

# Verbeamtung trotz Adipositas

## Wichtiger Hinweis

Die nachfolgenden Fragen und Antworten können und wollen nur einen ersten, allgemeinen Einstieg in das Thema Adipositas und Verbeamtung bieten. Sie ersetzen nicht das persönliche Beratungsgespräch bei einem fachkundigen Rechtsanwalt. Einen solchen sollten Sie auf jeden Fall und möglichst frühzeitig im Verfahren einschalten, denn nur dann kann er die erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig ergreifen und Ihre Interessen bestmöglich vertreten.

## Inhalt

Inhalt.....	1
1. Die Schulbehörde lehnt eine Verbeamtung wegen meines Körpergewichts ab, bietet mir jedoch stattdessen eine unbefristete Einstellung als Lehrer/in im Angestelltenverhältnis an. Ich würde allerdings viel lieber verbeamtet werden. Muss ich eine Einstellung als Angestellte/r akzeptieren?.....	3
2. Ich habe einen BMI von 32 kg/m <sup>2</sup> . Die Einstellungsbehörde lehnt meine Verbeamtung mit der Begründung ab, dass man nur bis zu einem BMI von 30 kg/m <sup>2</sup> verbeamtet werden könne. Sie sagt, das sei so vorgeschrieben und verwaltungsgerichtlich so entschieden. Sie könne da leider auch nichts machen. ....	5
3. Die Einstellungsbehörde meint, ich erfülle im Moment zwar die körperlichen und gesundheitlichen Anforderungen, die an Beamte in meinem Tätigkeitsfeld gestellt werden. Allerdings könne aufgrund meines Körpergewichts, und damit infolge des Vorliegens körperlicher oder physischer Veranlagungen, die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Sie beruft sich dazu auf irgendwelche Statistiken, nach denen „übergewichtige“ Menschen angeblich ein stark erhöhtes Mortalitätsrisiko besitzen. Was kann ich darauf erwidern?.....	7
4. Ich habe meine Einstellungsbehörde mit diesen Statistiken zum Mortalitätsrisiko konfrontiert. Nun sagen sie aber, dass die Statistiken zwar vielleicht richtig seien, es aber „erwiesen“ wäre, dass „dicke Menschen häufiger krank seien als dünne“, und das genüge schon, um die Verbeamtung zu verweigern. ....	16
5. Meine Einstellungsbehörde meint nun aber, es gehe hier nicht um „Schnupfen oder Kopfschmerzen“, die habe ein dicker Mensch vielleicht tatsächlich nicht häufiger als ein dünner, sondern um schwerwiegende Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Krebserkrankungen oder Diabetes mellitus Typ-2. Und die hätten dicke Menschen ganz sicher häufiger als dünne. Das könne doch wohl kaum bestritten werden, oder etwa doch? .....	19

6. *Im Rahmen meiner Einstellungsuntersuchung (Gesundheitsprüfung) lässt der untersuchende Arzt durchblicken, dass er aufgrund meines Körpergewichts die gesundheitliche Eignung für eine Verbeamtung in Zweifel zieht und dies auch in seiner gutachterlichen Stellungnahme zum Ausdruck bringen wird. Was soll ich tun?.....*29

7. *Nach dem Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung erfülle ich aufgrund meines Körpergewichts nicht die körperlichen Anforderungen für eine Verbeamtung auf Lebenszeit. Kann ich gegen das Gutachten des Arztes vorgehen oder ein Gegengutachten verlangen?.....*30

8. *Die Einstellungsbehörde lehnt meine Verbeamtung unter Berufung auf das Ergebnis meiner Gesundheitsuntersuchung ab. Aufgrund meines Körpergewichts, und damit infolge des Vorliegens körperlicher oder physischer Veranlagungen, könne die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. ....*31

9. *Das hört sich ja alles schon sehr gut an. Aber meine Einstellungsbehörde stellt sich leider auf stur. Gibt es noch weitere Argumente, die ich vorbringen kann? Ergibt sich vielleicht aus dem neuen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ein Diskriminierungsverbot bei Adipositas? .....*40

10. *Ich stehe gerade kurz vor dem Abschluss meines Studiums und möchte danach als Beamter/Beamtin in den öffentlichen Dienst. Allerdings habe ich Angst, dass es aufgrund meiner Adipositas bei der Verbeamtung Schwierigkeiten geben könnte. Wie kann ich mich bereits jetzt auf einen etwaigen Rechtsstreit vorbereiten? .....*49

11. *Wie lange dauert ein solcher Rechtsstreit um die Verbeamtung, und brauche ich dafür einen Rechtsanwalt?.....*50

12. *Können Sie mir einen entsprechenden geeigneten Anwalt empfehlen?.....*51

13. *Ich möchte aus persönlichen Gründen keinen Rechtsstreit führen bzw. ich habe den Rechtsstreit um meine Verbeamtung leider rechtskräftig verloren. Kann ich stattdessen (noch) etwas anderes tun?.....*51

Quellenverzeichnis.....53

**1. Die Schulbehörde lehnt eine Verbeamtung wegen meines Körpergewichts ab, bietet mir jedoch stattdessen eine unbefristete Einstellung als Lehrer/in im Angestelltenverhältnis an. Ich würde allerdings viel lieber verbeamtet werden. Muss ich eine Einstellung als Angestellte/r akzeptieren?**

Das grundrechtsgleiche Recht aus Artikel 33 Absatz 2 Grundgesetz ([GG](#)) gewährleistet jedem Deutschen nach Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amt, insbesondere zu den Ämtern, die nach Art. 33 Abs. 5 GG unter Berücksichtigung der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums zu regeln sind. Der Zugang zum Beamtenverhältnis, als lebenslanges öffentlich-rechtliches Dienst- und Treueverhältnis ist dabei nicht mit der Wahl eines anderen Berufes vergleichbar (insbesondere auch nicht mit einer Tätigkeit als Angestellte/r im öffentlichen Dienst) und steht zu diesen nicht in einem alternativen Verhältnis. Beamtinnen und Beamte dienen in exklusiver Weise dem ganzen Volk und sind allein dem Allgemeinwohl verpflichtet. Ein Ausschluss vom Zugang zum Berufsbeamtentum beinhaltet daher weit mehr als nur den Ausschluss von einem bestimmten – singulären – beruflichen Tätigkeitsfeld, es beinhaltet vielmehr zwangsläufig auch den Ausschluss von essentiellen staatsbürgerlichen Rechten und Partizipationsmöglichkeiten im Gemeinwesen. Die Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber für ein Beamtenverhältnis hat daher strikt nach dem Prinzip der *Bestenauslese* zu erfolgen; sachfremde oder dem Prinzip der Bestenauslese widersprechende Kriterien dürfen bei der Auswahl nicht entscheidungserheblich werden.

Zwar obliegt es dem pflichtgemäßen Ermessen des Dienstherrn, festzulegen, welchen *sachlichen* – d.h. ausschließlich an Art. 33 Abs. 2 GG ausgerichteten – Einzelkriterien (Auslesefaktoren) er bei der Auswahlentscheidung das größere Gewicht beimisst, doch ist der Dienstherr bei seiner Entscheidung an Recht und Gesetz gebunden und darf insbesondere keine Auslesefaktoren definieren, die für das zu vergebende Amt keine Relevanz besitzen. Eignung, Befähigung und fachliche Leistung im Sinne von Art. 33 Abs. 2 GG und damit die Bestenauslese bestimmen sich vielmehr ausschließlich nach dem zu vergebenden Amt sowie dessen üblicher Verwendungsbreite. Darüber hinaus hat bereits der Verfassungsgeber in Art. 3 Abs. 2 und 3 GG sowie nachfolgend der Gesetzgeber (§ 8 Abs. 1 Bundesbeamtengesetz [BBG](#) bzw. die entsprechenden Landesbeamtengesetze) bereits normativ eine Anzahl von „Auslesefaktoren“ definiert, die bei der Auswahlentscheidung keine Rolle

spielen dürfen, oder jedenfalls keine für den Bewerber negative („Geschlecht“ und „Behinderung“).

Unbestritten gehört dabei die körperliche und gesundheitliche Eignung einer Bewerberin oder eines Bewerbers zu den sachlichen Kriterien, die bei der Auswahlentscheidung als Auslesefaktor erforderlichenfalls eine Rolle spielen dürfen. Der Dienstherr darf zum Beispiel von Bewerberinnen und Bewerbern für den Polizeidienst oder von Soldatinnen und Soldaten die Erfüllung bestimmter körperlicher Mindestanforderungen verlangen (sog. „Polizeidiensttauglichkeit“), die sich aus dem typischen Aufgabenbereich des Amtes ergeben und ihre Rechtfertigung darin finden, dass die Bewerberin und der Bewerber das Amt auch sachgerecht ausfüllen können muss. Auch gesundheitliche Aspekte können eine Rolle spielen, wenn die Bewerberin oder Bewerber in seinem Amt mit diesen regelmäßig konfrontiert sein wird (z.B. „Tropentauglichkeit“ im Auswärtigen Dienst).

Ebenso unstreitig *nicht* zulässig ist es jedoch, körperliche und gesundheitliche Anforderungen an Bewerberinnen und Bewerber zu stellen, die mit dem angestrebten Amt in keinem typischen Zusammenhang stehen (z.B. „Polizeidiensttauglichkeit“ von einem Hauptschullehrer zu verlangen oder „Tropentauglichkeit“ von einem Zollbeamten). Selbst wenn das Vorliegen der entsprechenden Faktoren aus Sicht des Dienstherrn wünschenswert wäre, so darf doch die Einstellung hiervon nicht abhängig gemacht werden. Denn die Auswahlentscheidung wäre dann nicht mehr von Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung für das konkrete Amt getragen, sondern von Kriterien für ein anderes Amt. Die Entscheidung würde demgemäß auf *sachfremden* Erwägungen beruhen und wäre damit rechtswidrig.

Infolge der von der Schulbehörde zugesagten unbefristeten Einstellung in einem Angestelltenverhältnis ist es offenkundig, dass Sie die körperlichen und gesundheitlichen Anforderungen, die an eine/n Lehrer/in gestellt werden, aktuell erfüllen. Denn selbstverständlich werden an einen verbeamteten Lehrer keine anderen Anforderungen gestellt als an solche, die im Angestelltenverhältnis tätig sind. Sie brauchen sich also mit dem pauschalen Hinweis auf ihr Körpergewicht nicht abzufinden. Das ist eine völlig sachfremde und im Rahmen der Verbeamtungsentscheidung unzulässige Erwägung.

In praktischer Hinsicht sollten Sie aber natürlich den angebotenen Arbeitsvertrag zunächst einmal akzeptieren. Sie vergeben sich dadurch nichts und können (finanziell abgesichert) aus dem Arbeitsverhältnis heraus in aller Ruhe Ihre Verbeamtung weiter betreiben.

**2. Ich habe einen BMI von 32 kg/m<sup>2</sup>. Die Einstellungsbehörde lehnt meine Verbeamtung mit der Begründung ab, dass man nur bis zu einem BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> verbeamtet werden könne. Sie sagt, das sei so vorgeschrieben und verwaltungsgerichtlich so entschieden. Sie könne da leider auch nichts machen.**

Zunächst: Es gibt kein Gesetz oder eine Rechtsverordnung, in der für die Verbeamtung ein bestimmter BMI vorgeschrieben wäre. Die Verwaltung muss daher *immer* eine Ermessens-Entscheidung treffen. Tut sie dies nicht, so liegt ein Ermessensfehler in Form des sog. Ermessensnichtgebrauchs vor. Ein solcher ist z.B. dann gegeben, wenn die Verwaltung sich – rechtsirrig – für gebunden erachtet oder sich nicht bewusst ist, dass ihr in der Sache ein Ermessensspielraum zukommt. Lehnt die Verwaltung daher eine Einstellung allein mit der Begründung ab, dass man mit einem BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> prinzipiell nicht verbeamtet werden könne, besteht der begründete Verdacht, dass hier ein Ermessensnichtgebrauch vorliegt; denn eine bestimmte BMI-Grenze ist gesetzlich eben nirgends definiert. Im Falle eines solchen Ermessensnichtgebrauchs wäre der Bescheid der Behörde rechtswidrig und müsste aufgehoben werden. Im Zweifel ist im Übrigen die Behörde und nicht der Bewerber dafür beweispflichtig, dass und in welcher Weise die Behörde ihr Ermessen ausgeübt hat, d.h. sie muss darlegen und beweisen, welche Überlegungen sie bei ihrer Einstellungsentscheidung angestellt hat, welche Fakten sie gewürdigt hat und welche Abwägungen von ihr vorgenommen wurden.

Soweit die Einstellungsbehörde sich auf (angebliche) verwaltungsgerichtliche Urteile beruft, ist hierzu Folgendes anzumerken: Es gibt bisher nur erstaunlich wenige verwaltungsgerichtliche Entscheidungen, die sich mit der Frage von „Übergewicht“ und Verbeamtung befassen, da leider nur die wenigsten Bewerber gegen eine ablehnende Entscheidung Klage einreichen. Eines der wenigen einschlägigen Urteile – zugunsten der Verwaltung – ist das des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen vom 12. Dezember 2005 (Az. 1 K 6123/01), auf das sich die Einstellungsbehörden bei ihrer Ablehnung der

Verbeamtung auch regelmäßig stützen. In diesem Urteil hatte das VG Gelsenkirchen eine Verbeamtung des Bewerbers, der einen BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> hatte, abgelehnt und sich dazu auf ein vom Gericht eingeholtes medizinisches Gutachten berufen. Das Urteil wurde in vielen Fachzeitschriften zitiert – allerdings leider nur in verkürzter Form – und hat dadurch den „Verwaltungsmythos“ von dem BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> geschaffen.

Aber: Das vollständige Urteil des VG Gelsenkirchen gibt gerade das *nicht* her, was von Verwaltungsseite in das Urteil hineingelesen wird. So führt das medizinische Gutachten (dessen Inhalt im Urteil leider nicht zitiert wird) aus:

„Die Frage nach dem Krankheitswert des Übergewichts ist relativ zu beantworten. Das Übergewicht ist erst dann als Krankheitswert zu beurteilen, wenn ein typisches, vermehrtes abdominelles Verteilungsmuster vorliegt, wenn metabolische Stoffwechselfparameter vorliegen, die mit einem erhöhten Risiko verbunden sind oder wenn bereits objektivierbare gewichtstypische Gelenksbeschwerden und Belastungseinschränkungen und eine begleitende Hypertonie vorliegen.“ (S. 11 des Gutachtens).

D.h. das Gutachten – sowie das Urteil des VG Gelsenkirchen – sagen gerade *nicht* aus, dass ein BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> einen Krankheitswert hat, sondern dies ist danach nur dann der Fall, wenn zusätzliche Faktoren hinzutreten. Dies war in dem vom Gericht zu entscheidenden, konkreten Fall gegeben, so dass eine Pflicht zur Verbeamtung abgelehnt wurde. Weitergehende Schlüsse lassen sich aus dem Urteil jedoch nicht ziehen.

Dies hat nunmehr auch das Verwaltungsgericht Düsseldorf in einem Urteil vom 4. September 2007 (Az. 2 K 5357/06) ausdrücklich festgestellt. Die Verwaltung hatte dabei einem Bewerber, der einen BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> aufwies, die Verbeamtung unter ausschließlicher Berufung auf seinen BMI sowie das Urteil des VG Gelsenkirchen verweigert. Dies hatte vor Gericht zwangsläufig keinen Bestand. So stellte das VG Düsseldorf fest, dass eine allgemeine Auffassung in dem Sinne, dass allein ein BMI von über 30 kg/m<sup>2</sup> mit einem gesundheitlichen Risiko einhergehe, dem fachärztlichen Gutachten im Verfahren vor dem VG Gelsenkirchen gerade *nicht* zu entnehmen sei. Vielmehr müssten stets *zusätzliche* Risiko-Faktoren hinzutreten, die von der Verwaltung darzulegen und zu beweisen sind. Nachdem die Verwaltung dies nicht konnte, wurde sie zur Verbeamtung des Bewerbers verurteilt. [27]

**3. Die Einstellungsbehörde meint, ich erfülle im Moment zwar die körperlichen und gesundheitlichen Anforderungen, die an Beamte in meinem Tätigkeitsfeld gestellt werden. Allerdings könne aufgrund meines Körpergewichts, und damit infolge des Vorliegens körperlicher oder physischer Veranlagungen, die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Sie beruft sich dazu auf irgendwelche Statistiken, nach denen „übergewichtige“ Menschen angeblich ein stark erhöhtes Mortalitätsrisiko besitzen. Was kann ich darauf erwidern?**

Zunächst: Ja, es entspricht der gefestigten Rechtsprechung, dass der Dienstherr eine Verbeamtung dann nicht vornehmen muss, wenn *die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann*. Die Rechtsprechung billigt der Exekutive daher (durchaus richtigerweise) einen Ermessensspielraum dahingehend zu, in besonderen Ausnahmefällen (!) eine Abweichung vom beamtenrechtlichen Prinzip der Bestenauslese vorzunehmen, wenn sie sich ansonsten sehenden Auges in einen „Versorgungsfall“ hineinbegeben würde.

Aber: Diese Einschränkung gilt nur für extreme Ausnahmefälle, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit *überwiegend* wahrscheinlich ist. Selbst ein annäherndes 50:50-Risiko einer künftigen Erkrankung oder des Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit vor Erreichen der Altersgrenze kann den Grundsatz der Bestenauslese dagegen nicht aushebeln und darf einer Verbeamtung nicht entgegengehalten werden.

