

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Entwurf einer Sechsten Verordnung zur Änderung der
Versorgungsmedizin-Verordnung

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 02.05.2025

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Verordnungsentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Bei der Feststellung der Behinderung richtet sich das Versorgungsamt beziehungsweise die nach Landesrecht zuständige Behörde nach der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) und der Anlage zu § 2 der Verordnung, den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG). Die VMG werden seit vielen Jahren grundlegend überarbeitet. Sie enthalten die Grundsätze für die versorgungsmedizinische Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und im sozialen Entschädigungsrecht.

Nach § 153a SGB IX hat die Überarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze teilhabeorientiert auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der Medizintechnik unter Berücksichtigung versorgungsmedizinischer Erfordernisse zu erfolgen.

Mit dem nun vorliegenden Entwurf für Teil A sollen die „Gemeinsamen Grundsätze“ der Begutachtung geändert werden. Teil A der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist als Bestandteil der Versorgungsmedizin-Verordnung für Gutachter und Gerichte rechtlich bindend und muss bei allen entsprechenden Bewertungen und Entscheidungen angewendet werden.

Mit dem neuen Teil A werden die bisherigen Regelungen neu strukturiert und insgesamt klarer und sprachlich verständlicher gestaltet.

- Die Vorbemerkung zu Teil A wird geändert
- Teil A Nr. 1 fasst künftig die Regelungen zur Bemessung des Grades der Behinderung (GdB) und des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) zusammen und erläutert sie schrittweise. Er enthält auch die Regelungen zu den Bewertungen psychischen Begleiterscheinungen und Schmerzen, die über das übliche Maß hinausgehen, wenn diese nicht im GdB selbst berücksichtigt sind.
- Teil A Nr. 2 regelt die Grundsätze zur Heilungsbewährung nach Krebserkrankungen, die bisher in den allgemeinen Hinweisen zu Teil B zu finden war.
- Teil A Nr. 3 enthält die Regelungen zur Bildung eines Gesamt-GdB bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen.

Die bisherigen Abschnitte Nr. 4 (Hilflosigkeit), Nr. 5 (Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen), Nr. 6 (Blindheit und hochgradige Sehbehinderung) und Nr. 7 (Wesentliche Veränderung der Verhältnisse) bleiben bestehen – ggf. vorbehaltlich künftiger Änderungsverordnungen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass zunächst eine Überarbeitung von Teil A erfolgt. Teil A legt die methodischen und systematischen Grundsätze fest, nach denen Bewertungen vorzunehmen sind und bildet das Fundament für die Anwendung und Auslegung der weiteren Teile der Anlage, insbesondere des indikationsspezifischen Teils B der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Erst wenn Teil A konsentiert und in Kraft getreten ist, ergibt die weitere Überarbeitung von einzelnen Kapiteln in Teil B Sinn.

Die Weiterentwicklung und Modernisierung der Versorgungsmedizin-Verordnung und ihrer Anlage hält der VdK grundsätzlich für richtig. Änderungen der versorgungsmedizinischen Grundsätze müssen nach Ansicht des VdK von einem breiten gesellschaftlichen Grundkonsens getragen sein, denn Änderungen können Folgen für Millionen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Deutschland bedeuten.

Der VdK begrüßt sehr, dass mit dieser Überarbeitung von Teil A keine breiten GdB-Absenkungen zu befürchten sind, wie dies bei früheren Überarbeitungsversuchen noch der Fall war. So wird im vorliegenden Entwurf auf die generelle Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder Gebrauchsgegenständen, der Zugrundelegung eines „bestmöglichen Behandlungsergebnisses“ oder einer „bestmöglichen Hilfsmittelversorgung“ verzichtet. Auch

wurde dieses Mal auf die generelle Befristung von GdB und auf die Verschiebung der Darlegungs- und Beweislast zu Lasten der Antragstellenden verzichtet.

Der VdK warnt allerdings davor, dass entsprechende Regelungen mit den nach sich ziehenden Verschlechterungen bei der künftigen Überarbeitung der indikationsspezifischen Kapitel von Teil B erneut aufgerufen und eingebracht werden könnten.

Der vorliegende Entwurf orientiert sich weitgehend an der bisherigen Rechtsgrundlage, so dass es weder zu Veränderungen beim Personenkreis noch zu generellen Verschlechterungen bei der GdB-Feststellung kommen dürfte.

Die neue Systematik ist übersichtlicher und inhaltlich an vielen Stellen gestrafft. Noch klarer wäre die Struktur, wenn in Abschnitt Nr. 1 die GdB-/GdS-Bildung, unter Nr. 2 die Gesamt-GdB-Bildung und unter 3. die Heilungsbewährung behandelt würden.

Bei der gesonderten Berücksichtigung von über das übliche Maß hinausgehenden psychischen Begleiterscheinungen (1.3.1 und 1.3.3) und Schmerzen (1.3.2) sieht der VdK durch die jetzt in der Verordnung explizit festgelegte Notwendigkeit einer ICD-Diagnose allerdings eine unnötige Erschwernis für die Antragstellenden. Die Möglichkeit, den GdB in geeigneten Fällen anzuheben entfällt.

