|  |  |
| --- | --- |
| Beschreibung: Beschreibung: Die Grafik "file:///Z:/Verschiedenes/BAG_Logo.jpg" kann nicht angezeigt werden, weil sie Fehler enthält. | BAG SELBSTHILFE Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe vonMenschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. Kirchfeldstr. 14940215 DüsseldorfTel.: 0211/31006-0Fax.: 0211/31006-66 |

**Stellungnahme**

**der**

**Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit**

**Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.**

**(BAG SELBSTHILFE)**

**zum**

**Referentenentwurf**

**einer Sechsten Verordnung zur Änderung (6. ÄndVO) der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)**

**Az.: Va2 – 55021 – 6/6**

Als Dachverband von 120 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften steht die BAG SELBSTHILFE dem Referentenentwurf in vielerlei Hinsicht kritisch gegenüber.

Ziel der Selbsthilfe ist es, die Teilhabe von Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung in der Gesellschaft zu fördern, sie dabei zu unterstützen, schwierige Lebenssituationen zu bewältigen und das Bewusstsein in der Bevölkerung für deren besondere Belange zu stärken. Insbesondere setzt sich die BAG SELBSTHILFE mit Nachdruck für eine rasche und vollständige Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in innerdeutsches Recht ein. Dabei sind gerade die in der Konvention genannten Ziele einer vollen und wirksamen Teilhabe sowie der Selbstbestimmung und Partizipation von Menschen mit Behinderung im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Lebenssituation von behinderten Menschen von zentraler Bedeutung.

Mit diesen Grundprinzipien steht der vorliegende Referentenentwurf nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE nicht im Einklang. Denn Sinn und Zweck der Versorgungsmedizin-Verordnung bzw. der in der Anlage zu § 2 der Verordnung enthaltenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ist die Gewährung eines Ausgleichs für die mit der Gesundheits- bzw. Funktionsbeeinträchtigung verbundenen Nachteile (bzw. die Ermöglichung entsprechender Folgeansprüche), sei es durch Zuerkennung eines entsprechenden Grades der Behinderung (GdB), sei es durch die Gewährung eines sog. Merkzeichens. Die betreffende Person soll grundsätzlich die gleichen Teilhabemöglichkeiten haben wie eine altersentsprechende nicht behinderte Person (so auch in Teil A Nummer 1.1.4 klargestellt). Mit dessen körperlichen Fähigkeiten sind die Fähigkeiten der behinderten Person zu vergleichen und die behinderungsbedingten Defizite durch die Gewährung von Nachteilsausgleichen zu kompensieren (vgl. insoweit etwa BSG Urt. vom 12.02.1997 – Az.: 9 RVs 1/95). Der vorliegende Entwurf erweckt indessen den Eindruck, dass es weniger um einen solchen Vergleich der Funktionen bzw. der Teilhabemöglichkeiten geht, sondern vielmehr um die hiervon losgelöste Betrachtungsweise, ob und inwieweit eine bestimmte Einschränkung als ausgleichswürdig zu betrachten ist. Das wird insbesondere dadurch deutlich, dass der Verordnungsgeber unterschiedliche Funktionsbeeinträchtigungen in Relation zueinander setzt, den Vergleich mit einer nicht behinderten Person und deren Funktionsfähigkeiten hingegen im Ergebnis hintanstellt.

Im Zusammenhang mit der Übersendung des Referentenentwurfs betont das BMAS, dass dieser die von den Verbänden in den letzten Gesprächen geäußerten Anliegen aufgegriffen habe. Leider hat man es jedoch vielfach versäumt, die unterbreiteten Vorschläge auch umzusetzen. So ist wie auch bei den in der Vergangenheit vorgelegten Entwürfen einer neuen VersMedV die Tendenz erkennbar, die GdB-Bewertungen – trotz Neu- bzw. Höherbewertungen in einigen wenigen Einzelfällen – generell abzusenken und damit auch die hiermit verbundenen Folgeansprüche zu schmälern.

Zugleich ist eine grundlegende inhaltliche Kehrtwende dahingehend erkennbar, dass bestehende Ausgleiche für gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie etwa der Einsatz von Hilfsmitteln, sowie medizinische und therapeutische Behandlungs-möglichkeiten bei der GdB-Bewertung offenkundig eine viel stärkere Berücksichtigung finden sollen als bisher. Das würde jedoch im Widerspruch zur eingangs erwähnten Grundintention der Versorgungsmedizinverordnung stehen. Denn Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln, Therapien etc. sind ja gerade die *Folgen*, die aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eintreten. Niemand käme auf die absurde Idee, den Anspruch auf medizinische Versorgung (etwa nach § 27 Abs. 1 SGB V) mit der Begründung zu verringern oder auszuschließen, die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten seien so weit fortgeschritten, dass eine Heilung der Krankheit oder Linderung der Symptome erreicht werden kann. Das Gleiche muss aber auch für die Beurteilung gelten, ob und in welcher Schwere eine Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Schädigung vorliegt.

Im Übrigen verbietet sich nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE ein abstraktes Abstellen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln und auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten schon deshalb, weil die entsprechende Versorgungs-situation gerade bei Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung in der Praxis in der Regel nicht einer optimalen Versorgung entspricht, sondern meist sogar deutlich schlechter zu beurteilen ist. Das bedeutet, dass für die Beurteilung einer Teilhabeeinschränkung auf eine theoretische Versorgung abgestellt wird, die in den meisten Fällen gar nicht besteht.

Zu den im Referentenentwurf enthaltenen Neuregelungen im Einzelnen:

**Artikel 1 – Änderung Versorgungsmedizin-Verordnung**

**2. Teil A „Gemeinsame Grundsätze“**

**Zu Punkt 1.1:**

Die künftige Orientierung des Grades der Behinderung anhand der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird grundsätzlich begrüßt. Soweit dabei gem. Nummer 1.1.4 die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde zu legen ist, muss bedacht werden, dass der damit verbundene individuelle Ansatz vermutlich in vielen Fällen nur bedingt mit der standardisierten Bewertung der einzelnen Gesundheits-beeinträchtigungen in Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze in Einklang zu bringen sein wird.

