Insulininjektionen pro Tag oder mit Insulininfusionssystemen, je nach Häufigkeit der notwendigen Stoffwechselfbstkontrollen	GdB 50-60

Tatbestand: Die Beteiligten streiten in einem Verfahren nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX - um die Höhe des Grades der Behinderung - GdB -. Die 1992 geborene Klägerin stellte im April 2001 einen Antrag auf Feststellung eines GdB nach dem damals noch geltenden Schwerbehindertengesetz (inzwischen SGB IX). Der Beklagte holte daraufhin Befundberichte von den Ärzten der Klägerin ein und erteilte unter dem 11.05.2001 einen Bescheid, wonach die Behinderung juveniler Diabetes mellitus einen GdB von 40 bedingt.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein, den sie damit begründete, bei ihr bestünde die ständige Gefahr von Hypoglykämien. Der GdB sei daher anzuheben. Mit dem Widerspruch überreichte die Klägerin unter anderem Blutzuckermessprotokolle und eine Kopie der Krankenakte der Diakonie D. Der Beklagte ließ die Klägerin daraufhin amtsärztlich von Frau Obermedizinalrätin Dr. L. begutachten. Mit Bescheid vom 10.09.2001 wies der Beklagte den Widerspruch als sachlich unbegründet zurück und führte aus, bei der Klägerin hätten bislang schwere Stoffwechselfentgleisungen und akut ambulante bzw. stationäre notfallärztliche Versorgung vermieden werden können. Der GdB sei daher nur mit 40 zu bewerten.

Hiergegen richtet sich die am 08.10.2001 bei Gericht eingegangene Klage, mit der die Klägerin vorträgt, nach den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit" - Anhaltspunkten - sei der GdB für einen juvenilen, schwer einstellbaren Diabetes mellitus mit 50 zu bewerten. Bei der Klägerin liege ein solcher - schwer einstellbarer - Diabetes vor.

Die Klägerin beantragt, den Beklagten zu verurteilen, unter entsprechender Abänderung des Bescheides vom 11.05.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.09.2001 einen Gesamt-GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte ist der Auffassung, bei der Klägerin kämen ausgeprägte Hypo- oder Hyperglykämien nicht vor. Ein höherer GdB als 40 sei daher nicht vertretbar.

Das Gericht hat das (ehemalige) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung dazu befragt, wie die "Anhaltspunkte" bezüglich des Diabetes mellitus zu verstehen seien. Der BMA hat dazu mit Schreiben vom 15.04.2002 geantwortet:

"Die früher übliche Abgrenzung von Typ I und Typ II Diabetes mellitus aufgrund des Erkrankungsalters ist überholt. So entwickeln z.B. immer mehr Kinder einen Typ II Diabetes mellitus. Daher empfehlen die im Rahmen der Überarbeitung der "Anhaltspunkte" gehörten Sachverständigen die in der Nr. 25.15, Seite 118, 119 dieser Richtlinien wiedergegebene Änderung. Die "Anhaltspunkte" (Ausgabe 1996) sagen gerade nicht (mehr), dass ein Diabetes mellitus bei Kindern grundsätzlich schwer einstellbar sei.

Der Klammerzusatz "häufig bei Kindern" ist jedoch medizinisch berechtigt (z.B. wegen des höheren Insulinbedarfs im Wachstumsalter, Ungenauigkeit der Dosierung bei niedrigem Körpergewicht). Der ärztliche Sachverständige soll dadurch an die Besonderheiten des Kindesalters erinnert werden. Eine Regelmäßigkeit wird damit nicht unterstellt.

"Einstellbarkeit" des Diabetes mellitus ist ein klinischer Begriff, der sich nicht alleine an der Häufigkeit oder Schwere von Hypoglykämien festmachen lässt. Jedoch ist es richtig, dass ein Diabetes mellitus mit wesentlichen Hypoglykämien - unabhängig von der Qualität der Diätführung - einen höheren GdB/MdE-Wert rechtfertigt als ein Diabetes mellitus ohne solche Hypoglykämien."