Einstellungsbehörden, die hier eine andere Auffassung vertreten und höhere Wahrscheinlichkeiten (z.B. 80 % oder 90 %) fordern, sollten auf die rechtskräftige Entscheidung des Verwaltungsgerichts Darmstadt vom 24. Juni 2004, Az. 1 E 470/04 im sog. *Chorea Huntington-Fall* hingewiesen werden. [\[23\]](#)

Das Verwaltungsgericht Darmstadt hatte im Verfahren Az. 1 E 470/04 den Fall einer jungen Lehrerin zu entscheiden, die ihre Verbeamtung auf Lebenszeit anstrebte, jedoch aufgrund ihrer Familienanamnese ein 50%iges Risiko dafür trug, dass bei ihr die Erbkrankheit Chorea Huntington vorlag. Chorea Huntington ist eine seltene, unaufhaltsam fortschreitende Erkrankung des zentralen Nervensystems, die



meistens zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr ausbricht und zu schweren Beeinträchtigungen führt, die durch allmählichen unaufhaltsamen Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeit bis hin zur völligen Hilflosigkeit gekennzeichnet sind. Bis heute können die Symptome zwar durch Medikamente gemildert, der Verlauf der Krankheit aber nicht aufgehalten werden. Die Krankheit wird autosomal-dominant vererbt. Wird das entsprechende krankheitsverursachende Gen geerbt, so bricht die Krankheit mit annähernd 100%iger Wahrscheinlichkeit aus, überwiegend zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr, und führt unvermeidlich zur Dienstunfähigkeit. Das Land Hessen hatte aufgrund dieses hohen Dienstunfähigkeitsrisikos (von annähernd 50 %) eine Verbeamtung der Lehrerin abgelehnt und erklärt, eine Verbeamtung käme nur dann in Betracht, wenn die Betroffene zuvor das Ergebnis einer gendiagnostischen Untersuchung vorlege, aus der sich ergäbe, dass sie nicht Trägerin der krankheitsauslösenden Genmutation sei und daher eine Erkrankung an Chorea Huntington ausgeschlossen wäre. Eine solche – medizinisch mögliche und körperlich völlig unschädliche – genetische Untersuchung lehnte die Lehrerin jedoch unter Berufung auf ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht („Recht auf Nicht-Wissen von der eigenen Erkrankung“) sowie datenschutzrechtliche Bestimmungen ab. Das VG Darmstadt gab der Klage der Lehrerin statt und verurteilte das Land Hessen rechtskräftig zur Einstellung als Beamtin auf Lebenszeit. Diese Einstellung ist anschließend auch erfolgt. [23]

Das Gericht führte in der Entscheidung zutreffend aus:

„Nach fachärztlichem Urteil besteht eine entsprechende Wahrscheinlichkeit von exakt 50 %. Dies bedeutet indes nichts anderes, als dass es genauso wahrscheinlich ist, dass das Gen vererbt wurde, wie es wahrscheinlich ist, dass keine Vererbung stattgefunden hat. Trifft erstgenannte Möglichkeit zu, besteht allerdings eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch der Erkrankung vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze. Ist die Klägerin hingegen nicht Trägerin des Gens, liegen keinerlei Anhaltspunkte für ein Fehlen der gesundheitlichen Eignung vor. Bei diesen tatsächlichen Gegebenheiten kann daher nach Auffassung des Gerichts nicht gesagt werden, in der Person der Klägerin lägen Veranlagungen vor, aufgrund derer die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder des Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, denn das Bestehen einer dahingehenden Veranlagung ist – wie ausgeführt – gleichermaßen wahrscheinlich wie unwahrscheinlich. Danach kann der Übernahme der Klägerin in das Beamtenverhältnis auf Probe bei ansonsten unzweifelhaft festgestellter gesundheitlicher Eignung kein Eignungsmangel wegen einer körperlichen oder physischen Veranlagung entgegengehalten werden.“ [23]

Irgendwelche wissenschaftlichen Studien oder Statistiken, nach denen Menschen mit Adipositas – auch nur annähernd – ein Risiko von 50 % trügen, vor Erreichen der Altersgrenze dauernd dienstunfähig zu werden, existieren nicht. Selbst diejenigen Studien, die von einem erhöhten Krankheitsrisiko bei Adipositas ausgehen, kommen zu deutlich niedrigeren Werten. Im Übrigen



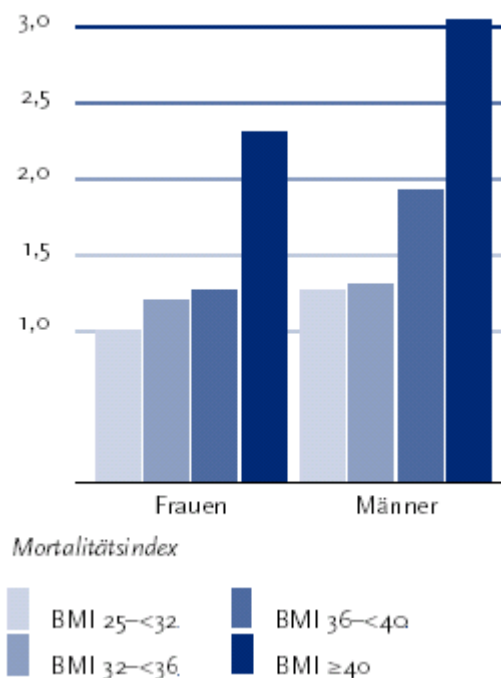
sind Adipositas-Studien, wie alle medizinischen Studien, stets *genau* zu lesen und nicht vorschnell zu verallgemeinern.

So liegen zwischenzeitlich zwar eine Vielzahl unterschiedlicher Studien zu den gesundheitlichen Risiken und Folgen von Adipositas vor, die meisten dieser Studien weisen jedoch das Problem einer unzureichenden statistischen Datenbasis auf. „Dick ist eben nicht gleich dick“, auch wenn dies in manchen Studien (und insbesondere in den kurzen Pressemitteilungen darüber) manchmal so den Anschein hat. Denn es macht in gesundheitlicher Hinsicht durchaus einen gewaltigen Unterschied, ob ein Proband einen BMI von 30, 35, 40, 50 oder 80 hat. Um Zufallsergebnisse auszuschließen und eine gesicherte Beurteilung des Risikos von Adipositas/Übergewicht zu ermöglichen, muss notwendigerweise eine ausreichend große Zahl stark übergewichtiger Patienten ( $\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$ ) an den Studien teilnehmen, und diese Gruppe muss überdies über einen ausreichend langen Zeitraum (idealerweise mehrere Jahrzehnte) begleitet werden. Dies ist nur bei den wenigsten Studien der Fall. Viele Adipositas-Studien weisen darüber hinaus das – bei medizinischen Studien kaum zu vermeidende – Grundproblem auf, dass überdurchschnittlich viele Menschen an solchen Studien teilnehmen, die sich bereits wegen gesundheitlichen Problemen in ärztlicher Behandlung befinden (denn Ärzte können zwangsläufig nur diejenigen Menschen untersuchen und statistisch erfassen, die sich in ihre Hände begeben – und das sind nun einmal typischerweise Menschen mit gesundheitlichen Problemen). Gesunde Menschen mit einem erhöhten BMI sind daher in medizinischen Studien *systematisch unterrepräsentiert*. Adipositas-Studien neigen daher tendenziell zu einer *Überschätzung des Mortalitäts- und Krankheitsrisikos*; jedenfalls liegt das tatsächliche Risiko eher unter als über den Werten der Studien.

Als bei weitem umfangreichste und wichtigste europäische Studie zur Quantifizierung der Beziehung zwischen Adipositas und Übersterblichkeit gilt in der medizinischen Fachliteratur die „*Düsseldorf Obesity Mortality Study*“ (*DOMS*) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie wurden über einen Zeitraum von über 30 Jahren (von 1961 bis 1994) aus den an die Übergewichtsambulanz der Medizinischen Universitätsklinik Düsseldorf überwiesenen Patienten rekrutiert. An der Studie nahmen insgesamt 6.193 stark adipöse Patienten (4.602 Frauen und 1.591 Männer) mit einem durchschnittlichen BMI von  $37 \text{ kg/m}^2$  und einem mittleren Alter von 40 Jahren teil. 1.535 der beobachteten

6.193 Patienten hatten einen BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> (bis 79 kg/m<sup>2</sup>!). Die Patienten wurden einer standardisierten Untersuchung unterzogen und ihr Vitalstatus erfasst. Die Patienten wurden im Mittel über 14 Jahre verfolgt, was einem Beobachtungszeitraum von 87.179 Patientenjahren entspricht. [1] Die „Düsseldorf Obesity Mortality Study“ (DOMS) stellt damit die bei weitem umfangreichste Untersuchung zur Mortalität eines Patientenkollektivs mit ausgeprägtem Übergewicht und Adipositas dar.

Ein wesentliches Ergebnis der DOMS war dabei, dass Übergewicht und Adipositas *keine universellen Risikofaktoren* darstellen, sondern die Risikorelevanz eines erhöhten BMI in erheblichem Umfang von Alter und Geschlecht der Patienten abhängig ist. So sinkt der Mortalitätsindex (d.h. das Verhältnis der Mortalität Übergewichtiger zur allgemeinen Mortalität) mit zunehmendem Alter bei allen Adipositasklassen, und der negative Einfluss höherer BMI-Werte wirkt sich bei Frauen deutlich weniger stark im Sinne einer Verkürzung der Lebenserwartung aus als bei Männern. [1]



<b>BMI</b>	<b>BMI 25 bis unter 32</b>	<b>BMI 32 bis unter 36</b>	<b>BMI 36 bis unter 40</b>	<b>BMI größer gleich 40</b>
<b>Frauen</b>	1	1,2	1,27	2,31
<b>Männer</b>	1,26	1,31	1,92	3,05

Quelle: Robert Koch-Institut [\[2\]](#)

Das wichtigste – und für viele überraschendste – Ergebnis war jedoch, dass das Ausmaß der Verkürzung der Lebenserwartung selbst bei starker Adipositas erheblich geringer war als angenommen. So konnte für Frauen mit einem BMI zwischen 36 und 40 kg/m<sup>2</sup> nur in der Altersgruppe unter 40 Jahren eine geringfügig (um durchschnittlich 27 %) erhöhte Sterblichkeit nachgewiesen werden, während sich für Frauen über 40 Jahren eine adipositas-bedingte Verkürzung der Lebenserwartung erst bei einem BMI über 40 kg/m<sup>2</sup> (Adipositas III. Grades) zeigte. [\[2\]](#) [\[1\]](#)

Wie vernachlässigbar gering ein solches um 27 % erhöhtes Sterblichkeitsrisiko (das Frauen unter 40 Jahren mit einem BMI zwischen 36 und 40 kg/m<sup>2</sup> aufweisen) in absoluten Zahlen ist, soll folgende Vergleichsrechnung zeigen:

Die Sterbewahrscheinlichkeit einer Frau im Alter von 30 Jahren beträgt nach den aktuellen Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes [\[3\]](#): 0,00033373. D.h. von 100.000 Frauen dieses Alters sterben im Verlauf des nächsten Jahres statistisch gesehen 33 Frauen, 99.967 Frauen erleben dagegen ihren 31. Geburtstag. Bei einer um 27 % erhöhten Sterblichkeit beträgt die Sterbewahrscheinlichkeit  $1,27 * 0,00033373 = 0,0004238371$ . D.h. von 100.000 Frauen dieses Alters mit einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup> sterben im Verlauf des nächsten Jahres 42 Frauen, oder 9 Frauen mehr als im Durchschnitt. 99.958 Frauen mit einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup> erleben dagegen ebenso wie die durchschnittliche Frau dieses Alters ihren 31. Geburtstag.

Betrachtet man nicht nur ein einzelnes Jahr, sondern den Zeitraum von 30 bis 39 Jahren, so beträgt die Sterbewahrscheinlichkeit in diesen zehn Jahren 0,00491193. D.h. von 100.000 beliebigen Frauen sterben im Durchschnitt 491; 99.509 überleben. Bei den Frauen mit einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup>

beträgt die Sterbewahrscheinlichkeit  $1,27 * 0,00491193 = 0,0062381511$ . D.h. von 100.000 „stark übergewichtigen“ Frauen sterben in der gleichen Zeit 624, oder 133 Frauen mehr als im Durchschnitt; dagegen überleben auch hier 99.376 oder 99,38 %.

Diese ohnehin nicht besonders beängstigende Zahl wird noch erheblich dadurch relativiert, wenn man sie mit der durchschnittlichen Mortalitätsziffer von Männern vergleicht. So sterben im Lebensalters-Zeitraum von 30 bis 39 Jahren immerhin durchschnittlich 998 von 100.000 Männern oder 374 mehr als Frauen mit einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup>. In Ostdeutschland sind die Werte sogar noch höher: dort sterben im selben Zeitraum 1.245 von 100.000 Männern. D.h., der durchschnittliche ostdeutsche Mann hat im Alterszeitraum von 30 bis 39 Jahren ein *doppelt* so hohes Mortalitätsrisiko wie eine gleichaltrige Frau mit einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup>, und *bei Frauen über 40 Jahren und einem BMI von 36 bis 40 kg/m<sup>2</sup> ist nach den Ergebnissen der DOMS medizinisch überhaupt keine erhöhte Sterblichkeit mehr nachweisbar.*

Zu Recht schreibt daher das Nordrhein-Westfälische Gesundheitsministerium im Landesgesundheitsbericht NRW 2000:

„Zusammenfassend ergibt sich damit, dass für Frauen in einem Lebensalter von über 40 Jahren nur für eine morbide Fettsucht von  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> eine Adipositas-bedingte Verkürzung der Lebenserwartung im Sinn einer Steigerung der Gesamtmortalität nachweisbar ist. Diesem Befund sollte in der Gesundheitsberatung und der Festsetzung von präventiv-medizinischen Therapiezielen von übergewichtigen Personen Rechnung getragen werden. Denn oft wird diesen Personen aufgrund fragwürdiger medizinischer Begründungen eine Gewichtsreduktion oktroyiert, auch ohne dass bei ihnen mit Adipositas assoziierte Erkrankungen wie ein Typ-II-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen bestehen.

Diese Befunde zur Geschlechtsabhängigkeit der mit der Adipositas einhergehenden Übersterblichkeit scheinen im Einklang damit zu stehen, dass Adipositas in unserer Bevölkerung bei Frauen deutlich häufiger nachweisbar ist als bei Männern und – gleichwohl – die Lebenserwartung der Frauen deutlich oberhalb derjenigen der männlichen Bevölkerung liegt.

Es ist daher plausibel, aufgrund dieser epidemiologischen Zusammenhänge sowie der dezidierten Daten aus der nordrhein-westfälischen Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) von einem partiellen, aber zweifellos relevanten Schutz der Frauen gegenüber dem Mortalitätsrisiko der Adipositas auszugehen – ein Schutz, der mit zunehmendem Lebensalter noch zuzunehmen scheint. [...]

Im Gegensatz zu der im Vergleich zu Männern ausgeprägten Minderung des Adipositas-assoziierten Mortalitätsrisikos bei Frauen stehen die besonders rigiden Vorstellungen der weiblichen Bevölkerung hinsichtlich des wünschenswerten

Körpergewichts. Dabei kommt dem psychosozial determinierten Schlankheitsideal offenbar eine erhebliche Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang kehrt sich das Phänomen des dargestellten Geschlechtsunterschiedes insofern um, als adipöse Frauen besonders durch – medizinisch ungerechtfertigte – Einschränkungen von Selbstwertgefühl und Lebensqualität sowie diätetische, medikamentöse und chirurgische Behandlungsnebenwirkungen und -risiken gefährdet sind.

Die Konsequenz aus diesen Befunden sollte eine Intensivierung der Information der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über die tatsächlichen Risiken der Adipositas und eine Konzentrierung der präventivmedizinischen Bemühungen auf diejenigen Patienten mit nachweisbarem Adipositas-assoziierten Mortalitätsrisiko sein. Diese evidenzbasierte Vorgehensweise muss an die Stelle überkommener Vorstellungen treten, welche sich an der kommerziell motivierten, übertriebenen Darstellung von gesundheitlichen Risiken der Adipositas sowie dem allenthalben gesellschaftlich propagierten Schlankheitsideal insbesondere für die weibliche Bevölkerung orientiert.“ [\[4\]](#)

Diese absolut zutreffenden Ausführungen des Nordrhein-Westfälischen Gesundheitsministeriums lassen sich daher auf den einfachen Punkt bringen: Nicht Adipositas lässt Frauen früher sterben, sondern die von kommerziellen Interessen motivierte, übertriebene Darstellung von gesundheitlichen Risiken der Adipositas sowie das allenthalben gesellschaftlich propagierte Schlankheitsideal, das die Frauen zu Diätprogrammen, medikamentöser Behandlung und Schönheitsoperationen treibt und sie dabei erheblichen gesundheitlichen Risiken durch Behandlungsnebenwirkungen aussetzt.

Doch auch die Mortalitätsrate von Frauen in einem Alter über 40 Jahren mit einem BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> sowie diejenige von Männern mit Adipositas wird sehr häufig – vermutlich infolge mangelnder Kenntnisse in Prozentrechnung – vollkommen überschätzt. So weisen z.B. nach dem Ergebnis der DOMS Frauen mit einem BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> im Durchschnitt ein um den Faktor 2,31 (= 131 %) erhöhtes Sterblichkeitsrisiko auf, Männer sogar ein um 205 % erhöhtes, wobei die Übersterblichkeit mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. [\[1\]](#)

In *absoluten Zahlen* bedeutet ein um 131 % erhöhtes Sterblichkeitsrisiko jedoch folgendes:

Die Sterbewahrscheinlichkeit einer durchschnittlichen Frau beträgt im Zeitraum vom 15. bis 65. Lebensjahr nach den aktuellen Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes [\[3\]](#): 0,0877128. D.h. von 100.000 Frauen sterben innerhalb dieser 50 Jahre statistisch gesehen 8.771.

Bei einer um 131 % erhöhten Mortalitätsrate sind es  $2,31 * 0,0877128 = 0,202616568$  oder 20.261 Frauen. D.h. von 100.000 Frauen mit einem BMI von  $> 40 \text{ kg/m}^2$  sterben zwar 11.490 mehr als im Durchschnitt – allerdings erleben auch hier rund 80 % ihren 65. Geburtstag (gegenüber 91 % im Durchschnitt). Die tatsächliche Zahl der „überlebenden“ Frauen mit einem BMI  $> 40$  und einem Lebensalter von über 27 Jahren (dem gesetzlichen Mindestalter für die Verbeamtung auf Lebenszeit) ist in der Realität sogar noch wesentlich größer, da der Mortalitätsindex mit zunehmendem Alter für alle Adipositas-Klassen sinkt und jedes „gewonnene“ Lebensjahr die statistische Sterbewahrscheinlichkeit daher vermindert.