Aus diesem Grund halten wir es für erforderlich, eine Klarstellung dahingehend hinzuzufügen, dass bei der Bemessung der Beeinträchtigung stets zu beachten ist, wenn die Rahmenbedingungen in der individuellen Situation des Betroffenen schlechter und dadurch die Teilhabeeinschränkungen umso stärker ausfallen. Dies muss dann zur Folge haben, dass in einem solchen Fall der GdB entsprechend zu erhöhen ist. Das gilt erst recht, wenn auf eine abstrakte Versorgung mit einem Hilfsmittel oder eine anderen Unterstützung abgestellt wird, die im konkreten Fall jedoch gar nicht erfolgt oder nur in einem unterdurchschnittlichen Ausmaß oder in geringerer Qualität ausfällt.

Des Weiteren ist zu kritisieren, dass die Annahme einer Standardumwelt nicht mit dem Gedanken des ICF-Assessments vereinbar ist.

Die Begründung erscheint hier nicht ausreichend: was ist mit öffentlichem Wegenetz gemeint? Gerade hier bestehen regionale gravierende Unterschiede. Dies gilt auch für das medizinische Versorgungssystem und seine Zugänglichkeit (Fehlende Barrierefreiheit in manchen Regionen?).

**Zu 1.1.3 ist Folgendes anzumerken:**

Ist unklar, ob die Angabe von Bewertungsspannen ausreichend ist, von der typisierenden Betrachtung abweichende, nach dem biopsychosozialen Modell ermittelten schwerere Beeinträchtigungen im Einzelfall ausreichend abzubilden.

In der Begründung wird davon gesprochen, dass durch die Einführung eines Mindest GdB und von Bedingungen, die eine Erhöhung des GdB bedingen, auch das Konzept der personenbezogenen Kontextfaktoren der ICF einbezogen werde. Hier ergibt sich die Frage, wie das praktisch umgesetzt werden soll (s. o. Allgemeines), da dieses Vorgehen der typisierenden und abstrakten Betrachtungsweise widerspricht. Ggf. müssten diese Faktoren differenziert erhoben werden. Dies erscheint auf der Grundlage von Befundberichten kaum möglich.

**Zu 1.1.4 ist Folgendes anzumerken:**

Leistungsfähigkeit ist in der ICF ein virtuelles Konstrukt und ist dort Resultat eines interpretatorischen Prozesses, der das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit beschreiben soll, unter Annahme einer standardisierten Umwelt, die durch Angabe der Umweltfaktoren beschrieben werden kann. Aktivitäten und Teilhabe werden vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards beurteilt.

Diese Standards werden in der VersMedV nicht näher beschrieben. Sie sind nur impliziter Bestandteil der Bewertung durch den Verordnungsgeber. Es ist offen, ob es gelingen kann, solche Standards einheitlich und allgemein zu definieren. Das bedeutet aber, dass bei der Einzelfallbeurteilung ggf. überprüft werden muss, ob die unterstellte Standardumwelt korrekt berücksichtigt wurde, d.h. ob insoweit die impliziten Annahmen der VersMedV korrekt berücksichtigt wurden. Das wird schwierig, wenn diese nicht ausgewiesen sind sondern lediglich eine nicht näher begründete Expertenmeinung darstellen. Immerhin gibt es zu einigen Änderungen Ausführungen in der Begründung.

In der Begründung wird unterstellt, dass es belastbare Korrelationen gibt und dass sich die Parameter nach wissenschaftlichen Definitionen richten: Das gilt jedoch in der Regel nicht für die Beschreibung der Teilhabe, jedenfalls nicht ohne nähere Angaben zur Standardumwelt. So ist ein Instrument zur objektiven Beurteilung der Teilhabe weltweit nicht verfügbar.

**Zu 1.1.5 ist Folgendes anzumerken:**

In der ICF ist das Arbeitsleben ein Bestandteil der Lebensbereiche. Auch wenn ein konkreter ausgeübter oder angestrebter Beruf nicht berücksichtigt werden soll, bleibt die Frage, inwieweit die Teilhabe am Arbeitsleben dann berücksichtigt werden kann.

**Zu Nummer 1.2:**

Wie bereits zuvor betont, erscheint das Vorhaben, konkrete **Aktivitäten und Lebensbereiche** (der ICF) auf entsprechende Teilhabeeinschränkungen hin zu untersuchen und hieraus ableitend die GdB-Bewertung vorzunehmen, durchaus problematisch. Denn die Tatsache, dass einem entsprechenden Begutachtungs-maßstab dann eine standardisierte Umwelt zugrunde liegt, kann im Einzelfall zu Nachteilen für den Betroffenen führen, wenn dessen persönliche Rahmen-bedingungen diesen Standards nicht entsprechen. Insbesondere besteht die Gefahr einer unterschiedlichen Bewertung gleicher oder vergleichbarer Sachverhalte.

Diese Bewertungsschwierigkeit wird auch in anderer Hinsicht erkennbar. Denn trotz der ergänzenden Regelung bei Nummer 1.2.3, wonach für das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung nicht nur die Anzahl der betroffenen Lebensbereiche, sondern auch die Schwere der Beeinträchtigung maßgeblich ist, bleibt zu bedenken, dass für den Einzelnen die Teilhabeeinschränkung in einem bestimmten Lebensbereich bzw. bei einer bestimmten Aktivität von größerer Bedeutung sein mag als für eine andere Person in einer vergleichbaren Situation. Oft wird erst im Zusammenspiel von Aktivitäten mit dem jeweiligen Lebensbereich die Teilhabeeinschränkung deutlich. Die Skalierung entspricht nicht der ICF. Ihre Operationalisierung und wissenschaftliche Begründung bleibt unklar bzw. offen.