Außerdem hat das Gericht ein medizinisches Sachverständigen Gutachten von dem Deutschen Diabetes-Forschungsinstitut, Prof. Dr. S., eingeholt. Der Sachverständige hat unter anderem ausgeführt:

"Bei dem Begriff der Einstellbarkeit handelt es sich um einen "klinischen Begriff", der beschreiben soll, wie leicht die allgemeinen Therapieziele werden können. Als allgemeine Therapieziele müssen sowohl das Vermeiden von Hyperglykämien (erhöhten Blutzuckerwerten) sowie das Vermeiden von Hypoglykämien (Unterzuckerungen) angesehen werden. Letztendlich handelt es sich hierbei abschließend um eine qualitative, vergleichende Beurteilung. Problematisch erscheint hier jedoch, dass sowohl der a) Therapieaufwand im Sinne des Therapiekonzeptes (z.B. 1-2 Spritzenregime (1-2 Injektionen/Tag) vs. 4-Spritzenregime (4 Injektionen/Tag)) als auch b) die primäre Motivation des Patienten zur Therapie neben den sogenannten nicht beeinflussbaren körperlichen Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Wie in einer Stellungnahme des Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft ("Einstufung des Grades der Behinderung bei Diabetes mellitus" s. Anlage) formuliert, halten wir daher die Orientierung des Grades der Behinderung (GdB) am Kriterium der Einstellbarkeit für sehr problematisch, da sie a priori und Ungleichbehandlung begünstigt. Ein mit einem erheblichen Therapieaufwand (z.B. 4-Spritzenregime) gut eingestellter Diabetiker hätte somit einen niedrigen GdB zu erwarten, als derselbe Diabetiker, der allein aufgrund eines insuffizienten Therapieresumes schlecht eingestellt ist. Ebenso würde einem Patienten, der sich an Therapieempfehlungen nicht hält, und somit eine schlechtere Einstellbarkeit mitbewirkt, ein höherer GdB zugeordnet, als selbigem Patienten, der gewissenhaft alle Therapieempfehlungen umsetzt. Analog der Stellungnahme der DDG würden wir begrüßen, wenn sich alternativ die Einteilung des Grades der Behinderung nicht an der Einstellbarkeit per se, sondern am zur Therapie notwendigen Therapieaufwand und in zweiter Linie an Kriterien von Hypoglykämie und Hyperglykämie orientieren würde. Zusätzlich müssten in die Beurteilung auch psychische Faktoren wie Krankheitsbewältigung oder sonstige psychoreaktive Störungen einfließen.

Bezüglich weitere Details möchten wir auf die Stellungnahme der DDG verweisen.

Im Vergleich zu Erwachsenen ist bei Kindern mit einem insulinpflichtigen Typ 1 Diabetes eine schwere Einstellbarkeit wahrscheinlicher. Dies liegt neben anderen Faktoren u.a. insbesondere an den während der Pubertät stattfindenden Hormonveränderungen. Auch psychosoziale Reifungsprozesse werden hier ihre Rolle spielen. Dennoch gibt es sicherlich auch Kinder und Jugendliche, welche problemlos einstellbar sein. Daher liegt u.E. bei der heutzutage vorliegenden Gesetzeslage eine individuelle Beurteilung der Einstellbarkeit nahe."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze der Beteiligten sowie auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Ihre Inhalte waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene und daher zulässige Klage ist begründet. Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -, denn die Bescheide erweisen sich als rechtswidrig.

Nach § 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, das seit 01.07.2001 das alte Schwerbehindertengesetz abgelöst hat, sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Für die Beurteilung des GdB gelten gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes - BVG - festgelegten Maßstäbe entsprechend. Diese Maßstäbe sind in den "Anhaltspunkten" festgehalten. Der GdB ist danach ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Allerdings sind die "Anhaltspunkte" kein Gesetz, sondern eine Verwaltungsvorschrift. Für die Gerichte, die nur an Recht und Gesetz gebunden sind, sind die "Anhaltspunkte" daher grundsätzlich unverbindlich. Da allerdings eine Alternative zu den "Anhaltspunkten" fehlt (vgl. aber die "Behindertentabelle" unter www.behindertentabelle.de) und die Gerichte für eine gleichmäßige Rechtsanwendung Sorge tragen müssen, bleibt den Gerichten im Ergebnis nichts anderes übrig, als die Kläger nach diesen "Anhaltspunkten" zu beurteilen. Allerdings hat das Bundessozialgericht die Anwendung der "Anhaltspunkte" an verschiedene Bedingungen geknüpft. Da die "Anhaltspunkte" einer gesetzlichen Legitimation entbehren, können sie - nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - nur dann und nur insoweit angewandt werden, als sie dem gegenwärtig herrschendem Kenntnisstand der sozialmedizinischen Wissenschaft entsprechen. Die fehlende rechtliche Legitimation der "Anhaltspunkte" ist also nur dann unbeachtlich, wenn sie durch eine wissenschaftliche Legitimation ersetzt wird (vgl. z.B. Bundessozialgericht Urteil vom 09.04.1997, 9 RVs 4/95; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 08.08.2002, Az.: L 7 SB 70/02). Entsprechen die "Anhaltspunkte" nicht dem gegenwärtig herrschendem wissenschaftlichen Kenntnisstand, so sind die "Anhaltspunkte" - nach der oben zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - entsprechend der herrschenden wissenschaftlichen Erkenntnis - von den Gerichten anzupassen.