Auch hier zum Vergleich die Sterbewahrscheinlichkeit „normaler“ Männer: Die Sterbewahrscheinlichkeit eines durchschnittlichen Mannes beträgt im Zeitraum vom 15. bis 65. Lebensjahr nach den aktuellen Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes [3]: 0,1698650. D.h. von 100.000 Männern sterben innerhalb dieser 50 Jahre statistisch gesehen 16.987. Die Sterbewahrscheinlichkeit eines durchschnittlichen Mannes ist daher gegenüber dem einer durchschnittlichen Frau um den Faktor 1,94 (= 94 %) erhöht. In den Neuen Bundesländern ist die Mortalitätsrate von Männern (0,1923550) gegenüber derjenigen von ostdeutschen Frauen (0,0838470) sogar um den Faktor 2,30 (= 130 %) erhöht, so dass *eine ostdeutsche Frau mit BMI  $> 40 \text{ kg/m}^2$  im Ergebnis dasselbe Mortalitätsrisiko trägt wie jeder durchschnittliche ostdeutsche Mann.*

Wollte man Frauen daher aufgrund eines BMI-bedingt erhöhten Mortalitätsrisikos von der Verbeamtung ausschließen, müsste man dies mit der gleichen Begründung auch bei allen Männern, oder jedenfalls bei allen ostdeutschen Männern, tun. Denn diese tragen ein mindestens gleich hohes, im Vergleich zu Frauen mit einem BMI von 36 bis  $40 \text{ kg/m}^2$  sogar ein doppelt so hohes, Risiko des Ablebens vor dem 65. Lebensjahr.

Dieses für Frauen positive Ergebnis entfaltet im Übrigen auch für Männer positive Folgen bei der Verbeamtung. Denn Art. 3 Abs. 3 GG (bzw. § 8 Abs. 1 BBG und die entsprechenden Landesbeamtengesetze) verbieten jede Benachteiligung oder Bevorzugung bei der Verbeamtung wegen des Geschlechts. Einem *individuellen* Mann darf daher nicht mit der Begründung, dass Männer ein gegenüber Frauen erhöhtes Mortalitätsrisiko tragen (sowohl allgemein als auch in Bezug auf Adipositas), die Verbeamtung versagt werden, da dies eine unzulässige Diskriminierung wegen des Geschlechts darstellen würde.

Auch Rauchen hat im Übrigen einen vergleichbar negativen Einfluss auf die Mortalität wie Adipositas III. Grades (BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>). So liegt nach der bereits verhältnismäßig alten, aber bis heute umfangreichsten Zwillings-Studie von Hammond das Mortalitätsrisiko von Raucherinnen und Rauchern im mittleren Lebensalter (40-80 Jahre) um 110 % (Faktor 2,1) über derjenigen von Nicht-Rauchern. [5] Neuere Studien zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens ergaben sogar noch etwas höhere Mortalitätsrisiken. [6] [7] [8] So kommt z.B. Mc'Neill in seiner Studie zu dem Ergebnis, dass im Jahre 2000 31 % der Männer und 12 % der Frauen aus der mittleren Altersgruppe (35-69 Jahre) aufgrund einer Erkrankung starben, die allein durch das Rauchen verursacht wurde. Berücksichtigt man dabei, dass nur etwa 35 % der Erwachsenen – mehr oder weniger regelmäßig – rauchen, so bewirkt Rauchen eine Erhöhung des Mortalitätsrisikos um den Faktor 2,2 (= 120 %). [6] Eine Studie der Münchner Rückversicherung zur Raucher/Nicht-rauchersterblichkeit und zur Risikokalkulation bei Lebensversicherung kommt für die mittleren Jahrgänge (40-60 Jahre) zu einer um den Faktor 2,4 bei Männern und 2,25 bei Frauen erhöhten Sterblichkeitsrate von Rauchern gegenüber Nicht-Rauchern. [8]

Mit einem (teilweise) erhöhten Mortalitätsrisiko von Menschen mit Adipositas lässt sich daher eine Ablehnung der Verbeamtung niemals tragfähig begründen. So wird z.B. eine 30jährige Frau mit einem BMI von 35-40 kg/m<sup>2</sup> mit 99,38 % Wahrscheinlichkeit ihr 40. Lebensjahr erleben (gegenüber 99,51 % bei einer Durchschnittsfrau). Hat sie ihr 40. Lebensjahr erreicht, wird sie sogar mit der gleichen Wahrscheinlichkeit wie eine Durchschnittsfrau (nämlich mit rund 92 %) auch ihren 65. Geburtstag feiern können und daher mit einer wesentlich größeren Wahrscheinlichkeit als jeder Durchschnittsmann (84 %). Sollte die Beispielsfrau einen BMI von 40 kg/m<sup>2</sup> oder noch mehr aufweisen, so würde auch dies ihr Mortalitätsrisiko noch nicht auf ein für die Verwaltung unzumutbares Maß steigern. Denn auch von diesen Frauen erleben rund 80 % ihren 65. Geburtstag (gegenüber 91 % im Durchschnitt). Sie liegen damit auf demselben Niveau wie Raucher oder ostdeutsche Männer und immer noch 30 Prozentpunkte von der 50 %-Grenze der Rechtsprechung entfernt.



**4. Ich habe meine Einstellungsbehörde mit diesen Statistiken zum Mortalitätsrisiko konfrontiert. Nun sagen sie aber, dass die Statistiken zwar vielleicht richtig seien, es aber „erwiesen“ wäre, dass „dicke Menschen häufiger krank seien als dünne“, und das genüge schon, um die Verbeamtung zu verweigern.**

Gleich vorweg: Nein, das genügt nicht!

Der Grundsatz der Bestenauslese gilt grundsätzlich uneingeschränkt. Ob ein Mensch (vermutlich) häufiger krank sein wird als ein anderer, darf bei der Einstellungsentscheidung keine Rolle spielen. Denn Menschen besitzen nun einmal von Natur aus unterschiedliche Konstitutionen; einige sind krankheitsanfälliger als andere. Einige liegen bei jeder Erkältungswelle in schöner Regelmäßigkeit flach, andere haben jahrelang keinen einzigen Krankheitstag. Dies ist ein Risiko, das jeder Arbeitgeber, und natürlich auch öffentlich-rechtliche Dienstherrn, bei jeder Einstellungsentscheidung eingehen müssen und das ihnen der Gesetzgeber redlicherweise zumutet. (Im Übrigen ist dieses Risiko gänzlich unabhängig davon, ob eine Einstellung als Angestellter oder Beamter erfolgt. Die Einstellungsbehörde setzt sich daher in Widerspruch zu ihrem eigenen Verhalten, wenn sie zwar einen unbefristeten Arbeitsvertrag abschließt, eine Verbeamtung aber unter Hinweis auf erhöhte Krankheitstage ablehnt.)

Im Übrigen gilt jedoch auch hier – wie beim Mortalitätsrisiko: Statistiken wollen *genau* gelesen sein:

Das Statistische Bundesamt erhebt im Rahmen des alle zwei Jahre durchgeführten sog. Mikrozensus seit 1999 regelmäßig auch Angaben zur Körpergröße sowie dem Gewicht der deutschen Bevölkerung und errechnet daraus den BMI über die verschiedenen Altersgruppen hinweg. Seit 1995 gibt es daneben auch Fragen zum Gesundheitszustand und dem Rauchverhalten der Probanden, so dass durch die Verknüpfung der Merkmale eine Aussage darüber möglich ist, wie sich Rauchen oder ein erhöhter BMI auf den Gesundheitszustand von Menschen auswirken. [\[9\]](#)

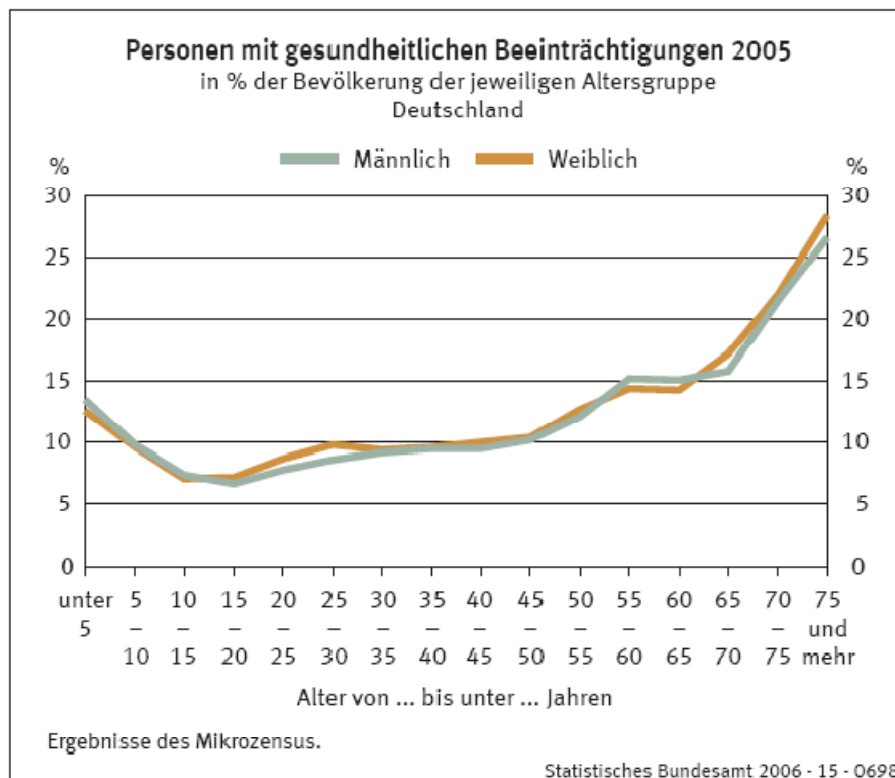
Das Statistische Bundesamt verwendet dabei einen sehr weiten Krankheitsbegriff:

Eine statistisch relevante Krankheit liegt danach schon immer dann vor, wenn eine Person sich während des Berichtszeitraums in ihrem Gesundheitszustand so

beeinträchtigt gefühlt hat, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte (zum Beispiel Schulbesuch bei Kindern und Jugendlichen, Berufstätigkeit bei Beschäftigten, Hausarbeit beziehungsweise Freizeittätigkeit bei nichtberufstätigen Personen). Dabei kommt es nicht darauf an, ob wegen der Beschwerden ein Arzt aufgesucht wurde. Unabhängig von dieser Beeinträchtigung liegt jedoch eine Krankheit immer dann vor, wenn im Berichtszeitraum von einem Arzt oder Heilpraktiker eine Diagnose gestellt und eine Behandlung durchgeführt wurde. Bei langfristigen Leiden (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Bluthochdruck) ist es nicht ausschlaggebend, ob der Befragte in der Ausübung seiner gewöhnlichen Beschäftigung beeinträchtigt war oder nicht. Auch ein angeborenes Leiden oder eine Körperbehinderung sind als Krankheit einzuordnen, sofern sie regelmäßig ärztlich behandelt werden. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett zählen nicht als Krankheiten. [9]

Nach diesem weiten Krankheitsbegriff waren im Verlauf des Jahres 2005 über alle Altersklassen hinweg 12 % der Männer und 13 % der Frauen krank. Erwartungsgemäß stieg der prozentuale Anteil der Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dabei mit zunehmendem Alter an.

Schaubild 33



Die Feinauswertung der statistischen Daten nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, BMI und Gesundheitszustand erbrachte dabei folgendes prozentuale Ergebnis zu Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen:

Geschlecht	Alter	Durchschnitt	BMI > 30
Frauen	18-40	9,2 %	9,0 %
Frauen	40-65	12,0 %	18,7 %
Frauen	65+	22,5 %	25,4 %
Männer	18-40	8,1 %	11,2 %
Männer	40-65	11,7 %	15,3 %
Männer	65+	20,4 %	22,6 %

Quelle: Statistisches Bundesamt [\[9\]](#)

Die Krankheitsstatistik des Mikrozensus bestätigt daher das Bild, das sich auch bereits nach den Studien zum Mortalitätsrisiko gezeigt hat: Für Frauen unter 40 Jahren lässt sich ein erhöhtes Krankheitsrisiko bei Adipositas (d.h. einem BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) nicht nachweisen. Im Gegenteil liegt hier der Anteil der Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sogar geringfügig unterhalb des Durchschnitts – und deutlich unterhalb der Krankheitsrate von Raucherinnen (11 %). Bei Männern hingegen führt ein BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> bereits in dieser Altersgruppe zu einem leicht vermehrten Auftreten von Krankheiten. In der Altersgruppe der 40-65jährigen ist der Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten Männer und Frauen mit Adipositas bei beiden Geschlechtern gegenüber dem Durchschnitt geringfügig erhöht, wobei der prozentuale Abstand jedoch mit zunehmendem Alter wieder abnimmt und in der Altersklasse 65+ nur noch marginal ist. [\[9\]](#)

Über alle Altersklassen und Geschlechter hinweg gilt jedoch, dass *gesundheitliche Beeinträchtigungen auch unter Menschen mit Adipositas nur eine kleine Minderheit betreffen*, während die ganz überwiegende Mehrheit (bei Frauen: 75 % - 91 %; bei Männern: 78 % - 89 %) kerngesund ist und sich diesbezüglich in nichts vom Durchschnitt der Bevölkerung unterscheidet. Die Verweigerung einer Verbeamtung z.B. mit der Begründung, dass „übergewichtige“ Männer mit einem BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> in der Altersgruppe zwischen 40 und 65 ein um 3,6 Prozentpunkte erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen, wäre niemals gerichtsfest.

**5. Meine Einstellungsbehörde meint nun aber, es gehe hier nicht um „Schnupfen oder Kopfschmerzen“, die habe ein dicker Mensch vielleicht tatsächlich nicht häufiger als ein dünner, sondern um schwerwiegende Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Krebserkrankungen oder Diabetes mellitus Typ-2. Und die hätten dicke Menschen ganz sicher häufiger als dünne. Das könne doch wohl kaum bestritten werden, oder etwa doch?**

Ja und Nein. „Es kommt darauf an“, wie Juristen gerne sagen.

Ob – und, wenn ja, welche konkreten – Krankheiten Menschen mit Adipositas überhaupt in verstärktem Maße betreffen, ist in der medizinischen Forschung höchst umstritten. Als einigermaßen gesichert kann lediglich gelten, dass stark adipöse Männer und Frauen überdurchschnittlich häufig unter körperlichen Beschwerden wie Kurzatmigkeit, schneller Ermüdbarkeit, starkem Schwitzen sowie Wirbelsäulen-, Hüft- und Kniegelenkschmerzen leiden, die teilweise direkt auf die Adipositas zurückzuführen sind. [\[2\]](#)

### **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

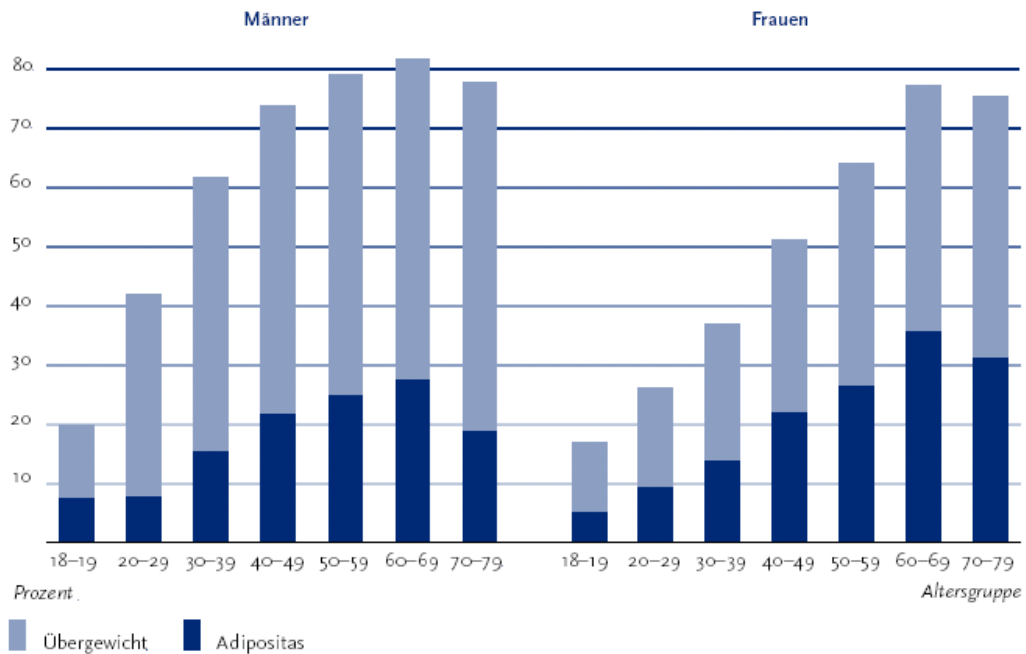
Welche Krankheiten darüber hinaus mit Adipositas in einem kausalen Zusammenhang stehen, lässt sich dagegen nicht so einfach beantworten, da insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei denen man früher einen engen Kausalbezug zur Adipositas angenommen hatte, regelmäßig auf multifaktoriellen Bedingungen fußen. Zwar treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der ärztlichen Praxis tatsächlich häufig zusammen mit Übergewicht/Adipositas auf, doch ist dies noch kein Beweis für einen kausalen Wirkzusammenhang. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt nämlich auch ganz unabhängig vom Körpergewicht mit zunehmendem Alter deutlich an, da grundsätzlich bei *allen* Menschen im fortgeschrittenen Alter arteriosklerotische Veränderungen und Leistungsminderungen der inneren Organe auftreten, die das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen und schließlich unvermeidlich (sofern nicht vorher andere „überholende“ Krankheiten oder Unfälle dem Leben „vorzeitig“ ein Ende setzen) zum natürlichen Alterstod führen.