Insoweit wird eine einheitliche und objektive Feststellung in vielen Fällen kaum vorzunehmen sein, wie sich am Beispiel der Teilhabe am Arbeitsleben zeigt: einerseits sind nach Nummer 1.2.2 h) Arbeit und Beschäftigung als Lebensbereich zu berücksichtigen, umgekehrt sind nach Nummer 1.1.5 der Grad der Behinderung und der Grad der Schädigungsfolgen grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf. In der Praxis wird dieser Spagat zwischen abstrakter Beurteilung auf der einen Seite und Betrachtung der konkreten beruflichen Situation auf der anderen Seite gerade vor dem Hintergrund der ICF kaum zu bewerkstelligen sein. Denn anders als beispielsweise bei der Beurteilung ob und inwieweit eine allgemeine Erwerbsminderung unabhängig von der zuvor verrichteten Tätigkeit zur Begründung eines entsprechenden Rentenanspruchs vorliegt, ist bei einer GdB-Bemessung die individuelle Teilhabebeeinträchtigung gerade auch in Bezug auf den ausgeübten oder angestrebten Beruf von Bedeutung.

Die BAG SELBSTHILFE plädiert daher auch an dieser Stelle dafür, eine Ergänzung vorzunehmen, dass das Abstellen auf Lebensbereiche und Aktivitäten nicht zu Nachteilen bei dem einzelnen Betroffenen führen darf, sollten sich hier Abweichungen von diesen Standards ergeben.

Das Abstellen auf **Altersstufen** (Nummer 1.2.5) ist nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE nur bedingt hilfreich, eine individuelle Teilhabebeeinträchtigung festzustellen. Denn anders als bisher, wonach der Vergleich zwischen einer gesundheitlich beeinträchtigten Person und einer altersentsprechenden gesunden Person zur Feststellung des GdB vorzunehmen war, soll sich dieser Vergleich nunmehr offensichtlich auf die jeweiligen Teilhabeaktivitäten beziehen. Das würde aber in der Folge bedeuten, dass bestimmte Teilhabebereiche womöglich von vornherein nicht mehr berücksichtigt werden, weil sie altersuntypisch sind (etwa Weiterbildung im Alter). Maßgeblich muss aber weiterhin die Beeinträchtigung der jeweiligen Körperfunktion sein, was allenfalls die bisherige Unterscheidung zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zulässt. Zumindest ist die entsprechende Regelung bei Nummer 1.2.5 entsprechend umzuformulieren, um klarzustellen, dass es hier nicht um Altersstufen bei der Inanspruchnahme bzw. Berücksichtigung von Teilhabebereichen geht.

Ein Abstellen auf das **Behandlungsergebnis** (Nummer 1.2.7) ist zwar unbestritten maßgeblich für die Frage des Vorliegens einer Teilhabeeinschränkung. Die Formulierung der betreffenden Regelung suggeriert jedoch, dass es auf die abstrakt gesehen optimale Behandlung („bestmögliches Behandlungsergebnis“) ankommt, nicht jedoch auf die tatsächlich im konkreten Fall erfolgte Behandlung und deren Ergebnis. Hier halten wir eine klarstellende Ergänzung für erforderlich, dass dieses optimale Behandlungsergebnis als Mindestmaßstab zugrunde zu legen ist, dass im Falle eines weniger erfolgreichen Behandlungsergebnisses hingegen ein höherer Wert festzulegen ist. Das ist gerade deshalb notwendig,

Gleiches gilt für das Abstellen auf den **Einsatz von Hilfsmitteln** und **allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens** (1.2.8) und den üblicherweise notwendigen **Therapieaufwand** (1.2.9). Die im Vergleich mit früheren Zeiten unbestritten verbesserte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie die medizinischen und therapeutischen Fortschritte bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen dürfen vor allem nicht als Begründung für eine generelle Absenkung des GdB herangezogen wird. Denn ein Hilfsmittel wie etwa ein Rollstuhl oder eine Prothese kompensiert nicht die ausgefallene oder eingeschränkte Körperfunktion, sondern nimmt insoweit lediglich eine unterstützende Funktion ein. Am Fehlen der betreffenden Körperfunktion selbst ändert sich hingegen nichts.

Besonders bedeutsam ist diese Erwägung, wie bereits gesagt, vor dem Hintergrund der tatsächlichen Versorgungslage. Gerade Menschen mit hohem Unterstützungs- und Therapiebedarf erhalten regelmäßig keine wirklich bestmögliche, sondern nur eine durchschnittliche Versorgung - nicht zuletzt auch deshalb, weil hier häufig das Wirtschaftlichkeitsgebot dem Wunsch- und Wahlrecht des Einzelnen entgegensteht. Hinzu kommen regionale und sonstige Unterschiede in den tatsächlichen Lebenssituationen, die dazu führen, dass die Bewertung der Versorgung nur innerhalb dieses Vergleichskreises vorgenommen werden kann.

Die BAG SELBSTHILFE schlägt daher vor, auf das Kriterium der Versorgung zu verzichten und allein die Gesundheitsstörung als Maßstab für die Bewertung mit einem GdB zugrunde zu legen. Zumindest muss im Falle der Berücksichtigung der Versorgung der entsprechende GdB als Mindestangabe verstanden werden, der im Falle einer unterdurchschnittlichen Versorgung entsprechend zu erhöhen ist.