Die "Anhaltspunkte" entsprechen unter 26.15, beim "Diabetes mellitus" dem herrschenden, wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht. Die "Anhaltspunkte" sehen für einen Diabetes mellitus mit Hypoglykämien - unabhängig von der Qualität der Diätführung - einen höheren GdB vor, als für einen Diabetes mellitus ohne solche Hypoglykämien. Dies wird mit der Stellungnahme des Bundesministeriums für Arbeit vom 15.04.2002 ausdrücklich noch einmal so bestätigt. Allerdings ist die Häufigkeit und Schwere von Hypoglykämien kein geeigneter Maßstab um die körperlichen, seelischen und sozialen Auswirkungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu bewerten. Wie der Sachverständige Prof. Dr.S. in seinem Gutachten ausführlich und überzeugend dargelegt hat, hängt die Frage, ob und wie oft Hypoglykämien auftreten im Wesentlichen nicht von der Art der Erkrankung, sondern von der Durchführung der Diät- und Insulinbehandlung ab. Die medizinische Wissenschaft hält es daher für sinnvoll und richtig, den Diabetes anhand des Therapieaufwandes zu bewerten, der erforderlich ist, um eine zufriedenstellende Einstellung des Diabetes zu erreichen (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 beim Diabetes mellitus in Diabetes und Stoffwechsel, Nr. 7, 1998, Seite 37, 38; Vorschlag der Deutschen Diabetes-Gesellschaft vom 16.11.1994 für die Neufassung des Kapitels 26.15 der "Anhaltspunkte" abgedruckt in Diabetes und Stoffwechsel, Nr. 7, 1998, Seite 60 - siehe unten -). Diese Auffassung ist folgerichtig und steht im Übrigen im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften des SGB IX, denn Ziel des SGB XI ist, "die Behinderten zur Führung eines normalen und unabhängigen Lebens zu befähigen und voll und ganz in der Gesellschaft zu integrieren" (Entschließung des Rats der Europäischen Gemeinschaft vom 27. Juni 1974 in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, Nr C 80/30 f vom 9. Juli 1974; vgl dazu Kraus, Empfehlung und Entschließung des Europarats zur Rehabilitation der Behinderten und die Neuordnung des Behindertenrechts in der Bundesrepublik Deutschland in ZAS ÖST 1975, 43 f; BSG Urteil vom 09.10.1987 - Az.: 9 a RVs 5/86). Die gewünschte gesellschaftliche Integration des Behinderten wird jedoch nicht gefördert, wenn, wie beim Diabetes mellitus in den "Anhaltspunkten", (nur) ein "insuffizientes Therapieregimes" mit der Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft belohnt wird.

Soweit das ehemalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hier mitgeteilt hat, die im Rahmen der Überarbeitung der "Anhaltspunkte" gehörten Sachverständigen hätten die heutige Fassung der "Anhaltspunkte" empfohlen, ist dies erkennbar unwahr. Vielmehr geht sowohl aus der Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr S. als auch aus dem Schriftverkehr mit dem Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft (siehe hierzu "Diabetes und Stoffwechsel Heft 7 1998 " Die Einstufung des GdB beim Diabetes mellitus") deutlich hervor, dass die gehörten Sachverständigen gerade nicht die heutige Fassung der "Anhaltspunkte" empfohlen haben.