Gleichzeitig, und natürlich völlig unabhängig davon, steigt mit dem altersbedingt wachsenden Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch der BMI in der Bevölkerung massiv an. Liegt der Anteil der übergewichtigen und

adipösen Menschen in Deutschland in der Altersgruppe der 18-19jährigen noch bei unter 20 %, so bilden sie bei den 30-39jährigen Männern mit über 60 % bereits die Mehrheit, und ab 50 Jahren liegt der Anteil konstant bei etwa 80 %. Sogenannte „normalgewichtige“ Männer (BMI 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) lassen sich dagegen bei den über 40-jährigen so gut wie gar nicht mehr finden. Es ist daher statistisch wenig überraschend, dass die Mehrzahl der Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen übergewichtig oder adipös ist; bilden diese sog. „Übergewichtigen“ doch immerhin 74-82 % der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders anfälligen Altersgruppe 40+. Mit derselben Argumentation könnte man daher auch einen medizinischen Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und altersbedingtem Haarausfall oder Zellulitis propagieren, da diese statistisch ebenfalls häufig zusammen auftreten. Aber aus einer Korrelation lässt sich eben logisch keine Kausalität ableiten. Korrelation und Kausalität sind vielmehr zwei unterschiedliche Kategorien und strikt voneinander zu trennen. Bei Frauen ist der prozentuale Anteil der Übergewichtigen in den jüngeren Jahrgängen im Übrigen zwar geringer als bei Männern, doch bilden sie auch hier ab 40 Jahren die Mehrheit, und der Anteil der Adipösen ist bei Frauen sogar höher als bei Männern. [\[2\]](#)

Bezogen auf die deutsche Gesamtbevölkerung (über alle Altersklassen hinweg) gilt, dass nur etwa ein Drittel der männlichen Bevölkerung als „normalgewichtig“ zu klassifizieren ist, bei den Frauen ist es etwas weniger als die Hälfte. [\[2\]](#)

Abbildung 2  
Anteil der Männer und Frauen mit Übergewicht bzw.  
Adipositas in der jeweiligen Altersgruppe  
Angaben in Prozent der Bevölkerung  
Quelle: Robert Koch-Institut, BGS 98



Quelle: Robert Koch-Institut [2]

Einmal abgesehen davon, dass es einen kaum zu verbergenden Hang zur Willkür entfaltet, die durchschnittlichen Körpermaße von 18jährigen zur „Norm“ zu erheben und 80 % der über 50jährigen Bevölkerung mit dem Attribut „un-normal“ (weil „übergewichtig“) zu versehen, versperrt eine solche altersunabhängige, undifferenzierte BMI-Doktrin auch häufig den Blick auf eine sachgerechte Risiko-Einschätzung von Übergewichtigkeit und Adipositas.

So wurden z.B. bereits seit Mitte der 90iger Jahre zahlreiche Studien veröffentlicht, die darauf hinwiesen, dass Übergewicht nicht in dem Ausmaß zu Folgeerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems führt, wie dies gemeinhin angenommen wird. Entscheidend für die Ausbildung von assoziierten Störungen sind vielmehr fortlaufende Gewichtsschwankungen durch Diäten, die nicht zu einer dauerhaften Gewichtsreduzierung führen. [10] Diese Ergebnisse wurden jetzt durch zwei aktuelle Dissertationen schwedischer Wissenschaftlerinnen aus dem Jahr 2006 noch einmal nachhaltig untermauert. Die beiden Medizinerinnen konnten nachweisen, dass *Über-*

*gewicht allein überhaupt keinen Risikofaktor für die Ausbildung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellt. [\[11\]](#) [\[12\]](#)*

Die Schwedische Wissenschaftlerin Linn Kennedy setzte in ihrer Doktorarbeit den BMI von 12.000 Patienten mit dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und dem Sterberisiko dieser Personen in Verbindung. Dabei zeigte sich, dass übergewichtige und adipöse Personen ohne weitere Risikofaktoren kein höheres Erkrankungsrisiko oder Sterberisiko aufwiesen. Dagegen zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang in der Richtung, dass übergewichtige Herzinfarktpatienten, die an Gewicht abnahmen (!), eine erhöhte Sterberate aufwiesen. [\[11\]](#)

Kennedys Kollegin Susanna Calling von der Universität im schwedischen Lund kam zu ähnlichen Ergebnissen. In ihrer Dissertation, in der sie die Daten von über 50.000 Männern und Frauen auswertete, wies sie nach, dass nicht das Übergewicht selbst der entscheidende Faktor für die Ausbildung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, sondern Einflüsse wie psychischer Stress, Ernährung und Rauchen. Zwar war Übergewicht bei Männern prinzipiell mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden, die eigentlich entscheidenden Faktoren waren aber bei ihnen zusätzliche negative Einflüsse wie psychischer Stress, die Menge bestimmter Entzündungsmarker im Blut, das soziale Umfeld, die Ernährung und/oder das Rauchen. Im Falle von Frauen konnte ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen überhaupt nicht nachgewiesen werden. [\[12\]](#)

Keine einzige validierte Studie aus jüngerer Zeit konnte bislang einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas und einem erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen. Dagegen finden sich zahlreiche Studien, die eine gegenteilige Tendenz aufzeigen.

Doch wie verhält es sich mit den anderen Krankheiten, die häufig in Zusammenhang mit den schädlichen Folgen von Übergewicht genannt werden (insb. Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes, Krebserkrankungen)?

## **Bluthochdruck**

Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) gilt als die häufigste Begleiterkrankung von Adipositas. In verschiedenen epidemiologischen Studien zeigte sich



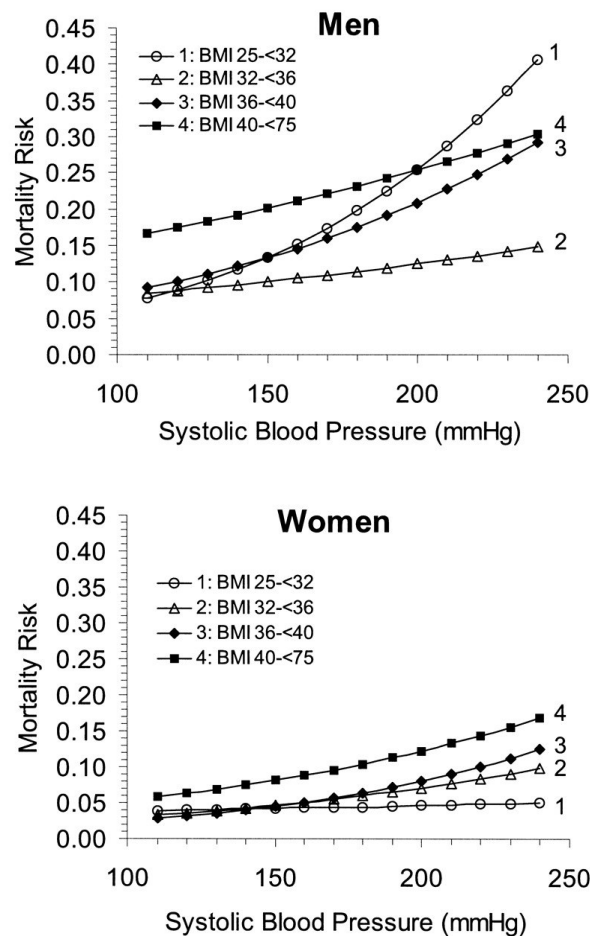
eine kontinuierliche Beziehung zwischen BMI und Hypertonieprävalenz, d. h. je höher der BMI, desto häufiger wird ein Bluthochdruck festgestellt. [2] Allerdings ist Bluthochdruck an sich für den Betroffenen im Normalfall noch nicht mit Beschwerden verbunden; im Gegenteil, man fühlt sich mit einem erhöhten Blutdruck sogar leistungsfähiger und aktiver als mit einem zu niedrigen Blutdruck. Einen Krankheitswert entfaltet Bluthochdruck ausschließlich in seiner Funktion als Risikofaktor für andere Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall.

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, konnten wissenschaftliche Studien bislang keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas und einem erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen. – Und erstaunlicherweise gilt das sogar dann, wenn zum Übergewicht/Adipositas noch kumulativ Bluthochdruck hinzukommt.

Die oben bereits genannte Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) untersuchte u.a. auch den Einfluss von arterieller Hypertonie auf die Sterblichkeit von übergewichtigen/adipösen Patienten und gelangte zu dem – auch für die Forscher selbst überraschenden – Ergebnis, dass ein steigender BMI auf die Sterblichkeit von Bluthochdruckpatienten entweder keinen nennenswerten Einfluss hatte oder die erwartete Sterberate sogar im Einzelfall umkehrte. [1]

So wirkte sich ein erhöhter Blutdruck bei Männern ausgerechnet in der Gruppe besonders stark auf die Sterberate aus, die den geringsten BMI aufwies, während die Gruppe der Männer mit einem BMI von 32-36 kg/m<sup>2</sup> keine signifikante Erhöhung des Risikos verzeichnete.

Noch geringer war der Einfluss von Bluthochdruck bei Frauen. Hier war die Risikoerhöhung so gering, dass sie sich über weite Bereiche gar nicht mehr oder allenfalls in nicht signifikantem Umfang messen ließ. Bei Frauen mit einem BMI unter 36 kg/m<sup>2</sup> erhöhte sich das Mortalitätsrisiko selbst bei extremsten Blutdruckwerten von 240 mmHg um nicht mehr als den Faktor 0,1; bei einem BMI zwischen 36 und 40 kg/m<sup>2</sup> wurde der Faktor 0,1 bei etwa 220 mmHg erreicht und bei einem BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> bei 160 mmHg. Selbst ein BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> und ein Blutdruckwert von 240 mmHg erhöhte das Mortalitätsrisiko in der Spitze um weniger als den Faktor 0,2. [1]



Quelle: Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) [\[1\]](#)

Es gilt daher, dass Bluthochdruck das Risiko für schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern mit einem hohen BMI deutlich weniger stark ansteigen lässt als bei Männern mit einem geringen BMI und dass sich Bluthochdruck bei Frauen mit Übergewicht/Adipositas so gut wie gar nicht risikoe erhöhend auswirkt. Selbst wenn daher Adipositas Bluthochdruck begünstigen sollte, so folgt daraus noch kein erhöhter Krankheitswert. Denn ein erhöhter Blutdruck allein ist keine Krankheit, ebenso wenig wie z.B. eine erhöhte Körpertemperatur, sondern ausschließlich ein physikalischer Messwert. Ob dieser – von der Norm abweichende – Messwert auch negative Folgen mit Krankheitswert zeitigt, ist eine ganz andere Frage. Nachweisen lässt sich eine solche negative Krankheitsfolge bei Menschen mit erhöhtem BMI jedenfalls nicht.

## Krebserkrankungen

Seit den Ergebnissen der Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) kann eigentlich auch als gesichert gelten, dass *Übergewicht/Adipositas keinerlei risikoerhöhenden Einfluss in Bezug auf das Auftreten von Krebserkrankungen* besitzt. Das Risiko, an einem bösartigen Tumor zu versterben, ist bei adipösen Menschen nach dieser Studie sogar etwas *geringer* als im Durchschnitt der Bevölkerung. [\[1\]](#)

„Zahlreiche Studien beschreiben Zusammenhänge zwischen Adipositas und Mortalitätsrisiken für verschiedene Krebsarten. Es fehlen aber bislang ausreichende Daten bezüglich der todesursachenspezifischen Mortalität im Bereich der morbiden Adipositas ( $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ). Wir untersuchten daher die krebsbedingte Mortalität im Rahmen der Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS). Diese Studie lieferte erstmals Daten, die eine valide Abschätzung der Exzess-Mortalität im Vergleich zur Normalbevölkerung im Bereich der morbiden Adipositas ermöglichten. [...] Im Gegensatz zu anderen Studien konnte bei den übergewichtigen Männern und Frauen der Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) insgesamt keine signifikant erhöhte Mortalität durch Krebserkrankungen gefunden werden. Insgesamt ist die Bedeutung von Übergewicht als Risikofaktor für Krebserkrankungen in der vorliegenden Studie geringer als bisher angenommen.“ [\[13\]](#)

Trotzdem wird weiterhin in zahlreichen Publikationen dieser angebliche Zusammenhang zwischen Übergewicht und Krebs pauschal behauptet, und nur die wenigsten Autoren sind dabei so ehrlich anzugeben, von welcher Größenordnung sie bei der angeblich krebsfördernden Wirkung von Übergewicht sprechen. Hier eines der wenigen „positiven“ Beispiele der Universität Göttingen:

„Bei fast allen Arten von Krebs zeigt sich der Zusammenhang mit Übergewicht sehr deutlich. Man nimmt an, dass *drei bis vier Prozent aller Tumorerkrankungen auf Übergewicht zurückzuführen sind*. Das Fettgewebe scheint bei der Krebsentstehung eine besondere Rolle zu spielen. So ist bekannt, dass Fettgewebe nicht nur Energie speichert, sondern auch Hormone produziert, beziehungsweise Hormone derart verändert, dass sie das Krebswachstum fördern.“ [\[14\]](#)

Oder anders ausgedrückt: Selbst wenn es tatsächlich einen solchen Zusammenhang zwischen Übergewicht und Tumorerkrankungen geben sollte, so haben doch 96-97 % der Krebserkrankungen nachweislich andere Ursachen, und das, obwohl, wie oben dargestellt, immerhin zwei Drittel der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen übergewichtig sind (und bei den über 50jährigen sogar rund 80 %). Selbst wenn daher alle diese Millionen

von Menschen ihr Gewicht auf das „Normalmaß“ reduzieren würden, würde sich die Zahl der Krebserkrankungen gerade einmal um 3 % bis 4 % verringern. Wahrlich keine besonders beeindruckende Zahl.

In der gleichen Größenordnung bewegt sich auch der Krebs-Risikofaktor „Alkohol“ (3 %), während allein das Rauchen für 25-30 % der Krebserkrankungen verantwortlich ist. D.h. durch den Verzicht auf den Griff zur Zigarette und den Verzicht auf übermäßigen Alkoholkonsum verringert man sein Krebsrisiko letztlich mindestens 10mal effektiver als durch das Streben nach einem „normalgewichtigen“ Körper.

### **Diabetes mellitus Typ-2**

Ob Diabetes mellitus Typ-2, die sog. „Altersdiabetes“, tatsächlich einen kausalen Ursachenzusammenhang mit Übergewicht/Adipositas hat oder beide nur (teilweise) die gleichen Ursachen besitzen und ohne direkten Kausalnexus nebeneinander stehen, ist noch nicht abschließend geklärt. Unbestreitbar treten beide häufig zusammen auf, und zwar sowohl bei Patienten in jüngeren wie auch in älteren Lebensjahren. Die überwiegende Meinung in der medizinischen Fachliteratur geht daher von einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen beiden aus.

Die Gegenauffassung weist dagegen nach hiesiger Auffassung zu Recht darauf hin, dass die Prävalenz des Typ-2-Diabetes auch von anderen Faktoren beeinflusst wird, die vom Gewicht vollkommen unabhängig sind und ganz sicherlich keinen unmittelbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zu Diabetes aufweisen. So variiert die Prävalenz z.B. sehr stark mit der sozialen Lage. Beim Bundes-Gesundheitssurvey 1998 waren z.B. bei den Männern aus der Unterschicht 5,6 %, aus der Mittelschicht 3,5 % und aus der Oberschicht 2,5 % der Teilnehmer von einem ohne Insulin behandelten Diabetes betroffen, bei den Frauen in der Unterschicht 8,5 %, in der Mittelschicht 3,4 % und in der Oberschicht 1,6 % der Teilnehmerinnen. Auch zeigt sich eine deutliche Korrelation zwischen Diabetes und dem Fernsehkonsum bzw. der Computernutzung der Patienten. [\[15\]](#)

Eine im Vordringen begriffene Theorie besagt daher, dass es sich auch beim Typ-2-Diabetes um eine von einer Vireninfektion ausgelöste Autoimmunkrankheit auf dem Boden einer genetischen Vorbelastung handelt. Für den Typ-1-Diabetes (früher „juveniler Diabetes“ genannt) gilt diese Krankheitsursache zwischenzeitlich längst als gesichert. [\[15\]](#) Es ist daher

durchaus eher nahe- als fernliegend anzunehmen, dass Typ-1- und Typ-2-Diabetes letztlich auf dieselbe Art von Autoimmunreaktion zurückzuführen sind, die lediglich zu unterschiedlichen Zeiten krankheitswirksam wird. Mit dieser Erklärung ließen sich auch die zuvor beschriebenen Prävalenzen sehr plausibel deuten. Ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Diabetes wäre dann – neben der entsprechenden genetischen Vorbelastung – ein Mangel an Vitamin D.

Vitamin D hat eine ausgeprägte Wirkung auf das Immunsystem und wird in den gemäßigten Breiten nicht – oder nur in sehr geringem Maße – über die Nahrung aufgenommen. Der größte Teil des Vitamin-D-Bedarf wird vielmehr vom menschlichen Körper selbst mittels ultravioletter UV-B-Strahlung („Sonnenlicht“) in der menschlichen Haut synthetisiert. Erhält der Körper nicht genügend UV-B-Strahlung, führt dies zu Vitamin-D-Mangel und – so zumindest die These – in Verbindung mit der entsprechenden genetischen Disposition zu Typ-2-Diabetes.

Wann erhält der Körper nun nicht genügend UV-B-Strahlung? Z.B. dann, wenn zu viel Zeit in geschlossenen Räumen und zu wenig Zeit in der freien Natur verbracht wird. Denn normales Fensterglas (Natron-Kalk-Glas) lässt zwar das langwellige sichtbare Licht hindurch, ist aber für Ultraviolettstrahlung unterhalb 350 nm praktisch undurchlässig. Die UV-B-Strahlung, die eine Wellenlänge von 280-320 nm aufweist, wird daher von der Oberfläche des Glases vollständig reflektiert. Allenfalls ein Teil der langwelligeren UV-A-Strahlung kann passieren; diese regt jedoch aufgrund ihrer geringeren Energie die Vitamin-D-Synthese nicht an.