In Bezug auf den „üblicherweise notwendigenTherapieaufwand“ (Nummer 1.2.9) stellt sich zudem die Frage, wie die Situation zu bewerten ist, wenn ein darüber hinausgehender Therapiebedarf im Einzelfall besteht. Hierzu ist bei Nummer 1.3.5 geregelt, dass eine Erhöhung des GdB vorzunehmen ist, wenn nachgewiesen ist, dass der notwendige Therapieaufwand über das in Nummer 1.2.9 genannte Ausmaß hinausgeht. Insoweit stellt sich aber unweigerlich die Frage, wer diesen Nachweis erbringen muss bzw. ob hierfür ein entsprechendes Attest des behandelnden Arztes ausreicht. Insoweit wäre eine entsprechende Klarstellung in der Versordnung hilfreich. Auch erscheint es sinnvoll, die Regelung zum erhöhten Therapiebedarf bei Nummer 1.3.5 auch bei Nummer 1.2.9 zu verankern, um zu vermeiden, dass diese wichtige Ergänzung im Rahmen der gutachterlichen Bewertung bzw. GdB-Feststellung übersehen wird.

Die Berücksichtigung einer **gesunden Lebensführung** (Nummer 1.2.10) als Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Falle eines medizinischen Erfordernisses wird grundsätzlich begrüßt. Die jetzt vorgeschlagene Formulierung bietet jedoch nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE einen zu großen Spielraum, eine gesunde Lebensführung und die damit verbundenen Einschnitte trotz medizinischer Indikation außer Acht zu lassen. Im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Aktivitäten, die einer gesunden Lebensführung dienen, als Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zur berücksichtigen, wenn die Aktivitäten aus medizinischen Gründen nach Ort, Zeit oder Art und Wese festgelegt sind oder wenn sie ihrem Umfang nach erheblich über das Maß einer auch Menschen ohne Behinderung empfohlenen gesunden Lebensweise hinausgehen (vgl. BSG Urt. v. 02.12.2010 – Az.: B 9 SB 3/09). Dieser „weiten“ Auffassung des BSG will sich der Verordnungsgeber offensichtlich nicht anschließen, wenn er beispielsweise ausdrücklich eine Nichtberücksichtigung auch dann für statthaft hält, „wenn die gesunde Lebensführung aufwändig realisiert wird“ (Nummer 1.2.10, Satz 3). Und die Formulierung „medizinisch notwendige Beschränkungen von Aktivitäten“ (Satz 4) soll scheinbar die Aufmerksamkeit des beurteilenden Gutachters auf konkrete Aktivitäten und weniger auf Lebensbereiche lenken. Denn bei Aktivitäten wird man seltener einen Einschnitt feststellen, weil die gesunde Lebensweise in der Regel mit „zusätzlichen“ Aktivitäten verbunden ist. Lebensbereiche wären hingegen häufiger betroffen, weil der Betroffene wegen seiner gesunden Lebensführung hier durchaus Einschnitte erfahren wird (z.B. der zeitweise Abschnitt von den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung oder soziale Teilhabe, weil ein bestimmtes sportliches Training in dieser Zeit durchzuführen ist). Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei Nummer 1.2.10, Satz 4 nur um eine sog. Kann-Regelung handelt. Dies wird nicht nur zu einem regelhaften Ausschluss einer Berücksichtigung, sondern auch zu einer ungleichen Behandlung gleicher oder ähnlicher Sachverhalte führen.

Um dies zu vermeiden, empfiehlt die BAG SELBSTHILFE daher, die vom Bundessozialgericht genannten Voraussetzungen für eine Berücksichtigung einer gesunden Lebensführung (s.o.) zu übernehmen, nicht zuletzt zu Erreichung der erforderlichen Rechtssicherheit.

Die Regelungen bei Nummer 1.2.12 – Berücksichtigung von **Schmerzen** – reichen nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE nicht aus, die tatsächliche Beeinträchtigung, die durch Schmerzen (zusätzlich) verursacht werden, hinreichend einzubeziehen. Es ist davon auszugehen, dass der Gutachter geäußerte Schmerzen als übliches Begleitsymptom betrachtet und daher im Sinne von Nummer 1.2.12.2 nicht GdB-erhöhend berücksichtigt. Schmerzen fallen jedoch – ungeachtet einer psychischen Komorbidität (1.2.12.3) oder sogar eines Leitsystem einer psychischen Störung (1.2.12.4) – stets in unterschiedlicher Ausprägung an und bewirken für sich genommen eine verstärkende Einschränkung (i.d.R. Bewegungseinschränkung). Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, auch Schmerzen, die häufig oder regelmäßig als Begleitsymptom auftreten, GdB-erhöhend zu berücksichtigen. Hier mangelt es an jeder Definition und einer Abgrenzung, so dass auch insoweit zu befürchten ist, dass dies zu Lasten der Betroffenen im Rahmen der Begutachtung geht. Unser Mitgliedsverband, die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, weist dementsprechend darauf hin, dass die bislang vorgesehene Regelung bei schubartig verlaufenden Erkrankungen zu erheblichen Nachteilen führen würde. Hier würden wir uns wünschen, dass ein schubförmiger Verlauf eine stärkere Berücksichtigung findet.

Darüber hinaus weist unsere Mitgliedsorganisation Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) darauf hin, es Schmerzzustände gibt, die weder auf eine Gewebeschädigung noch auf eine psychische Störung zurückzuführen sind. Dazu zählen u.a. primäre Kopfschmerzen wie der sog. Clusterkopfschmerz. Insoweit wird vorgeschlagen eine entsprechende Ergänzung bei Ziffer 1.2.12.1. vorzunehmen, etwa: „d) Schmerz der nicht bei a), b) oder c) zu verorten ist.“

Unser Mitgliedsverband, die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband, weist außerdem darauf hin, dass nicht einfach von Gewebeschädigung gesprochen werden sollte, sondern in Anlehnung an die AWMF Leitlinie von nozizeptivem und neuropathischem Schmerz sowie von funktionellem Schmerz.

**Zu Nummer 1.3:**

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass **zukünftig zu erwartende Gesundheits-störungen** nicht zu beachten sind (Nummer 1.3.7), es also vielmehr auf den jeweiligen Ist-Zustand ankommt. Unklar ist jedoch, welcher Zeitrahmen unter dem Begriff „zukünftig“ zu verstehen ist. In diesem Zusammenhang stellt sich nämlich die Frage, ob es einem Betroffenen zuzumuten ist, auch in dem Fall, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes typischerweise nach kurzer Zeit eintritt, einen erneuten Antrag auf GdB-Erhöhung (sog. Verschlimmerungsantrag) zu stellen. Diese Frage ergibt sich vor allem vor dem Hintergrund, dass umgekehrt nach Ziffer 1.3.6 bei Gesundheitsstörungen, deren Ausmaß im Verlauf regelhaft abnimmt, die Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde zu legen ist, die der voraussichtlich dauerhaft verbleibenden Teilhabebeeinträchtigung entspricht. In einem solchen Fall soll also durchaus die zukünftig zu erwartende Beeinträchtigung maßgeblich sein, m.a.W.: es wird im Ergebnis mit zweierlei Maß gemessen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE erscheint deshalb eine Regelung zweckmäßig, wonach künftige Entwicklungen (Verschlimmerungen wie auch Verbesserungen des Gesundheitszustandes) dann zu berücksichtigen sind, wenn sie zeitnah erfolgen und typischerweise mit einem bestimmten Krankheitsverlauf verbunden sind.

**Zu 1.3.2 ist ferner Folgendes anzumerken:**

Es ist schwer verständlich, dass die wissenschaftlichen Leitlinien hinter der Verordnung, die den Stand der Wissenschaft zu berücksichtigen hat, zurücktreten sollen.

**Zu 1.3.3 ist anzumerken:**

Hier muss ergänzt werden, dass die Asessmentinstrumente auch zur Begutachtung geeignet sein müssen. Funktionsbezogene standardisierte Test zielen oft auf Therapie- oder Rehaindikationen und sind nicht immer für die Begutachtung im Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe geeignet.

**Ferner merkt die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband zu 1.3.6 an:**

Die Regelung einer durchschnittlichen Teilhabebeeinträchtigung ist problematisch. Eine ggf. diffuse, nicht objektivierbare Aussicht auf Besserung sollte keinen geringeren GdB bewirken. Entscheidend ist hier die Beurteilung der nächsten 6 Monate. Ggf. muss nach 6 Monaten eine Neubewertung erfolgen.

Schubweise Verläufe, bei denen der Eintritt eines Schubes plötzlich und unvorhersehbar erfolgen kann bzw. bei denen jederzeit mit einem Schub zu rechnen ist, können eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe verursachen, auch wenn es Phasen einer geringeren Aktivität geben kann. Die Lebensführung muss sich jederzeit auf einen Schub einrichten. Hier befürchtet die Dt. Rheumaliga erhebliche Nachteile für die Patienten mit schubweise verlaufenden entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Ähnliches dürfte für andere Erkrankungen wie z.B. die MS gelten.

Der Begriff durchschnittlich ist nicht geeignet, eine korrekte Bewertung vorzunehmen. Es ist vielmehr auf die bestehende und zu erwartende Funktionsbeeinträchtigung die daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung in einem 6 Monatszeitraum abzustellen.

**Zu Nummer 2:**

Die zuvor genannten Aspekte wirken sich natürlich auch auf die GdB-Feststellung für den Zeitraum einer **Heilungsbewährung** aus. Da die bei Nummer 2 genannten Vorgaben keine näheren Angaben zur Bestimmung des konkreten Zeitraums der Heilungsbewährung enthalten, besteht aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Gefahr, dass die Dauer ohne objektiv nachprüfbare Maßstäbe festgelegt und vor allem fortlaufend geändert werden kann. Eine solche Möglichkeit würde aber dem ausdrücklich genannten Zweck widersprechen, „die Betroffenen von der Notwendigkeit zu entlasten, die zum Teil schwer einschätzbaren Beeinträchtigungen im physische, psychischen und sozialen Bereich im Einzelnen nachweisen zu müssen“ (2.1.1, Satz 3). Denn wenn etwa der Zeitraum der Heilungsbewährung zu kurz festgelegt wird, müsste der Betroffene eben doch den für ihn anstrengenden und belastenden Nachweis erbringen, dass die Voraussetzungen für die entsprechende GdB-Zuerkennung weiterhin vorliegen. Diese Gefahr besteht vor allem in dem bei Ziffer 2.3 a) aufgeführten Fall, dass eine sachgerechte Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung auch ohne Heilungs-bewährung möglich ist. Eine solche Regelung ebnet nach Einschätzung der BAG SELBSTHILFE den Weg, im Einzelfall auf eine Heilungsbewährung zu verzichten und dem Betroffenen die Nachweispflicht aufzuerlegen, dass einerseits die Voraussetzungen für eine Heilungsbewährung vorliegen und welche Beeinträchtigungen andererseits konkret gegeben sind. Das führt zu einer unzumutbaren Situation für den Betroffenen, der vor dem Hintergrund seiner schweren Erkrankung im Zweifel auf eine Geltendmachung seiner Ansprüche verzichten wird.

Die BAG SELBSTHILFE plädiert daher für klare Rahmenbedingungen, die eine mit einer Heilungsbewährung einhergehende GdB-Bewertung bei solchen Erkrankungen immer vorsieht, deren Verlauf typischerweise von der mit einer Behandlung einhergehenden Heilungsbewährung abhängig ist. Dabei ist als Regelfall ein GdB von mind. 50 v.H. für die Dauer von fünf Jahren vorzusehen und in der VersMedV festzulegen.

Darüber hinaus wird angeregt, im Falle medizinisch nicht behandel- bzw. therapiebarer Erkrankungen auf eine Heilungsbewährung zu verzichten und eine unbefristete GdB-Feststellung vorzunehmen.