Hier schließt sich nun der Kreis: Wer viel fernsieht oder Computer spielt, anstatt sich im Freien zu bewegen, bekommt ebenso zu wenig UV-B-Strahlung ab, wie Menschen aus den unteren Gesellschaftsschichten, die häufig in Trabantenstädten ohne Grünflächen wohnen und/oder Freizeitbeschäftigungen nachgehen, die sich überwiegend innerhalb von Räumen abspielen. Menschen aus den mittleren und höheren sozialen Schichten leben dagegen häufiger in Vorortsiedlungen mit Gärten und Grünflächen, treiben Sport und/oder halten sich in ihrer Freizeit häufiger im Freien auf. – Wer sich wenig draußen aufhält, wird wiederum – bei entsprechender genetischer Veranlagung – dicker als derjenige, der sich viel im Freien betätigt.

Übergewicht bzw. Adipositas wäre danach zwar ein häufiger Begleitzustand zu Diabetes, da beide auf teilweise gleichen Ursachen beruhen, jedoch keine kausale Ursache für Diabetes. – Umgekehrt wiederum würde gelten: Übergewicht und Adipositas sind kein Risikofaktor für Diabetes, sondern die beiden stehen ohne unmittelbaren medizinischen Bezug nebeneinander.

Unabhängig von der Richtigkeit der vorgenannten „Vitamin-D-Hypothese“ ist jedenfalls unbestritten, dass die Veranlagung für Typ-2-Diabetes in ganz starkem Maße genetisch determiniert ist. Bei eineiigen Zwillingen wurden Konkordanzraten von bis zu 90 % beschrieben. [\[15\]](#)

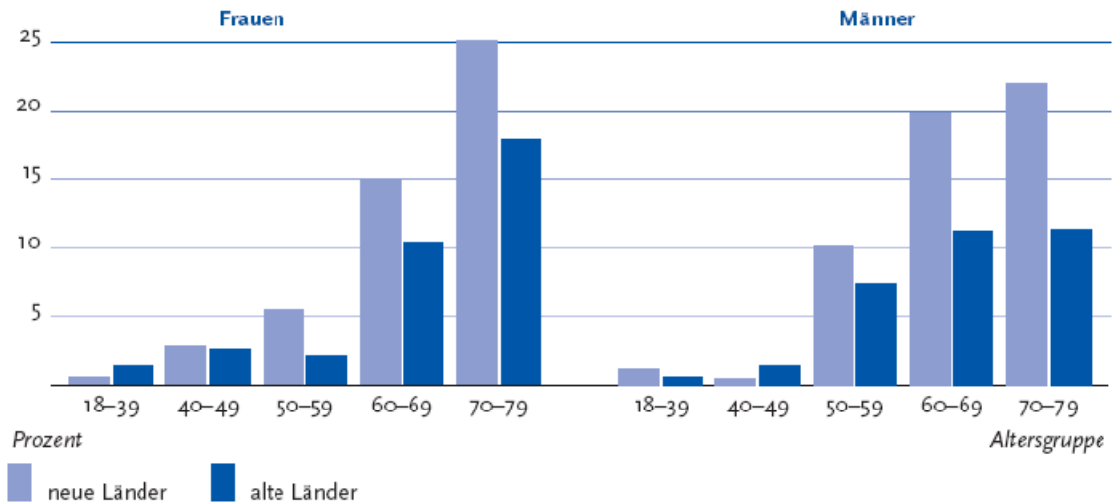
D.h. selbst wenn tatsächlich ein Verhältnis der Mitursächlichkeit zwischen Typ-2-Diabetes und Übergewicht bestehen würde, wäre der Ausbruch der Krankheit hierauf allein nicht zurückzuführen. Voraussetzung ist daneben in jedem Fall auch eine entsprechende genetische Prädisposition, über deren Vorliegen oder Nichtvorliegen im Vorhinein keine verlässlichen Aussagen möglich sind, da die genetischen Grundlagen bislang noch nicht hinreichend genau bestimmt werden konnten.

Abschließend ist im Übrigen noch darauf hinzuweisen, dass Diabetes heute grundsätzlich keine außergewöhnlich belastende Erkrankung mehr darstellt. Moderne Therapie- und Behandlungsformen ermöglichen den Betroffenen heute vielmehr ein weitgehend normales Leben mit ihrem Diabetes. [\[15\]](#)

Im Jahr 2001 wurden bei den AOK-Versicherten gerade einmal noch 0,3 % (bei den Männern 0,3 %, bei den Frauen 0,2 %) aller Arbeitsunfähigkeitsfälle und 0,5 % der Arbeitsunfähigkeitstage (bei den Männern 0,6 %, bei den Frauen 0,3 %) mit Diabetes begründet. Das waren ca. 47 Fälle je 10.000 männliche Versicherte und ca. 27 Fälle je 10.000 weibliche Versicherte. Dabei betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen Diabetes bei Männern 26,5 Tage und bei Frauen 21,5 Tage. Im Jahr 2002 wurden gerade einmal 771 Rentenzugänge bei Frauen mit Diabetes begründet, das waren 1,1 % aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2002 bei den Frauen. [\[15\]](#)

Vergleicht man dies mit der erheblichen Verbreitung von Diabetes mellitus in der Bevölkerung (über 5 Mio. registrierte Fälle in Deutschland), zeigt sich deutlich, welche geringe praktische Relevanz heute eine Diabetes-Erkrankung noch aus Sicht des Arbeitgebers oder Dienstherren besitzt. Die Arbeitskraft bzw. Dienstfähigkeit des Beschäftigten wird dadurch selbst im Falle des Vorliegens der Erkrankung nicht nennenswert beeinträchtigt.

**Abbildung 1**  
**Prävalenz des Diabetes nach Alter, Geschlecht und Regionen**  
 Quelle: RKI, Bundes-Gesundheitssurvey 1998 [20]



Quelle: Robert Koch-Institut [15]

**6. Im Rahmen meiner Einstellungsuntersuchung (Gesundheitsprüfung) lässt der untersuchende Arzt durchblicken, dass er aufgrund meines Körpergewichts die gesundheitliche Eignung für eine Verbeamtung in Zweifel zieht und dies auch in seiner gutachterlichen Stellungnahme zum Ausdruck bringen wird. Was soll ich tun?**

Auch wenn es sich vielleicht zunächst etwas zynisch anhört: Freuen Sie sich! Sie haben so die Gelegenheit – noch bevor das medizinische Gutachten bei der Verwaltung eingegangen ist – etwaige Irrtümer des Arztes im persönlichen Gespräch mit diesem zu korrigieren. Viel schlimmer wäre es, wenn das Gutachten erst einmal geschrieben und in den Akten wäre, dann würde es deutlich schwerer für Sie, der Verwaltung darzulegen, dass der Arzt bei der Untersuchung von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist oder wichtige Faktoren unberücksichtigt gelassen hat.

Daher der Tipp: Reden Sie höflich und freundlich mit dem Arzt. Wenn Sie das Sprechzimmer verlassen, müssen Sie bereits wissen, ob der Arzt in Ihrem Fall zu einer positiven oder negativen Einschätzung gelangt ist. – Sonst haben Sie etwas falsch gemacht.



Gehen Sie im Übrigen nicht automatisch davon aus, dass der Arzt schon genau wissen wird, welche dienstlichen Tätigkeiten Sie ausüben möchten. Das weiß er (zumindest bei ausgefalleneren Tätigkeiten) häufig nicht, und es hat ihm auch niemand gesagt. Daher erzählen Sie dem Arzt möglichst genau, welche Tätigkeiten Sie mutmaßlich ausüben werden, denn es kommt beamtenrechtlich ganz entscheidend darauf an, ob sie *diese konkreten* Tätigkeiten ausüben können oder nicht. Eine abstrakte gesundheitliche „Eignung zum Beamten“ gibt es grundsätzlich nicht.

Häufig wird der Arzt jedoch auf die einzelnen Tätigkeitsfelder bezogene standardisierte „Checklisten“ haben, die er abarbeitet. – Achten Sie in diesem Falle darauf, dass er die richtigen „Checklisten“ verwendet. Denn es kommt durchaus vor, dass versehentlich die falschen Listen verwendet werden. Wenn Sie sich nicht gerade bei der Polizei oder als Soldat bei der Bundeswehr bewerben, sollten Sie z.B. immer dann aufmerksam werden, wenn irgendwelche anspruchsvolleren „körperlichen Übungen“ (z.B. Kniebeugen) von Ihnen verlangt werden. Das kann zwar völlig harmlos sein, Sie sollten jedoch trotzdem vorsorglich nachfragen, warum Sie dies tun sollen und mit welcher ihrer künftigen Tätigkeiten als Beamter diese Untersuchung in Zusammenhang steht. Denken Sie immer daran, dass es *nicht* zulässig ist, körperliche und gesundheitliche Anforderungen an Bewerberinnen und Bewerber zu stellen, die mit dem angestrebten Amt in keinem typischen Zusammenhang stehen. Denn die Auswahlentscheidung wäre dann nicht mehr von Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung für das konkrete Amt getragen, sondern von Kriterien für ein anderes Amt. Die Entscheidung würde demgemäß auf *sachfremden* Erwägungen beruhen und wäre damit rechtswidrig.

**7. Nach dem Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung erfülle ich aufgrund meines Körpergewichts nicht die körperlichen Anforderungen für eine Verbeamtung auf Lebenszeit. Kann ich gegen das Gutachten des Arztes vorgehen oder ein Gegengutachten verlangen?**

Nein, das können Sie leider nicht. Das medizinische Gutachten ist rechtlich gesehen kein selbstständiger Verwaltungsakt, sondern dient nur der Sachverhaltsaufklärung im Verwaltungsverfahren. Förmliche Rechtsbehelfe sind erst gegen die abschließende Verwaltungsentscheidung möglich.

Sie haben jedoch im Rahmen der obligatorischen Anhörung Gelegenheit, sich zum Inhalt des Gutachtens zu äußern. Ihrem entsprechenden Schreiben können Sie selbstverständlich auch etwaige privat eingeholte Gegengutachten beifügen. Inwiefern diese bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltung.

**8. Die Einstellungsbehörde lehnt meine Verbeamtung unter Berufung auf das Ergebnis meiner Gesundheitsuntersuchung ab. Aufgrund meines Körpergewichts, und damit infolge des Vorliegens körperlicher oder physischer Veranlagungen, könne die Möglichkeit künftiger Erkrankungen oder der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.**

**Erstens:**

Weisen Sie die Einstellungsbehörde im Widerspruchsverfahren nachdrücklich auf die erwiesene Untauglichkeit der Ergebnisse von Einstellungsuntersuchungen im Hinblick auf die Abschätzung des Risikos einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit hin. So wurden z.B. laut der beim Statistischen Bundesamt geführten Versorgungsempfängerstatistik des Öffentlichen Dienstes im Jahr 2000 bei Bund, Ländern und Gemeinden insgesamt 20.000 Beamtinnen und Beamte wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt. Der Anteil der Pensionierungen wegen Dienstunfähigkeit an allen Pensionierungen diesen Jahres betrug 47 %. [\[16\]](#) Anders ausgedrückt: Jeder zweite Beamte musste seine berufliche Tätigkeit wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig beenden, *obwohl* bei seiner Einstellung die gesundheitlichen Voraussetzungen für ein Erreichen der Regelaltersgrenze von 65 Jahren im aktiven Dienst prädiktiv und prognostisch (angeblich) vorgelegen haben. *Die Gesundheitsuntersuchung weist daher eine Fehlerquote von 50 % auf!* Oder anders ausgedrückt: Man hätte bei der Einstellung der betreffenden Beamtinnen und Beamten genauso gut eine Münze werfen können, das Ergebnis wäre das gleiche gewesen. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, denn es ist regelmäßig medizinisch schlichtweg ausgeschlossen, über einen Zeitraum von 30-40 Jahren hinweg prognostizieren zu wollen, wie sich das Leben und der Gesundheitszustand eines Menschen entwickeln. Eine solche Prognose oder Prädiktion gelingt üblicherweise noch nicht einmal über 3-5

Jahre hinweg (sonst bräuchte man schließlich keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen mehr), geschweige denn über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten. Fragen Sie einfach einmal einen beliebigen Arzt Ihres Vertrauens, ob er Ihnen zuverlässig versichern könne, dass Sie nicht innerhalb der nächsten 35 Jahre infolge einer Krankheit berufsunfähig werden. Er wird Sie – ob dieser Frage – mindestens ungläubig anschauen oder sogar auslachen.

Bei den Lehrerinnen und Lehrern ist der Anteil der vorzeitigen Zurruhesetzungen im Übrigen sogar noch höher. Zweidrittel der Pensionierungen des Jahres 2000 entfielen hier auf solche wegen Dienstunfähigkeit. Unter Berücksichtigung der vorzeitigen Pensionierungen aus anderen Gründen erreichten im Ergebnis lediglich 6 % (!) der im Schuldienst tätigen Beamtinnen und Beamten die Regelaltersgrenze von 65 Jahren im aktiven Dienst. [\[16\]](#)

Die Untauglichkeit von Einstellungsuntersuchungen zur Prognostizierung künftiger Dienstunfähigkeiten wird im Übrigen auch von den untersuchenden Amtsärzten selbst eingeräumt. So stellte der für Gesundheitsuntersuchungen im Land Bremen zuständige Sozialmedizinische Dienst aufgrund einer mehrjährigen Studie fest:

„Die Aussage, dass ein Zusammenhang zwischen Einstellungsuntersuchung und Frühpensionierung nicht oder nicht sicher erkennbar ist, gilt unverändert.

Knapp die Hälfte (47%) der Begutachteten war früher im Gesundheitsamt Bremen zur Verbeamtung oder Einstellung untersucht worden. Nur in 12 Fällen vermuteten wir einen Zusammenhang zwischen damals erkannten Befunden und der aktuellen Begutachtung (Anlage 12). In einigen Akten konnten wir sehen, dass die damals untersuchenden Ärztinnen und Ärzte bei der Einstellungsuntersuchung zumeist sehr vorsichtig formulierte Bedenken geäußert hatten. In weiteren 13 Fällen wurden zwar Befunde bei der Einstellungsuntersuchung erhoben, ein medizinischer Zusammenhang zur aktuellen Begutachtungssituation ließ sich jedoch nicht erkennen.

Die Zeitdauern zwischen Erstuntersuchung und Begutachtung zur Dienstfähigkeit zeigen eine riesige Bandbreite von einem Jahr bis zu 47 Jahren.“ [\[28a\]](#)

„Aus diesen Zahlen leiten wir – entsprechend der wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema – den fehlenden Nutzen von Einstellungsuntersuchungen (Verbeamtungsuntersuchungen) ab. Sie haben offensichtlich keinen prognostischen Wert im Hinblick auf später eintretende Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen.“ [\[28b\]](#)

Anders ausgedrückt: Zwar war rund die Hälfte der im Untersuchungszeitraum wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig pensionierten Beamten bei der Einstellungsuntersuchung im Gesundheitsamt Bremen untersucht worden, doch ließ sich nur bei wenigen Einzelfällen ein Zusammenhang zu den damals bereits feststellbaren Diagnosen vermuten. Bei einer annähernd gleichen Zahl wurde bei der Einstellungsuntersuchung zwar eine Diagnose gestellt, die sich aber gerade *nicht* als Ursache der Dienstunfähigkeit auswirkte. – Und bei der ganz überwiegenden Zahl der Fälle über 80 % war ein Zusammenhang überhaupt nicht erkennbar. Das Gesundheitsamt Bremen stellt daher – in schonungsloser Offenheit – fest, dass Einstellungsuntersuchungen (Verbeamtungsuntersuchungen) *„offensichtlich keinen prognostischen Wert im Hinblick auf später eintretende Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen“* haben. [28]

Durch prädiktive Untersuchungen und prognostische Aussagen lässt sich daher nachweislich nur eine ganz geringe Zahl derjenigen erfassen, die das Risiko einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit in sich tragen. Dass ausgerechnet diese wenigen Einzelfälle nun dazu führen sollten, die Versorgungslasten der öffentlichen Haushalte ins Unerträgliche zu steigern, ist wahrlich nicht erkennbar. Darüber hinaus ist es ethisch und verfassungsrechtlich (Art. 3 Abs. 1 GG) nicht zu rechtfertigen, bei diesen wenigen prädiktiv und prognostisch bereits erkennbaren „Risikofällen“ ein höheres Maß an Sicherheit vor vorzeitiger Dienstunfähigkeit zu verlangen als von allen anderen Bewerbern. Wie die vorgenannten Zahlen eindrucksvoll belegen, wird die ursprünglich gestellte Prädiktion und Prognose von derart vielen – im Einstellungszeitpunkt unerkennbaren oder im Laufe der Zeit neu entstehenden – Faktoren überlagert, dass am Ende trotzdem die Hälfte der Beamtinnen und Beamten wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig pensioniert werden muss. D.h. jede Beamtin und jeder Beamte trägt bei der Einstellung eine 50-prozentige Wahrscheinlichkeit in sich, die Regelaltersgrenze nicht zu erreichen. Die Verbeamtung darf deshalb nicht von der Laune eines ungünstigen Schicksals oder dem jeweiligen Stand der medizinischen Forschung und Technik abhängen, d.h. davon, ob die entsprechenden schädigenden Anlagen zufällig entdeckt werden oder nicht bzw. ob sie sich kurz vor oder erst kurz nach der Verbeamtung realisieren.

Darüber hinaus würde bei einem Prognosezeitraum von 30 oder 40 Jahren (bis zum mutmaßlichen Erreichen der Regelaltersgrenze) der aktuelle Stand der medizinischen Forschung und Technik einfach naiv und unkritisch in die

Zukunft fortgeschrieben, ohne dabei zu berücksichtigen, dass gerade in diesem Feld der Wissenschaft die Entwicklung in einem geradezu atemberaubenden Tempo fortschreitet. Alte Krankheiten werden heilbar oder doch zumindest behandelbar, neue Krankheiten entstehen oder breiten sich aus. Krankheiten, die früher mit konventionellen diagnostischen Mitteln erst zu spät entdeckt wurden, können heute im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bereits im Frühstadium diagnostiziert und bekämpft werden. Die Überlebensrate nach Operationen steigt, und manche Operationen werden durch den Einsatz von Computern und Robotern überhaupt erst möglich.

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel dafür, wie sich innerhalb von nur wenigen Jahren die medizinische Beurteilung einer Krankheit – infolge verbesserter Behandlungsmethoden – grundlegend ändern kann, ist der Fall von HIV/AIDS. Galt eine diagnostizierte HIV-Infektion noch Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts als praktisch sicheres „Todesurteil“ innerhalb eines Zeitraums von wenigen Monaten, allenfalls Jahren, so hat sich die Situation heute, nur zehn Jahre später, grundlegend gewandelt. Die Manifestation AIDS-definierender Erkrankungen kann heute durch eine rechtzeitig begonnene, erfolgreiche antiretrovirale Therapie weitgehend verhindert werden. Eine Heilung ist zwar – bislang – noch nicht möglich, doch kann durch die seit Mitte der 90er Jahre verfügbaren „hochaktiven antiretroviralen Therapien“ (HAART) die Viruskonzentration im Blut zuverlässig bis unter die Nachweisgrenze gesenkt und der Ausbruch AIDS-definierender Erkrankungen verhindert werden. Eine HIV-Infektion – ja unter Umständen selbst eine bereits ausgebrochene AIDS-Erkrankung – ist dadurch in den Industrienationen zu einer reinen chronischen Krankheit geworden, die zwar die Lebensqualität des Patienten empfindlich beeinträchtigen kann, aber letztlich nicht mehr als viele andere chronische Krankheiten auch. [24] Kein Arzt käme heute mehr auf die Idee, einem HIV-infizierten Patienten Berufsunfähigkeit zu bescheinigen, wie dies vor zehn Jahren noch völlig üblich war, vielmehr kann der Patient realistischere damit rechnen, mindestens das Rentenalter zu erreichen. Auch jahrzehntelang laufende Risikolebensversicherungen können von HIV-infizierten Personen heute wieder abgeschlossen werden; noch vor drei bis vier Jahren hätte dagegen kein Versicherungsunternehmen einen solchen Vertrag unterzeichnet.

Es würde daher zu einer ungerechtfertigten Beschränkung von Lebenschancen sowie von gesellschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten führen,

wenn bei der Prädiktion und Prognose im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen auch solche Krankheiten, Krankheitsanlagen und Risikofaktoren berücksichtigt würden, die sich – wenn überhaupt – erst in vielen Jahrzehnten negativ realisieren werden. Denn kein Mensch kann in die Zukunft sehen und kein Mensch kann die weitere Entwicklung der Medizin antizipieren.

„Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen“, soll *Winston Churchill* einmal gesagt haben (vermutlich stammt das Zitat wohl eher von *Mark Twain*). Das ist leider nur zu wahr. Die Verteilung von Lebenschancen von diesen abhängig zu machen, bedarf daher einer besonderen Sensibilität sowie einer fundierten wissenschaftlichen Grundlage. Eine solche Grundlage ist bei einem Prognosezeitraum von mehreren Jahrzehnten schlicht nicht mehr gegeben.

### **Zweitens:**

Weisen Sie die Einstellungsbehörde im Widerspruchsverfahren nachdrücklich auf die *Empfehlungen des Nationalen Ethikrates* (dem Vorläufer des jetzigen „Deutschen Ethikrates“) zu prädiktiven Gesundheitsinformationen bei Einstellungsuntersuchungen vom 28. Juli 2005 hin.

Der Nationale Ethikrat (als Vorläufer des jetzigen Deutschen Ethikrates) wurde durch Erlass der Bundesregierung vom 2. Mai 2001 als nationales Forum des Dialogs über ethische Fragen in den Lebenswissenschaften eingerichtet. Er soll den interdisziplinären Diskurs von Naturwissenschaften, Medizin, Theologie und Philosophie, Sozial- und Rechtswissenschaften bündeln und Stellung nehmen zu den ethischen Fragen neuer Entwicklungen auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften sowie zu deren Folgen für Individuum und Gesellschaft. Dem Nationalen Ethikrat gehören bis zu 25 Mitglieder an, die in besonderer Weise naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, soziale, rechtliche, ökologische und ökonomische Belange repräsentieren und vom Bundeskanzler auf vier Jahre berufen werden. Der Nationale Ethikrat unterbreitet Empfehlungen für politisches, gesetzgeberisches und administratives Handeln. [\[17\]](#)

Im seiner Sitzung vom 28. Juli 2005 hat sich der Nationale Ethikrat mit dem Problemkreis „Prädiktive Gesundheitsinformationen bei der Einstellung in Arbeitsverhältnisse und bei der Verbeamtung“ befasst und eine Stellungnahme nebst einer konkreten Empfehlung dazu verabschiedet. [\[18\]](#) Der Nationale Ethikrat kommt dabei im Ergebnis zu folgender Schlussfolgerung und Empfehlung für die Erhebung und Verwertung von Prädiktionen und

Prognosen im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen zur Verbeamtung auf Lebenszeit:

„Prädiktive und prognostische Gesundheitsinformationen dürfen im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen zur Verbeamtungen auf Lebenszeit nur erfragt und verwertet werden, wenn sie Krankheiten oder Krankheitsanlagen betreffen, die sich mit mehr als 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit in den nächsten fünf Jahren in nicht unerheblichem Ausmaß auf die gesundheitliche Eignung des Bewerbers auswirken werden.“ [\[18\]](#)

Der Nationale Ethikrat unterscheidet dabei bewusst nicht zwischen Prognose und Prädiktion:

„In der Medizin unterscheidet man begrifflich zwischen Prognose und Prädiktion. Unter einer Prognose versteht man eine Aussage über den weiteren Verlauf einer vergangenen oder gegenwärtig bestehenden Erkrankung. Demgegenüber ist Prädiktion eine Aussage über das Risiko für eine Krankheit, die bisher noch nicht ausgebrochen ist. Beide Kategorien von Vorhersagen über zukünftige Gesundheit und Krankheit eines Individuums, die sich auch überschneiden können, werfen bezogen auf Einstellungsuntersuchungen gleichartige Probleme auf und werden daher in dieser Stellungnahme gemeinsam behandelt.“ [\[18\]](#)

Auch eine Beschränkung ausschließlich auf genetische Untersuchungen bei Einstellungen erscheint dem Ethikrat nicht sachgerecht (obwohl der ursprüngliche Anlass der Stellungnahme der oben schon genannte Chorea-Huntington-Fall [\[23\]](#) war):

„Die Stellungnahme kann sich nicht auf genetische Untersuchungen allein beschränken. Prädiktive Gesundheitsinformationen, die begründete Wahrscheinlichkeitsaussagen über zukünftig auftretende, zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht manifeste Erkrankungen zulassen, können auch mit anderen Methoden erzeugt werden. [...] Ungeachtet dieser Unterschiede werfen jedoch prädiktive Gesundheitsinformationen, die mit nicht genetischen Methoden erhoben werden, in Bezug auf die Auswahl von Bewerbern bei der Einstellung bzw. Verbeamtung vergleichbare Probleme auf wie die aus genetischen Untersuchungen, da auch mit ihnen aufschlussreiche medizinische Vorhersagen getroffen werden können. Auch die Nutzung von Vorhersagen mithilfe von nicht genetischen Untersuchungen wird daher in dieser Stellungnahme behandelt.“ [\[18\]](#)

Der Nationale Ethikrat wägt in seiner Stellungnahme die Interessen des Dienstherrn und des Einstellungsbewerbers unter ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten umfassend gegeneinander ab. Er berücksichtigt dabei einerseits das berechnete Interesse des Dienstherrn daran, nur solche



Beamtinnen und Beamten zu gewinnen, die langfristig einsetzbar sind und keine übermäßigen Versorgungslasten befürchten lassen; auf der anderen Seite jedoch auch das nicht minder berechnete Interesse des Beamtenanwärters, nicht schon wegen einer erst in Zukunft zu erwartenden Beeinträchtigung seiner Gesundheit vom Zugang zum Beamtenverhältnis ausgeschlossen zu werden. Der Nationale Ethikrat verkennt dabei durchaus nicht, dass der Dienstherr bei einer Verbeamtung auf Lebenszeit eine besondere Fürsorge- und Versorgungspflicht übernimmt, die sich auf die gesamte Lebenszeit des Beamten erstreckt und auch bei vorzeitiger Dienstunfähigkeit fortbesteht. Trotzdem kann dieses Schutz- und Sicherheitsinteresse des Dienstherrn keinen absoluten Vorrang vor den Interessen des Anwärters beanspruchen. Vielmehr „muss auch hier ein fairer Interessenausgleich gewährleistet werden.“ [\[18\]](#)

Richtigerweise knüpft der Nationale Ethikrat dabei für den Interessenausgleich an den Grad der Wahrscheinlichkeit an, mit dem eine zukünftige Gesundheitsbeeinträchtigung zu erwarten ist, sowie an den Zeitraum, innerhalb dessen mit der Beeinträchtigung zu rechnen ist.

Eine Verbeamtung sollte danach nur dann verweigert werden, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 Prozent) mit einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit zu rechnen ist. Bei geringerer Voraussagekraft sollte der Dienstherr das Risiko vorzeitiger Dienstunfähigkeit tragen. Der Nationale Ethikrat führt dazu aus:

„Das erscheint fair, wenn man bedenkt, dass bei 50 Prozent Wahrscheinlichkeit das prognostizierte Ereignis in der Hälfte aller Fälle nicht eintritt; es würde mithin jedem zweiten betroffenen Bewerber die Verbeamtung verweigert werden, obwohl er die vorhergesagte Krankheit tatsächlich gar nicht bekommt; diese Bewerber würden also im Ergebnis grundlos ausgeschlossen.“ [\[18\]](#)

Hinsichtlich des Zeitraums, innerhalb dessen eine prognostizierte Erkrankung ausbrechen oder sich sogar in einer relevanten Dienstunfähigkeit manifestieren muss, knüpft der Nationale Ethikrat an die in vielen Bundesländern geltenden beamtenrechtlichen Regelungen für die Verbeamtung schwerbehinderter Menschen an und legt infolgedessen einen Zeitraum von regelmäßig fünf Jahren zugrunde. Das Risiko, grundlos vom Zugang zur Verbeamtung ausgeschlossen zu werden, sollte

„nur dann in Kauf genommen werden, wenn die Nutzung der prädiktiven Gesundheitsinformationen tatsächlich ein geeignetes Mittel wären, das legitime Interesse

des Dienstherrn zu wahren, die finanzielle Belastung durch vorzeitige Dienstunfähigkeit zu vermeiden. Diese Belastung ist zwar faktisch erheblich; aber sie ist nicht in nennenswertem Umfang auf Krankheiten zurückzuführen, die man zum Zeitpunkt der Verbeamtung vorhersagen kann. Vielmehr spielen seelische und körperliche Störungen infolge des Zusammenwirkens von Lebensgewohnheiten und beruflichen Belastungen eine vorrangige Rolle. Durch prädiktive Untersuchungen und prognostische Aussagen erfasst man nur eine geringe Zahl und die eher zufällige Auswahl derjenigen, für die nach dem aktuellen Stand der Medizin, einschließlich der genetischen Diagnostik, solche Vorhersagen möglich sind. Ein geeignetes Mittel, die Zahl der Frühpensionierungen deutlich zu reduzieren und die öffentlichen Haushalte zu entlasten, ist ein solcher Ausschluss nicht. Die betroffenen Bewerber würde er jedoch besonders hart treffen.“ [\[18\]](#)

Die Einstellungsbehörde handelt daher nicht nur möglicherweise rechtswidrig, sondern in jedem Falle auch *unethisch*, wenn sie ihre Entscheidung auf prädiktive und prognostische Gesundheitsinformationen stützt, die Krankheiten oder Krankheitsanlagen betreffen, die sich nicht mit mehr als 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit in den nächsten fünf Jahren auf die gesundheitliche Eignung des Bewerbers erheblich auswirken werden. Nachdem eine solche erhebliche Auswirkung auf die gesundheitliche Eignung des Bewerbers, mit mehr als 50 % Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre, bei Adipositas grundsätzlich ausgeschlossen ist, verstößt die Einstellungsbehörde mit ihrer Berufung auf das angeblich zu hohe Körpergewicht des Bewerbers eindeutig gegen die entsprechenden Empfehlungen des von der Bundesregierung eingesetzten Nationalen Ethikrates.

### **Drittens:**

Leider hat es sich noch nicht in allen Verwaltungen herumgesprochen, dass im Rahmen einer Verfassungsänderung im Jahr 1994 der Art. 3 Abs. 3 GG um einen Satz 2 ergänzt wurde, der die Benachteiligung wegen einer „Behinderung“ untersagt.

Inhalt und Umfang des Begriffs der „Behinderung“ in Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG sind dabei unter Heranziehung des einfachen Rechts zu bestimmen. Denn auch, wenn das einfache Recht den verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff selbstverständlich nicht zu definieren vermag, so besteht doch Übereinstimmung in der Literatur und Rechtsprechung darüber, dass der einfachgesetzliche Behinderungsbegriff in seiner jeweiligen zeitlichen und kontextuellen Bedeutung bei der Auslegung des Begriffs maßgeblich zu berücksichtigen ist.

sichtigen ist. Nach der Legal-Definition des Behinderungs-Begriffs in § 2 Abs. 1 des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ([SGB IX](#)) – spielt es heute ebenso wenig mehr eine Rolle, ob eine Behinderung oder eine chronische Krankheit vorliegt, wie es keine Rolle spielt, ob eine Behinderung bereits eingetreten ist oder erst droht. Vom verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG im weiteren Sinne werden alle diese Alternativen gleichermaßen und gleichwertig erfasst.

### § 2 SGB IX Behinderung lautet

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Zurecht weist daher der sog. „Bonner Kommentar zum Grundgesetz“ (ein juristischer Standardkommentar) auf diese Tatsache hin und zieht daraus den folgerichtigen Schluss, dass prädiktive und prognostische Gesundheitsinformationen in Gesundheitsuntersuchungen unter der Geltung des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG nicht mehr erhoben werden dürfen:

„Ein Punkt bedarf jedoch besonderer Beachtung: Das geltende Recht hat immer auch den im Blick, dem eine Behinderung droht (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Dies spricht, da bei der Grundgesetzänderung an die bisherige einfachgesetzliche Begrifflichkeit angeknüpft wurde, dafür, die drohende Behinderung auch bei der Interpretation des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG einzuschließen. Der Schluss a maiore ad minus drängt sich auf. Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG steht einer Diskriminierung derjenigen entgegen, welchen eine Behinderung droht. Es ist unzulässig, mögliche künftige Behinderte vorab auszugrenzen.

Daraus ergeben sich wichtige Konsequenzen: Die drohende Behinderung ist, solange sie noch nicht eingetreten ist, regelmäßig kein im Sinn der Unvergleichbarkeit zu berücksichtigendes Hindernis gegen eine Einstellung in den öffentlichen Dienst. Der möglicherweise künftig Behinderte ist nur künftig möglicherweise unfähig, die geforderten Leistungen zu erbringen, gegenwärtig ist er voll einsatzfähig. Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG verbietet, ihn heute schon wegen der künftig möglicherweise eintretenden Dienstunfähigkeit zu diskriminieren.

Die Gesundheitsuntersuchungen vor Einstellungen in den öffentlichen Dienst, insbesondere vor der Einstellung eines Beamten sind streng darauf zu beschränken, ob der Kandidat derzeit den Anforderungen genügt. Die Frage, ob der Bewerber

wegen künftiger Behinderungen wahrscheinlich vor der Altersgrenze dienstunfähig werden könnte, darf nicht mehr gestellt werden.“ [\[19\]](#)

Oder anders ausgedrückt:

Wenn ein Beamter vorzeitig dienstunfähig wird, dann wird er dies notwendigerweise immer deshalb, weil seine körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. Infolge der Unfähigkeit, seinen Beruf weiter auszuüben, ist gleichzeitig auch seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. D.h., der dienstunfähige Beamte ist *immer auch behindert* i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX. Nachdem Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG jedwede Diskriminierung wegen einer Behinderung (egal ob gegenwärtig oder künftig) verbietet, darf auch – wie der Grundgesetz-Kommentator zutreffend feststellt – die Frage, ob ein Bewerber wegen künftiger Behinderungen wahrscheinlich vor der Altersgrenze dienstunfähig werden könnte, nicht mehr gestellt werden. Entsprechende, in die Zukunft gerichtete Gesundheitsuntersuchungen sind daher unzulässig, und die Ergebnisse aus einer solchen Untersuchung im Rahmen der Einstellungsentscheidung sind nicht berücksichtigungsfähig.

**9. Das hört sich ja alles schon sehr gut an. Aber meine Einstellungsbehörde stellt sich leider auf stur. Gibt es noch weitere Argumente, die ich vorbringen kann? Ergibt sich vielleicht aus dem neuen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ein Diskriminierungsverbot bei Adipositas?**

Obwohl es rechtlich hierauf eigentlich nicht mehr ankommt, kann ich Ihnen noch folgende hilfsweise Argumente an die Hand geben, die darlegen, dass die Versagung der Berufung in das Beamtenverhältnis auch noch aus anderen Gründen rechtswidrig ist.