**Zu Nummer 3:**

Im Zusammenhang mit der **Bildung des Gesamt-GdB** (Nummer 3.2) bleibt der Entwurf leider bei seinem bereits in den zuvor geführten Fachgesprächen von den Verbänden stark kritisierten Entschluss, dass grundsätzlich alle Gesundheits-störungen, die mit einem GdB von 10 oder 20 v.H. bewertet werden, unberücksichtigt bleiben. Nur in Ausnahmefällen sollen Gesundheitsstörungen mit einem GdB von 20 zu einer wesentlichen Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung führen. Dieses Ansinnen des Ministeriums bzw. des Sachverständigenrates irritiert insoweit, als es offenkundig in erster Linie auf rechnerische Zahlenmodelle ankommen soll und weniger um die Frage, ob und inwieweit mit den Gesundheitsstörungen eine Teilhabebeeinträchtigung verbunden ist. Letztlich muss jedoch allein diese ausschlaggebend sein für die Bewertung mit einem Gesamt-GdB.

Wenn darüber hinaus verschiedene Einschränkungen nach Teil B der VersMedV künftig geringer bewertet werden und hier ohnehin nur noch ein GdB von 10 oder 20 vorgesehen ist, bedeutet das eine zukünftige regelhafte Nichtberücksichtigung zahlreicher Einschränkungen, was so nicht hinnehmbar ist. Soweit ein GdB von 20 als Einzelwert zugrunde gelegt wird, ist nach der Regelung in 3.2.2.3 b) eine Berücksichtigung im Rahmen der Gesamt-GdB-Bildung nur nach eingehender Prüfung und Begründung zulässig. Auch diese zusätzliche Hürde lässt erkennen, dass es dem Verordnungsgeber ganz offensichtlich um eine generelle Absenkung des GdB-Wertes geht.

Das Erfordernis bei Nummer 3.2.2 Satz 2, wonach „zu prüfen ist, ob *überhaupt* und *gegebenenfalls* inwieweit die aus einer weiteren Gesundheitsstörung folgende Teilhabebeeinträchtigung das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung *wesentlich* erhöht“, ist dabei zusätzlich bedenklich. Denn diese Formulierung wird die Anwender der VersMedV – also insbesondere die ärztlichen Gutachter und den Bescheid erteilenden Mitarbeiter der Versorgungsämter bzw. Ämter für Soziale Angelegenheiten – vermutlich dazu veranlassen, mit einer Erhöhung äußerst restriktiv umzugehen.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher, bei einer regelhaften Berücksichtigung eines Einzel-GdB von 20 v.H. bei der Bildung eines Gesamt-GdB zu verbleiben. Ausschlaggebend hierfür müssen letztlich die konkreten Teilhabeeinschränkungen beim Betroffenen sein, was von der Behörde schon von Amts wegen zu prüfen ist.

**Zu Nummer 6:**

Die im Falle einer Befristung bestehende Verpflichtung der zuständigen Behörde, in geeigneter Wiese auf die Rechtsfolgen der Befristung des Bescheides hinzuweisen (Nummer 6.1.3) wird zwar grundsätzlich begrüßt. Wir halten es jedoch für zusätzlich erforderlich, zunächst eine Überprüfung, ob und inwieweit die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, von Amts wegen vorzusehen. Denn auch nach der Regelung in 6.1.2 wird dem Betroffenen auferlegt, einen Neuantrag zu stellen und die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Das ist – wie oben bereits dargelegt – gerade im Falle einer Heilungsbewährung für den Betroffenen aber nur selten zumutbar.

Die Einführung einer Befristung ist abzulehnen. Die bisherige Regelung, nach der der Schwerbehindertenausweis eine Gültigkeitsdauer haben kann, ist ausreichend. Eine Befristung führt zu einem automatischen Auslaufen einer GdB Anerkennung. Dadurch können insbesondere bei Menschen Lücken entstehen, die nicht in der Lage sind, rechtzeitig einen Neuantrag zu stellen. Die Initiative wird hiermit auf den Betroffenen verlagert. Eine entstehende Lücke bei der Zuerkennung eines GdB kann sich vor allem bei arbeits- und rentenrechtlichen Vorgängen als problematisch erweisen (vorzeitiger Ruhestand, Gleichstellung etc.). Ein solches Risiko ist zu vermeiden.

Der bei Nummer 6.4 geregelte Bestandsschutz, auf den das BMAS auch in seinem Anschreiben ausdrücklich hingewiesen hatte, erscheint im Hinblick auf die Kürze der dort enthaltenen Übergangsfrist nur wenig geeignet, dem entsprechenden Schutzbedürfnis der Betroffenen hinreichend zu entsprechen. Denn die vorgesehene Frist bis zum 31.12.2022 würde nicht einmal für eine regelhafte fünfjährige Befristung ausreichen, wenn ein Betroffener zum jetzigen Zeitpunkt seinen Bescheid erhält. Die BAG SELBSTHILFE fordert daher einen unbefristeten Bestandschutz für alle bis zum Inkrafttreten der neuen VersMedV bestehenden Rechtsverhältnisse.

Von Seiten unserer Mitgliedschaft wird zudem eine ergänzende Regelung bei Ziffer 6 gefordert, wonach die Bewertung einer bestimmten Behinderungs- oder Erkrankungsart von einem entsprechenden Facharzt vorzunehmen ist, da nur so die erforderliche Kompetenz bei der Beurteilung der Auswirkungen der Erkrankung zutreffend beurteilt werden könne. Dies gilt zumindest für seltene Erkrankungen oder für das Vorliegen komplexer medizinischer Sachverhalte.

**3. Teil B**

**Zu Nummer 4:**

Zu begrüßen ist, dass die „hochgradige Sehbehinderung“ künftig wieder ausdrückliche Erwähnung in der VersMedV finden soll. Auch die Hervorhebung durch Verankerung des Begriffs in der Überschrift zu Nummer 4.2 findet unsere Zustimmung.