**Adipositas als „Behinderung“ im Sinne von § 8 Abs. 1 Bundesbeamtengesetz**

Durch das Gesetz zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung (Stichwort: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) wurde der Katalog des § 8 Abs. 1 BBG, der die „Auslesefaktoren“ definiert, die bei der Auswahlentscheidung keine Rolle

spielen dürfen, maßgeblich erweitert, u.a. um das Merkmal der „Behinderung“. § 8 Abs. 1 BBG in der Fassung nach Art. 3 Abs. 5 des „Gesetzes zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung“ bestimmt nunmehr:

„Die Bewerber sind durch Stellenausschreibung zu ermitteln. Ihre Auslese ist nach Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung ohne Rücksicht auf Geschlecht, Abstammung, Rasse oder ethnische Herkunft, *Behinderung*, Religion oder Weltanschauung, politische Anschauungen, Herkunft, Beziehungen oder sexuelle Identität vorzunehmen. Dem stehen gesetzliche Maßnahmen zur Förderung von Beamtinnen zur Durchsetzung der tatsächlichen Gleichstellung im Erwerbsleben, insbesondere Quotenregelungen mit Einzelfallprüfungen, sowie gesetzliche Maßnahmen zur Förderung schwerbehinderter Menschen nicht entgegen.“

Die Gesetzesbegründung zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz und zur Neufassung des § 8 Abs. 1 BBG stellt dabei klar, dass der Begriff der „Behinderung“ in diesen Normen mit dem sozialrechtlichen Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX identisch ist:

„Der Begriff der ‚Behinderung‘ entspricht den gesetzlichen Definitionen in § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) und in § 3 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG): Nach den insoweit übereinstimmenden Vorschriften sind Menschen behindert, ‚wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.‘ Mit diesem sozialrechtlich entwickelten Begriff werden sich die meisten Sachverhalte der ungerechtfertigten Benachteiligung Behinderter auch im Anwendungsbereich dieses Gesetzes erfassen lassen.“ (Bundesrats-Drs. 329/06, S. 31)

Es ist daher zu prüfen, inwiefern es sich bei Adipositas um eine Behinderung im sozialrechtlichen Sinne handelt, die bei einer beamtenrechtlichen Auswahlentscheidung nicht zum Nachteil der Bewerberin oder des Bewerbers berücksichtigt werden darf. (Für das Merkmal der „Behinderung“ im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes ebenso auch: Adomeit/Mohr, KommAGG, § 1 Rn. 101 [29]; Bauer/Göpfert/Krieger, AGG, § 1 Rn. 44 [30]).

§ 2 Abs. 1 SGB IX definiert eine *Behinderung* wie folgt:

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate

von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

Auch wenn § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auf den ersten Blick verbal ein hohes Maß an Übereinstimmung mit dem früheren § 3 Schwerbehindertengesetz (SchwbG) aufzuweisen scheint, basiert er doch tatsächlich auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO (Bundestags-Drs. 14/5074, S. 98, zu § 2, dort noch als ICIDH-2 bezeichnet [\[25\]](#)). Mit § 2 Abs. 1 knüpft der Gesetzgeber daher bewusst an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Behinderungsbegriff und die Diskussionen um seine Weiterentwicklung an. Der Wortlaut „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit ... abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ umschreibt im Sinne der ICF die Beeinträchtigungen in den Bereichen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus und stellt sie zugleich in den Wirkungszusammenhang zu den daraus folgenden Beeinträchtigungen der Tätigkeiten (Aktivitäten) aller Art eines Menschen sowie Beeinträchtigungen der Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen. Ein Zusammenhang mit § 3 Abs. 1 SchwbG besteht nur insoweit, als es auch nach dieser Regelung bereits auf die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen des Lebens ankam (siehe Begründung zum SchwbG-ÄndG A II 1 – Bundestags-Drs. 10/3138 [\[26\]](#); BSG vom 9. 10. 1987 = SozR 3870 § 3 SchwbG Nr. 26). Eine Behinderung im Sinne der ICF ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, also auf die Integrität der Funktionen oder Strukturen des Organismus, die Durchführung von Aktivitäten der Person oder deren Partizipation an Lebensbereichen. Das Sozialgesetzbuch IX basiert danach bezüglich Modell und Begrifflichkeit unmittelbar auf der ICF. [\[20\]](#)

Unter Behinderung ist danach die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, insbesondere die Teilhabe, zu verstehen. Das Gesund-

heitsproblem kann dabei grundsätzlich im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) beschrieben werden. Um von einem Gesundheitsproblem auf Vorliegen, Art und Ausmaß einer Behinderung schließen zu können, ist die zusätzliche Betrachtung der Kontextfaktoren notwendig. Damit kann die Behinderung nicht mehr als persönliche Eigenschaft verstanden werden. Es handelt sich bei der Behinderung um ein soziales Verhältnis zwischen behindertem Menschen und Umwelt. Dabei stehen die Faktoren nicht in einer starren, vom Körperschaden ausgehenden Kausalbeziehung, sondern in einer prozesshaften Wechselwirkung. Die ICF wird verstanden als Synthese zwischen einem medizinischen Behinderungsbegriff, der alleine an persönlichen Faktoren ansetzt, und einem sozialen Behinderungsbegriff, nach dem Behinderung ein im Wesentlichen gesellschaftliches Phänomen ist. Der Behinderungsbegriff der ICF wird entsprechend als bio-psycho-sozial beschrieben. [\[21\]](#)

Die gleichgestellte Erwähnung von körperlicher Funktion, geistiger Fähigkeit und seelischer Gesundheit als Dimensionen der Gesundheit – und ihrer möglichen Störungen – dienen weniger einer Differenzierung als vielmehr der Klarstellung, dass dem Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 kein rein körperlicher Gesundheitsbegriff zu Grunde liegt. Zwischen den drei genannten Dimensionen der Gesundheit ist auch in vielen Fällen keine klare Abgrenzung möglich und sinnvoll. Vielmehr beeinflussen sich Gesundheitsstörungen aus den verschiedenen Bereichen und führen zu einem je individuellen Gesamtbild eines einheitlich zu begreifenden Gesundheitszustands. [\[21\]](#)

Die ICF unterscheidet acht grundlegende Körperfunktionen: mentale Funktionen, sensorische Funktionen, Stimm- und Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, des hämatologischen, des immunologischen und des Atmungssystems, Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, Urogenital- und Reproduktionsfunktionen. Primäre und sekundäre Adipositas unterfallen ausdrücklich der Katalognummer „b530: Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts“ des ICF und sind damit als Störungen der körperlichen Funktion einzustufen. [\[22\]](#)

**Nebenerkennung zu den Ursachen von Übergewicht und Adipositas:**

Nach verschiedenen Zwillingsstudien geht man davon aus, dass bis zu 80 % der BMI-Varianz genetisch bedingt sind. Auch die individuelle Gewichtszunahme bei Über-



ernährung bzw. die Gewichtsabnahme unter Reduktionsdiät werden durch genetische Faktoren beeinflusst. [18]

In Tierversuchen konnten ein Gen (»ob«-Gen = obesity-Gen) gefunden werden, dessen Proteine dem Organismus die Menge des gespeicherten Fetts signalisieren. Das Gen ist im Fettgewebe aktiv. Es kodiert das Hormon Leptin, das in Relation zur Körperfettmasse ausgeschüttet wird. Bei Tieren führt eine fehlende Leptin-Produktion zu einer exzessiven Nahrungsaufnahme und zu einem unangemessen verringerten Energieverbrauch, was ausgeprägtes Übergewicht und Insulinresistenz zur Folge hat. Beim Menschen hat man mehrere Kandidaten-Gene gefunden, ohne deren Auswirkungen genau einschätzen zu können. Es ist wahrscheinlich, dass sie in einer komplexen Form zusammenwirken. Ein Verlust an Körperfett führt zu einer Abnahme der Leptinproduktion und zu einem niedrigeren zirkulierenden Leptin-Level. Dadurch werden z.B. Hungergefühle bzw. der Appetit verstärkt, jedoch der Energieverbrauch, die Reproduktionsfunktion und die Körpertemperatur verringert. Das heißt, es kommt zu einer positiven Energiebilanz. Bei einer Erhöhung des Körperfettanteils wird über den Anstieg des zirkulierenden Leptin-Levels genau der umgekehrte Effekt und eine negative Energiebilanz bewirkt. [18]

Die laienhafte Annahme, dass übergewichtige und adipöse Menschen einfach nur zu viel essen und bei einer Verringerung der Nahrungszufuhr – mehr oder weniger einfach – wieder abnehmen ist wissenschaftlich unhaltbar und gilt heute als vollkommen überholt.

Es bedarf hier keiner vertieften Erörterung, dass ein BMI von z.B. über 35 kg/m<sup>2</sup> vom dem *für das Lebensalter typischen Zustand abweicht*, selbst dann, wenn man dem Konzept eines altersabhängigen BMI nahesteht. Denn in der hier maßgeblichen Altersgruppe der etwa 30jährigen weist lediglich eine kleine Minderheit einen BMI von über 35 kg/m<sup>2</sup> auf, so dass Adipositas II. Grades als altersuntypischer Zustand anzusehen ist.

Dieser Zustand wird auch *mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate* fortauern. Adipositas II. Grades lässt sich innerhalb von sechs Monaten nicht auf ein sog. Normalgewicht verringern, jedenfalls nicht ohne erhebliche gesundheitliche Dauerschäden.

Einzig diskussionswürdig könnte hier daher noch die Frage sein, ob durch die vorliegende Adipositas die *Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist*.

Doch auch diese Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann sinnvoll eigentlich nicht bestritten werden. So sind Menschen mit Adipositas II. Grades von erheblichen Teilen des Arbeitsmarktes de facto ausgeschlossen. Z.B. infolge fehlender körperlicher Eignung von den öffentlich-rechtlichen Laufbahnen der Bundeswehr, Polizei, Zollverwaltung, Berufs-

feuerwehr und Forstverwaltung; in der Privatwirtschaft infolge von Vorurteilen von vielen Berufen, die einen engen Kundenkontakt oder Außendiensttätigkeiten voraussetzen; daneben auch von allen Tätigkeiten, die ein hohes Maß an körperlicher Geschwindigkeit und Beweglichkeit voraussetzen. Auch im Freizeitbereich sind Menschen mit Adipositas von vielen Aktivitäten ausgeschlossen, die andere Menschen ihres Alters ganz selbstverständlich wahrnehmen können (Schwimmen in öffentlichen Bädern erfordert z.B. deutlich mehr Mut; die Ausübung vieler Sportarten wird durch ungeeignetes Gerät verunmöglicht etc.). Das Finden von Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern ist ebenso nachhaltig erschwert wie der Kauf von modischer Kleidung. Alle alltäglichen Dinge, die mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängen und die normalgewichtige Menschen ganz selbstverständlich ausüben, werden für dicke Menschen zum „Spießrutenlaufen“, z.B. das Eis-Essen in der Öffentlichkeit, der Genuss einer Curry-Wurst am Brandenburger Tor oder ein Glas Bier in der Kneipe – ständig ernten adipöse Menschen dafür missbillige Blicke, als würden sie den ganzen Tag nichts anderes tun.

Bei Adipositas II. Grades handelt es sich daher um eine Behinderung im sozialrechtlichen Sinne nach § 2 Abs. 1 SGB IX, die bei einer beamtenrechtlichen Auswahlentscheidung nicht zum Nachteil der Bewerberin oder des Bewerbers berücksichtigt werden darf.

Eine solche Berücksichtigung zum Nachteil der Bewerberinnen und Bewerber ist dann gegeben, wenn die Behinderung – d.h. hier die Adipositas – nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass die negative Auswahlentscheidung entfielen. Dies ist immer dann der Fall, wenn Sie nach dem Ergebnis des Auswahlverfahrens sowie der Bestenauslese als eine der am besten geeigneten Bewerber zur Einstellung herangestanden hätten und Sie im Übrigen gesundheitlich und körperlich in der Lage wären, das angestrebte Amt aktuell in vollem Umfang auszuüben. In diesem Fall würden Ihnen allein aufgrund ihrer Adipositas – und der damit angeblich verbundenen negativen Gesundheitsprognose in der Zukunft – die Einstellung versagt. Ihre negative Auswahlentscheidung knüpft daher unmittelbar und ausschließlich an der Adipositas und damit an einer Behinderung an. Dies ist nach § 8 Abs. 1 BBG unzulässig, so dass die negative Entscheidung als rechtswidrig aufzuheben ist.

### **Adipositas als „Behinderung“ im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)**

Aus ähnlichen Gründen wie bei § 8 Abs. 1 BBG ist eine Berücksichtigung der durch die Adipositas verursachten Behinderung auch nach den §§ 7 Abs. 1, 24 Nr. 1 i.V.m. § 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz ([AGG](#)) unzulässig.

Nach allgemeiner Auffassung in der juristischen Kommentarliteratur zum AGG stellt Adipositas eine Behinderung im Sinne von § 1 AGG dar, da in ihr eine so starke Abweichung vom sog. „idealen Zustand“ liege, dass die Teilnahme sowohl am gesellschaftlichen als auch am Arbeitsleben beeinträchtigt werde (Adomeit/Mohr, KommAGG, § 1 Rn. 101 [\[29\]](#); Bauer/Göpfert/Krieger, AGG, § 1 Rn. 44 [\[30\]](#)). Dies hat Auswirkungen auch auf die Frage einer etwaigen Verbeamtung, da gemäß § 24 Nr. 1 AGG das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auch für Beamtinnen und Beamte (bzw. Bewerberinnen und Bewerber um eine Beamtenstelle) entsprechende Anwendung findet.

§ 7 Abs. 1 i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 2, 24 Nr. 1 AGG verbietet die Benachteiligung von Bewerberinnen und Bewerbern um eine Beamtenstelle wegen einer Behinderung nach § 1 AGG, die nach herrschender Meinung auch bei Adipositas gegeben sein kann [\[29\]](#)[\[30\]](#). Die Rechtsfolgen einer Diskriminierung nach § 7 AGG ergeben sich aus § 15 AGG. Danach hat ein wegen Adipositas nicht eingestellter Bewerber einen Schadenersatzanspruch nach § 15 AGG. Hinsichtlich der Höhe des Schadenersatzes ist wie folgt zu differenzieren:

- Wäre die Bewerberin oder der Bewerber auch ohne Adipositas nicht eingestellt worden (z.B. weil er aufgrund des Ergebnisses der Bestenauslese nicht zu berücksichtigen war), sind ihm die Bewerbungskosten (Porto, Briefpapier, Foto, Kopien, Reisekosten etc.) zu ersetzen und darüber hinaus eine angemessene Entschädigung in Geld (bis zu drei Monatsgehälter) zu bezahlen (§ 15 Abs. 1 u. 2 AGG).
- Wäre der Bewerber nach der Bestenauslese zur Einstellung zu berücksichtigen gewesen, so steht ihm ein Anspruch auf Schadenersatz in Höhe des entgangenen Arbeitsentgelts zu (z.B. die Differenz zwischen dem Netto-Bezüge eines Beamten und den Netto-Gehältern eines vergleichbaren Tarif-Angestellten im Öffentlichen Dienst). Die Dauer des Schadenersatzes ist dabei – anders als bei privatrechtlichen

Arbeitsverhältnissen – grundsätzlich nicht zeitlich terminiert, da Beamte (anders als Arbeitnehmer) nur unter engen Voraussetzungen entlassen werden können (§ 15 Abs. 1 AGG). Daneben ist noch zusätzlich eine angemessene Entschädigung in Geld zu bezahlen, die der Höhe nach nicht gesetzlich begrenzt ist, sondern vom Gericht nach freiem Ermessen festgesetzt werden kann (§ 15 Abs. 2 Satz 1 AGG).

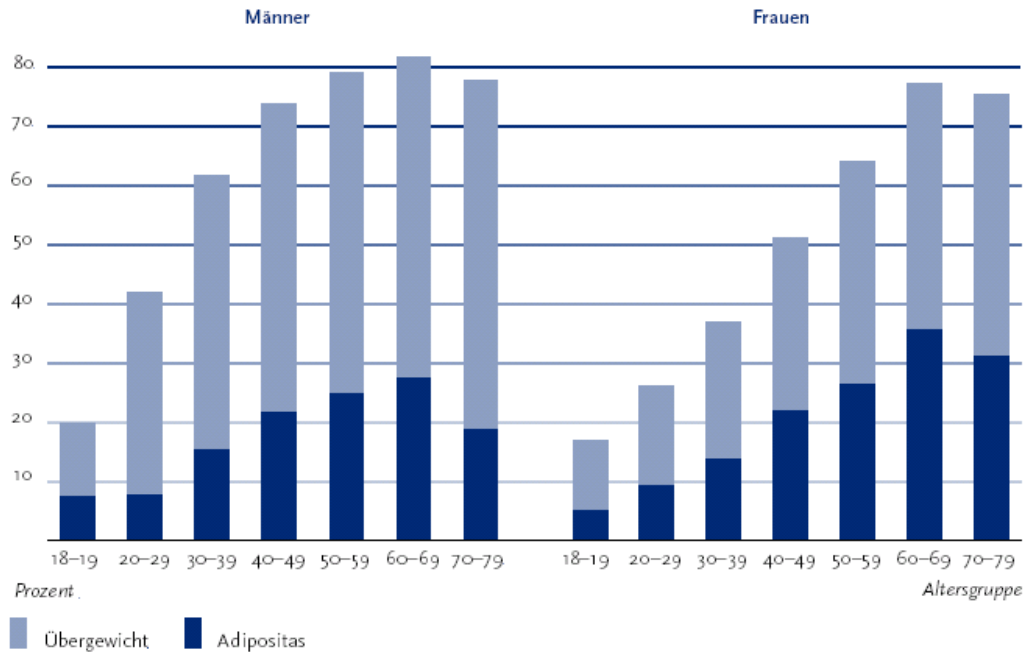
- Nach herrschender Meinung in der Kommentarliteratur kommt daneben (anders als bei privaten Arbeitgebern, vgl. § 15 Abs. 6 AGG) im Falle einer diskriminierungsbedingten Nicht-Einstellung auch ein sog. Kontrahierungszwang in Betracht, d.h. eine Verpflichtung des Dienstherrn zur Einstellung der Bewerberin oder des Bewerbers im Rahmen des Schadenersatzes (Adomeit/Mohr, AGG, § 15 Rn. 114 u. § 24 Rn. 10 [29]).

Eine Rechtfertigung der Diskriminierung nach § 8 AGG kommt hier nur dann in Betracht, wenn die Tätigkeit besondere körperliche Anforderungen stellt, die infolge der Adipositas nicht erfüllt werden können (z.B. Polizeidienst-tauglichkeit). Insoweit ergibt sich kein Unterschied zum Erfordernis der körperlichen und gesundheitlichen Eignung im allgemeinen Beamtenrecht. Ein Verweis auf ein etwaiges erhöhtes Versorgungsrisiko (das, wie oben dargestellt, ohnehin nicht besteht) ist in keinem Fall genügend. Denn eine unterschiedliche Behandlung kann über § 8 Abs. 1 AGG nur dann gerechtfertigt werden, wenn diese „wegen der Art der auszuübenden Tätigkeit oder der Bedingungen ihrer Ausübung eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung ist“. Dies ist ausschließlich bei bestimmten Tätigkeiten der Fall, niemals jedoch im Hinblick auf die Befürchtung etwaiger „Versorgungsfälle“.

### **Mittelbare Diskriminierung wegen der „Herkunft“, des „Alters“ und des „Geschlechts“ im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes**

Neben der *unmittelbaren* Diskriminierung wegen einer „Behinderung“ liegt mit der Verweigerung der Verbeamtung wegen Ihres Gewichts auch eine *mittelbare* Diskriminierung wegen des „Alters“ und „Geschlechts“ sowie der „Herkunft“ vor, da eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem Körpergewicht und dem Alter, dem Geschlecht und der ethnischen Herkunft besteht.

Abbildung 2  
Anteil der Männer und Frauen mit Übergewicht bzw.  
Adipositas in der jeweiligen Altersgruppe  
Angaben in Prozent der Bevölkerung  
Quelle: Robert Koch-Institut, BGS 98



Quelle: Robert Koch-Institut [2]

Wenn Sie daher *männlich und über 30 Jahre alt* sind (oder eine Frau mit Migrationshintergrund), können Sie sich auch auf eine mittelbare Benachteiligung (§ 3 Abs. 2 AGG) wegen des Alters und Geschlechts berufen, da ein dem Anschein nach neutrales Kriterium (Körpergewicht) Sie wegen der genannten Merkmale gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligt. Statistisch gesehen weisen unter den Männern über 30 Jahren nicht einmal mehr 40 % ein sog. „Normalgewicht“ auf. D.h. deutlich mehr als die Hälfte der Männer dieser Altersgruppe sind „übergewichtig“. Sie sind daher – im Verhältnis zu Frauen gleichen Alters – in besonderer Weise Adressat von Benachteiligungen wegen des Gewichts bei der Einstellung ins Beamtenverhältnis. Eine ähnlich enge Korrelation besteht auch bei Frauen (und teilweise Männern) mit Migrationshintergrund.

Hinsichtlich der Rechtsfolgen einer mittelbaren Diskriminierung darf auf die obigen Ausführungen zur unmittelbaren Diskriminierung wegen einer Behinderung verwiesen werden.

### **Adipositas als „Behinderung“ im Sinne des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG.**

Eine Benachteiligung wegen Adipositas, die eine Behinderung im Sinne von Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG darstellt, verletzt Sie darüber hinaus in Ihrem Gleichbehandlungs-Grundrecht aus Art. 3 GG. – Zur Vermeidung überflüssiger Wiederholungen darf hier für die Einzelheiten auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

**10. Ich stehe gerade kurz vor dem Abschluss meines Studiums und möchte danach als Beamter/Beamtin in den öffentlichen Dienst. Allerdings habe ich Angst, dass es aufgrund meiner Adipositas bei der Verbeamtung Schwierigkeiten geben könnte. Wie kann ich mich bereits jetzt auf einen etwaigen Rechtsstreit vorbereiten?**

#### **Erster Schritt: Ein guter Studienabschluss ist die halbe Miete.**

Kümmern Sie sich zunächst darum, ein möglichst gutes Erstes und Zweites Staatsexamen zu machen. Denn die allerwichtigste Hürde vor der Verbeamtung ist die Bestenauslese. Wenn Ihre Noten und Qualifikationen nicht passen, können Sie so dick oder dünn sein wie sie wollen, mit einer Verbeamtung wird es dann nichts werden.

#### **Zweiter Schritt: Lesen, lesen, lesen.**

Verschaffen Sie sich einen möglichst umfassenden Überblick über das Thema Adipositas. Nur so sind Sie gewappnet für die anstehenden Gespräche mit dem Einstellungsgremium, dem Arzt beim Gesundheitsamt und den Beamtinnen und Beamten im Personalreferat Ihrer Einstellungsbehörde. Spielen Sie die entsprechenden Gesprächssituationen zu Hause im Kopf (oder noch besser: mit Freundinnen oder Freunden) immer wieder durch. Sie müssen in der Lage sein, freundlich, aber überzeugend Halbwissen aufzudecken und die entsprechenden Fakten zu vermitteln.

#### **Dritter Schritt: Rechtsschutzversicherung.**

Rechtsstreite wegen einer Verbeamtung können sehr langwierig und teuer werden, insbesondere dann, wenn medizinische Sachverständigengutachten

einzuholen sind. Kümmern Sie sich daher rechtzeitig um den Abschluss einer Rechtsschutzversicherung, denn Rechtsschutzversicherungen übernehmen eine Deckungszusage nur dann, wenn der Rechtschutzfall nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Meistens besteht darüber hinaus noch eine Wartezeit von drei Monaten nach Versicherungsbeginn. Achten Sie im Übrigen unbedingt darauf, dass auch Streitigkeiten auf Begründung eines Beamtenverhältnisses mit versichert sind; das ist durchaus nicht immer automatisch der Fall.

#### **Vierter Schritt: Die Einstellungsbehörde ist nicht Ihr Feind.**

Machen Sie sich immer wieder bewusst, dass die an Ihrer Verbeamtung beteiligten Personen keine Monster sind und Ihnen nicht aus Boshaftigkeit die begehrte Einstellung als Beamter versagen. Die Betreffenden haben vielmehr Richtlinien und Verwaltungsvorschriften, an die sie sich halten müssen – auch wenn sie selbst diese nicht immer für gerecht halten. Versuchen Sie daher, ihnen mit dieser Einstellung zu begegnen. Es lohnt sich. Nicht zuletzt: Denken Sie daran, Ihr Ziel ist die Verbeamtung auf Lebenszeit. Und das heißt auch, Sie werden im Erfolgsfall lebenslang mit denselben Menschen in der Einstellungsbehörde weiter zu tun haben. Was nützt es Ihnen, wenn Sie Ihr Ziel zwar erreicht, es sich aber gleichzeitig mit allen Entscheidungsträgern verscherzt haben. Das wäre ein reiner Pyrrhus-Sieg.

#### **11. Wie lange dauert ein solcher Rechtsstreit um die Verbeamtung, und brauche ich dafür einen Rechtsanwalt?**

Die Dauer des Verfahrens hängt stark davon ab, durch wie viele Instanzen das Verfahren betrieben werden muss. Sollte ein verwaltungsgerichtliches Verfahren notwendig werden, sind mehrere Jahre keine Seltenheit. Wir empfehlen im Übrigen dringend die möglichst frühzeitige Einschaltung eines fachkundigen Rechtsanwalts (z.B. eines Fachanwalts für Verwaltungsrecht).



## **12. Können Sie mir einen entsprechenden geeigneten Anwalt empfehlen?**

Nein. Das können wir nicht und das wollen wir nicht.

Die örtlichen Rechtsanwaltskammern sind Ihnen jedoch bei der Suche nach qualifizierten Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten in Ihrer Nähe gerne behilflich.

## **13. Ich möchte aus persönlichen Gründen keinen Rechtsstreit führen bzw. ich habe den Rechtsstreit um meine Verbeamtung leider rechtskräftig verloren. Kann ich stattdessen (noch) etwas anderes tun?**

Auch wenn formlose Rechtsbehelfe bei Juristen gemeinhin in dem Ruf stehen „formlos, fristlos, fruchtlos“ zu sein, bietet sich gerade in Fällen der Verbeamtung (zumindest als letzte Notlösung) das Mittel der Petition an. Jeder Bürger hat das Recht, sich mit Eingaben an die Parlamente zu wenden – und die Abgeordneten (genauer: die Petitionsausschüsse) beschäftigen sich sogar damit. Je nachdem, ob eine Einstellung als Kommunal-, Landes- oder Bundesbeamter begehrt wird, sind entweder die Stadträte, die Landtage oder der Deutsche Bundestag der geeignete Ansprechpartner (die Adressen sind über das Internet leicht herauszubekommen). Manche Parlamente (z.B. der Bundestag) bieten sogar die Möglichkeit einer öffentlichen Petition, für die man Unterstützer gewinnen kann (vgl. z.B. für den Bundestag: <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a02/onlinepet/index.html>).

Die Erfolgsaussichten einer Petition sind zwar nicht überragend hoch, aber auch keineswegs null. Im Übrigen gilt: Selbst wenn die eigene Petition letztlich keinen Erfolg hat, so wird doch bei den Abgeordneten Problembewusstsein geweckt – und Sie unterstützen damit in effektiver Weise die politische Arbeit der *Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung*.

Nachdem in der Verweigerung der Einstellung in das Beamtenverhältnis wegen Ihres Gewichts eine unmittelbare Diskriminierung wegen einer Behinderung sowie ggf. eine mittelbare Diskriminierung wegen des „Alters“, „Geschlechts“ und der „Herkunft“ im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes liegt (vgl. die obigen Ausführungen), können Sie sich auch an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (<http://www.antidiskriminierungsstelle.de/>) wenden, deren gesetzlicher Auftrag es ist, Sie zu beraten und gegenüber der diskriminierenden Behörde aktiv zu unterstützen. Nachdem

die Antidiskriminierungsstelle noch sehr jung ist, liegen hier leider noch keine Erfahrungen über die Effektivität von deren Einschaltung vor. – Einigen „Wirbel“ werden Sie damit bei Ihrer Einstellungsbehörde aber auf jeden Fall verursachen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns über Ihre Prozesse und Aktionen informieren würden, damit wir unsere Materialien up to date halten können. Gerne unterstützen wir Sie bei Ihren Bemühungen.

## Quellenverzeichnis

- [1] Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) in
- Bender, R., Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. (1998): Assessment of excess mortality in obesity. *American Journal of Epidemiology* 147, 42-48.
  - Bender, R., Jöckel, K.-H., Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. (1999): Effect of age on excess mortality in obesity. *JAMA* 281, 1498-1504.
  - Bender, R., Jöckel, K.-H., Richter, B., Spraul, M. & Berger, M. (2002): Body weight, blood pressure, and mortality in a cohort of obese patients. *American Journal of Epidemiology* 156, 239-245.
  - Bender, R., Zeeb, H., Schwarz, M., Jöckel, K.-H. & Berger, M. (2006): Causes of death in obesity: Relevant increase in cardiovascular but not in all-cancer mortality. *Journal of Clinical Epidemiology* 59, 1064-1071.  
[<http://www.rbsd.de/DOMS.html>]
- [2] Robert Koch-Institut (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16 „Übergewicht und Adipositas“, Berlin 2003 (geänderte Auflage 2005).  
[[http://www.rki.de/cln\\_049/nn\\_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/uebergewicht\\_inhalt.html](http://www.rki.de/cln_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/uebergewicht_inhalt.html)]
- [3] Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes für Deutschland, das frühere Bundesgebiet und die neuen Länder 2003/2005, Internetseiten des Statistischen Bundesamtes  
[<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psm1/>]
- [4] Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Landesgesundheitsbericht 2000, „Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht, S. 93 ff.  
[[http://www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik\\_gesundheitsmanagement/gbe\\_allg/gesundheit\\_von\\_frauen\\_und\\_maennern.pdf](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/gbe_allg/gesundheit_von_frauen_und_maennern.pdf)]
- [5] Hammond, M., *Public Health*, 1161-1187, Mai 1964.
- [6] Mc’Neill (2004), A.: Tobacco use and effects on health. In: Tobacco or health in the European Union – past, present and future. Prepared by the Aspect Consortium, European Commission, Luxemburg, 2004: 25 – 68.
- [7] Doll, R., R. Peto et al.: Mortality in relation to smoking: 50-years observation on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519 – 1528.
- [8] Münchener Rückversicherung (1998): Raucher-/Nichtraucherprodukte in der Lebensversicherung – Rechnungsgrundlagen für den deutschen Markt.  
[[http://www.munichre.com/publications/302-00866\\_de.pdf](http://www.munichre.com/publications/302-00866_de.pdf)]
- [9] Statistisches Bundesamt: Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005 mit Tabellenanhang, Juni 2006.  
[<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure.property=file.pdf>]

- [10] a) Brenner, H et al (1997): Body weight, pre-existing disease, and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry. *J Clin Epidemiol* 50:1099-1106.
- b) Haruyama, M (1995): Relationships among obesity, atherosclerotic disorders, and longevity in the elderly. An autopsy study. *Nippon Ika Daigaku Zasshi*, 62:231-240.
- c) Curtis, JP et al (2005): The obesity paradox: body mass index and outcomes in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 165:55-61.
- d) Chambless, LE et al (2002): Risk factors for progression of common carotid atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Communities Study 1987-1998. *Am J Epidemiol* 155:38-47.
- [11] Kennedy, Linn: The importance of body mass index and weight-change in patients with coronary artery disease, Mai 2006.
- [12] Calling, Susanna: Obesity and cardiovascular disease. Aspects of methods and susceptibility, Juni 2006.
- [13] Bender, R., Zeeb, H. et al (2005): Meeting Abstract – Krebsbedingte Mortalität bei Adipositas, 12. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie. [\[http://www.egms.de/en/meetings/gmds2005/05gmds032.shtml\]](http://www.egms.de/en/meetings/gmds2005/05gmds032.shtml)
- [14] Raddatz, Dirk (2006): Krebs und Übergewicht. [\[http://www.med.uni-goettingen.de/media/global/tag\\_der\\_medizin/tdm\\_2006\\_krebs\\_unduebergewicht.pdf\]](http://www.med.uni-goettingen.de/media/global/tag_der_medizin/tdm_2006_krebs_unduebergewicht.pdf)
- [15] Robert Koch-Institut (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 24 „Diabetes mellitus“, März 2005. [\[http://www.rki.de/nn\\_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/diabetes\\_mellitus\\_inhalt.html\]](http://www.rki.de/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/diabetes_mellitus_inhalt.html)
- [16] a) Statistisches Bundesamt (2001): Versorgungsempfängerstatistik des Statistischen Bundesamtes vom Januar 2001. [\[https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=002000010004V3bhEUAIBF1988991516&cmspath=struktur.vollanzeige.csp&ID=1014730\]](https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=002000010004V3bhEUAIBF1988991516&cmspath=struktur.vollanzeige.csp&ID=1014730)
- b) Statistisches Bundesamt (2001): Versorgungsempfängerstatistik des Statistischen Bundesamtes – Lehrerpensionierungen im Jahr 2000 - Pressemitteilung. [\[http://www.presseportal.de/pm/32102/297581/statistisches\\_bundesamt/\]](http://www.presseportal.de/pm/32102/297581/statistisches_bundesamt/)
- [17] Wikipedia-Artikel über den Deutschen Ethikrat und den Nationalen Ethikrat. [\[http://de.wikipedia.org/wiki/Ethikrat/\]](http://de.wikipedia.org/wiki/Ethikrat/)
- [18] Nationaler Ethikrat (2005): Prädiktive Gesundheitsinformationen bei Einstellungsuntersuchungen – Stellungnahme, August 2005. [\[http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme\\_PGI\\_Einstellungsuntersuchungen.pdf\]](http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_PGI_Einstellungsuntersuchungen.pdf)
- [19] Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Hrsg. Dolzer, Vogel, et al, Kommentierung zu Art. 3 Abs. 2 und 3, Rn. 878 f. (Rüfner).

- [20] Dietrich Bühr, Harry Fuchs, Dieter Krauskopf, Hans-Günther Ritz (Hg): SGB IX - Kommentar und Praxishandbuch., 1. Auflage Dezember 2004, Zu § 2 SGB IX.  
[<http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/157>]
- [21] Lachwitz/ Schellhorn/ Welti, Handkommentar zum SGB IX, 2002, § 2 SGB IX.  
[<http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/158>]
- [22] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Stand: Oktober 2005, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI.  
[<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>]
- [23] Verwaltungsgericht Darmstadt, Urteil vom 24. Juni 2004, Az. 1 E 470/04.  
[<http://www.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/bynoteid/56DB98141A530569C12570190048C313?Opendocument>]
- [24] Robert Koch-Institut (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 31 „HIV und AIDS“, Berlin Juni 2006.  
[[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/hiv\\_aids\\_inhalt.html](http://www.rki.de/cln_048/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/hiv_aids_inhalt.html)]
- [25] Bundestags-Drucksache 14/5074 vom 16.01.2001.  
[<http://dip.bundestag.de/btd/14/050/1405074.pdf>]
- [26] Bundestags-Drucksache 10/3138 vom 03.04.1985.  
[<http://dip.bundestag.de/btd/10/031/1003138.pdf>]
- [27] Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 04.09.2007 - 2 K 5357/06  
[<http://www.justiz.nrw.de/ses/nrwesearch.php>]
- [28] a) Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen – Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene: Amtsärztliche Gutachten zur Frage der Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit 2004 und 2005, Bremen Juli 2006.  
[[http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2\\_nb-Amtsaezte\\_Bericht\\_DU\\_DF%202004%20%202005.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_nb-Amtsaezte_Bericht_DU_DF%202004%20%202005.pdf)]
- b) Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen – Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene: Amtsärztliche Gutachten zur Frage der Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit 2000, Bremen Februar 2001.  
[[http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2\\_nb\\_Amtsaezte\\_090201\\_%20Bericht%20DU\\_DF%202000.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_nb_Amtsaezte_090201_%20Bericht%20DU_DF%202000.pdf)]
- c) Vergleiche in diesem Zusammenhang auch die Gutachten der übrigen Jahre seit 2000, die alle zum selben Ergebnis kommen:  
[<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.2505.de>]
- [29] Adomeit, Klaus/Mohr, Jochen: KommAGG. Kommentar zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, Stuttgart u.a. 2007.
- [30] Bauer, Jobst-Hubertus/Göpfert, Burkard/Krieger, Steffen: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, München 2007.

Stand: 15.04.2008