…

**Zu Nummer 16:**

a) Es wird kritisiert, dass bei Ziffer 16 die sog. **Haarzell-Leukämie** nach wie vor keine ausdrückliche Erwähnung findet. Insoweit weist unser Mitgliedsverband Haarzell-Leukämie-Hilfe e.V darauf hin, dass es sich hierbei um eine seltene Erkrankung handelt, deren Einordnung jedoch auch dementsprechend untereinheitlich erfolgt. Vor allem bei der GdB-Bewertung reichen die Feststellungen von 0 v.H. bis 100 v.H. Hilfreich sei die 2009 erfolgte Aufnahme der generalisierten niedrigmalignen Non-Hodgin-Lymphome gewesen. Im vorliegenden Entwurf werden die einzelnen Krankheitsbilder darüber hinaus differenziert aufgeführt.

Auch wenn nachvollziehbar sei, dass die Haarzell-Leukämie aufgrund ihrer Seltenheit keinen eigenen Abschnitt bzw. keine ausdrückliche Erwähnung in der VersMedV finden könne, so seien jedoch ergänzende Hinweise bei Punkt 16.3.1 sehr hilfreich für eine fundierte Einordnung dieser Erkrankung. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Haarzell-Leukämie nur palliativ behandelt werden kann und die Einschränkungen etwa dem Abschnitt 16.3.1, CLL entsprechen. Die dort angegebenen Kriterien seien direkt übertragbar, soweit die Binet-Stadien unberücksichtigt bleiben. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen:

Bei geringen Krankheitsauswirkungen und ohne Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 10 – 20, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

Bei mäßigen Krankheitsauswirkungen und ohne Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 30 – 40, je nach Müdigkeit und Leistungsminderung.

Bei Behandlungsbedürftigkeit und starken Auswirkungen (insbesondere bei Hb < 10,0g/dl, Thrombozyten < 100000/µl, rezidivierende Infekte, deutliche B-Symptomatik) beträgt der GdB 50 – 80, je nach Therapieintensität, Begleitsymptomatik und Nebenwirkungen der Therapie.

Bei Progression unter systemischer Therapie beträgt der GdB 100.

Nach Erreichen einer Remission ohne aktuelle Behandlungsbedürftigkeit beträgt der GdB 30 – 50, je nach Ausmaß der Remission sowie Auswirkungen der dauerhaft verbleibenden Gesundheitsstörung, wie insbesondere Müdigkeit und Leistungsminderung.

b) Ferner wird zu den Beeinträchtigungen von Patientinnen und Patienten mit autologer Stammzelltransplantation auf Folgendes hingewiesen:

 Bei einigen verbleibt nach der autologen Stammzelltransplantation ein GdB von 30 (Myelom, diffus großzelliges B-Zell-Lymphom), bei anderen nicht (Hodgkin, follikuläres Lymphom).

Da die Therapie unabhängig von der Entität ähnlich gravierende Folgen hat, regen wir eine Vereinheitlichung an. Sinnvollerweise sollte dies insbesondere unter 16.9.1 erfolgen, wo es ja explizit um die autologe Stammzelltransplantation geht (entitätsübergreifend).

c) Wir regen des Weiteren an, das Burkitt-Lymphom (16.5.2) den akuten Leukämien zuzuordnen (16.7), da das Burkitt-Lymphom in Deutschland angelehnt an Protokolle bei der ALL behandelt wird.

d) Die PNH (Paroxysmale Nächtliche Hämoglobinurie) sollte im Bereich Aplastische Anämie bzw. MDS angesiedelt werden (16.10.3 bzw. 16.8), wobei durch thromboembolische Ereignisse, intensivierte Therapie oder Therapieresistenz je nach Auswirkung ein höherer GdB gerechtfertigt wäre.

e) Bei der CML (16.6.1.3) tauchten in der Praxis die Rückfragen auf, wann genau man von fehlender Remission spricht (z.B. nicht tiefer als 0,1% oder nicht tiefer als 1%) und wann genau man von einem Rezidiv spricht (z.B. Vorhandensein des bcr-abl-Transkripts, wenn es mal weg war oder MR3, wenn man schon mal MR4 hatte)?

Auch wurde – allgemein - die Frage gestellt, unter welchem Punkt man Fatigue geltend machen kann. Das ist ein häufiges Problem bei hämatologischen Systemerkrankungen.

Dieser Abschnitt des Verordnungsentwurfs ist daher dringend überarbeitungsbedürftig

**Zu Nummer 19.3:**

Die Tatsache, dass im Falle eines Kleinwuchses nunmehr geringere Abstufungen vorgesehen sind, mag zwar im Hinblick auf die damit verbundene Übersichtlichkeit begrüßenswert sein. Soweit dann aber bei einer Körpergröße zwischen 145 und 150 Zentimeter der GdB nur 10 und bei einer Körpergröße zwischen 140 bis 145 Zentimeter der GdB nur 20 betragen soll, bedeutet das eine künftige Nichtberücksichtigung im Rahmen der Gesamt-GdB-Bildung, wenn weitere Funktionseinschränkungen hinzukommen. Faktisch würde eine Berücksichtigung also erst bei einer Körpergröße von 140 oder weniger Zentimeter stattfinden. Das würde faktisch also gleichfalls eine nicht hinnehmbare Absenkung des GdB bedeuten.

Ferner weist die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband im Einzelnen auf Folgende Defizite des Entwurfs hin:

In Teil B Kap 19 finden sich zahlreiche Erniedrigungen des GdB (meist um 10) bei wenigen Erhöhungen. Dies erfolgt unter der Voraussetzung, dass in diesen Fällen Mindest-GdB benannt werden, die je nach Teilhabebeeinträchtigung erhöht werden können. Die Dt. Rheumaliga befürchtet, dass von dieser Regelung nur wenig Gebrauch gemacht werden wird, da die Kriterien dafür unklar bleiben und es im Zweifelsfalle dem Patienten obliegt, eine besondere Betroffenheit darzulegen. Das fällt oft schwer, da es sich um Darlegungen zu psychosozialen Problemen im privaten oder beruflichen bzw. schulischen Bereich handelt (Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe), deren Preisgabe eine erhebliche psychische Barriere darstellt und zudem schwer belegbar ist. Insbesondere werden die Darlegungen der behandelnden Ärzte dazu in der Regel wenig aussagen können. Deshalb sollten die GdB gegenüber der bisherigen Fassung weitgehend beibehalten werden. Ferner sind in der Verordnung selbst die Kriterien einer Erhöhung deutlicher zu fassen.

Unklar bleibt, wann ein Mindest-GdB angegeben wird und wann nicht: Wenn generell auf die optimale Versorgung bzw. Funktion abgehoben wird, dann sollte klargestellt werden, das es sich in den meisten Fällen um Mindest-GdB handelt oder das mindestens sollte auch bei den Funktionsstörungen eingefügt werden, wo die Versorgung eine erhebliche Rolle spielt (s.u.)

Zu berücksichtigen ist auch, dass erniedrigte Gdb einen erheblichen Einfluss auf die Bildung des Gesamt GdB sowie für die Nachteilsausgleiche haben können.

In diesem Zusammenhang sind insbesondere folgende Festlegungen kritisch zu bewerten bzw. ggf. zu ergänzen:

**Zu 19.5.2:**

Bei den Funktionsstörungen der Halswirbelsäule, die oft mit Kopfschmerzen einhergehen, muss ausdrücklich auf mögliche Beeinträchtigungen im Bereich Lernen und Wissensanwendung sowie auf die Beeinträchtigung des Autofahrens und der Maschinenbedienung hingewiesen werden.

**Zu 19.6.3. und 19.6.4:**

Wenn freies Gehen außerhalb des Zuhauses stark beeinträchtigt oder gerade noch möglich ist, müssen zumindest ab einer gewissen Gehstrecke (z.B. 500 m) Hilfsmittel benutzt werden. In diesen Fällen ist ein GdB von 30-40 unzureichend und ein GdB von 50 angemessen.

Dementsprechend ist der GdB auch bei stark eingeschränktem Gehvermögen unterhalb von 500 m mit einem GdB von 50- 60 zu bewerten. Im Verhältnis von .3 und .4 klafft sonst eine Lücke in der Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigungen.

**Zu 19.9.9.6 :**

Die Verknüpfung zwischen a-d sollte generell klarstellend durch ein „oder“ erfolgen.

**Zu 19.9.10.4:**

Hier ist ein „mindestens“ einzufügen, da die Nutzungsmöglichkeit des Beines von der orthetischen Versorgung abhängt, die nicht selten nicht oder nur unzureichend gelingt.

**Zu 19.11.6.4:**

Der GdB ist hier zu niedrig bemessen: Immerhin bedeutet die Funktionsbeeinträchtigung, dass der Betroffene ohne Hilfsmittel nicht laufen kann. Das gilt i.Ü. auch für die Notwendigkeit einer Abstützung unterhalb des Kniegelenkes. Von daher ist ein GdB von 50 angemessen, zumindest aber mindestens 40.

**Zu 19.13.4:**

Der GdB ist hier auch von der Möglichkeit der orthetischen Versorgung abhängig und davon, ob der Betroffene ohne Orthese noch laufen kann. Deshalb ist höchstens zu streichen und ein mindestens einzufügen.

**Zu 19.7.1.1:**

Hier sind die unbedingt sämtliche Lebensbereiche aufzuführen, so z.B. auch die schulische und berufliche Teilhabe.

**Zu 19.7.5.7:**

Ein GdB bei einem Verlust im Unterschenkel ist stets nicht unter einem GdB von 50 zu bewerten, wenn alle Lebensbereiche tatsächlich berücksichtigt werden. Insgesamt fällt auf, dass die bisherigen GdB-Werte teilweise deutlich abgesenkt werden. So wird etwa der Verlust eines Beins im Unterschenkel statt bisher mit einem GdB von 60 nunmehr nur noch mit einem GdB von 40 bewertet, was zugleich bedeutet, dass die entsprechende Funktionsbeeinträchtigung keine Schwerbehinderung mehr darstellt. Gleiches gilt etwa für den Verlust von zwei bzw. drei Langfingern und dem Daumen der gleichen Hand, bei dem sich der GdB von 50 auf 40 verringern soll. Soweit sogar der Verlust sämtlicher Zehen eines Fußes künftig nur noch mit einem GdB von 10 bewertet werden soll, ist dies weder nachvollziehbar noch hinnehmbar.

**Zu19.8.6.3:**

Der GdB von 70 bei Versteifung beider Kniegelenke in günstiger Stellung wird den tatsächlichen Beeinträchtigungen (Sitzen, Aufstehen etc.) bei Berücksichtigung aller Lebensbereiche nicht gerecht. Er sollte zumindest 80 betragen.

**Zu 19.8.7.5:**

Eine ungünstige Stellung des oben und unteren Sprunggelenkes bedeutet eine erhebliche Beeinträchtigung beim Laufen ohne Schuhe, kann dies sogar unmöglich machen. Entscheidend ist hier die Möglichkeit der orthetischen oder Schuhversorgung. Deshalb sollte hier ein Mindest GdB angegeben werden.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher den Verordnungsgeber mit Nachdruck auf, von geplanten GdB-Reduzierungen in den bei Teil B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze enthaltenen Angaben Abstand zu nehmen. Das gilt umso mehr als die Absenkung in vielen Fällen zu einer Einschränkung bei Folgeansprüchen führt, die wiederum mit erheblichen Teilhabeeinschränkungen verbunden sein können.

Düsseldorf, den 24.09.2018