Das Festhalten am Konstrukt der Heilungsbewährung und die Beibehaltung der jetzigen rechtlichen Regelungen begrüßt der VdK.

Die Regelungen zur Gesamt-GdB-Bildung sind im Wesentlichen gleichgeblieben. Der Entwurf enthält eine Verbesserung für Menschen mit schnell fortschreitenden Erkrankungen. Es wird als Abweichung von der Regel klargestellt, dass auch innerhalb der ersten sechs Monate sich rasch verschlechternde Teilhabebeeinträchtigungen berücksichtigt werden können.

Es fehlt eine Regelung für die Ausnahmefälle, in denen ein besonderes Interesse an einer rückwirkenden Feststellung gemäß § 152 Abs. 1 glaubhaft gemacht wird.

Darüber hinaus schlägt der VdK im Sinne einer besseren Transparenz und höheren Akzeptanz vor, dass die Beschlüsse des Beirats zu den Änderungen erläutert und mitveröffentlicht werden, wie dies z. T. mit der Gesetzesbegründung vorliegt. Dass der Titel (Seite 3 oben) „Verordnung zur Änderung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung und der Versorgungsmedizin-Verordnung“ lautet, dürfte ein redaktionelles Versehen sein.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu einzelnen ausgewählten Punkten des Verordnungsentwurfs Stellung.

2.1. Vorbemerkung Teil A neu

Die Vorbemerkung zu Teil A ist ausführlicher als in der aktuell gültigen Version. Sie stellt den Bezug zum Verständnis von Behinderung nach der UN-BRK und dem SGB IX dar. Sie legt dar, dass die verwendeten Begriffe sich an den Definitionen der Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren. Mit dem verwendeten Begriff der Teilhabe ist immer die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft gemeint.

Als Maß für die Teilhabebeeinträchtigung wird in den neu gefassten Teilen der Verordnung einheitlich die Abkürzung GdB verwendet, in den noch nicht überarbeiteten Teilen einheitlich die Abkürzung GdS, wie bisher.

Die Anwendung der ICF in der Versorgungsmedizin-Verordnung stößt allerdings an ihre Grenzen. So umfasst die ICF explizit die Dimension „Arbeit und Beschäftigung“ als Teil der Komponente „Aktivitäten und Teilhabe“, während nach der VersMedV nach wie vor der ausgeübte oder angestrebte Beruf ausdrücklich nicht im GdB berücksichtigt wird. Einer Feststellung einer Behinderung oder Schwerbehinderung liegt, anders als im Leistungsrecht, bei dem es um den individuellen Bedarf geht, eine Typisierung zugrunde. Die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt zu Recht keine individuellen Kontextfaktoren und legt eine standardisierte Umwelt zugrunde: gleiche Beeinträchtigungen und Schädigungen sollen mit gleichem GdB oder GdS bewertet werden. Bei fast jedem zehnten Deutschen ist die Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von mindestens 50 anerkannt. Diese Massenverfahren müssen für die oft unterbesetzten Versorgungsverwaltungen praktikabel bleiben.

Bewertung des VdK

Der VdK begrüßt die Neufassung der Vorbemerkung, ihren erläuternden und klarstellenden Charakter.

Der VdK hätte zusätzlich die Aufnahme einer Zielsetzung begrüßt, nach der die Festlegung der Regelungen zur versorgungsmedizinischen Begutachtung im Schwerbehindertenrecht der bestmöglichen Umsetzung der Rechte und der Nachteilsausgleiche behinderter Menschen nach dem Schwerbehindertenrecht dient und gleichermaßen der Gewährleistung der sozialen Sicherung der Menschen, die durch Gewalttaten oder andere Ereignisse einen Entschädigungsanspruch haben.

2.2. Gesonderte Berücksichtigung von psychischen Begleiterscheinungen, die nicht im GdB berücksichtigt werden (1.3.1 neu)

Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome als Begleiterscheinungen von Gesundheitsstörungen werden im GdB grundsätzlich berücksichtigt. Sind die psychischen Begleiterscheinungen aber erheblich höher, als aufgrund der körperlichen Veränderungen zu erwarten wäre und erfüllen sie die Kriterien einer eigenständigen Diagnose aus der ICD, liegt eine Komorbidität vor. Dann sind Störungen des psychischen Empfindens oder psychische Begleiterscheinungen getrennt zu ermitteln. Aus den Einzel-GdB ist dann ein Gesamt-GdB zu ermitteln.

Bewertung des VdK

Die Regelung entspricht weitgehend, allerdings nicht vollständig den bisherigen Formulierungen.

Neu ist, dass bei erheblich stärkeren psychischen Begleiterscheinungen die Gutachter nicht mehr einen höheren GdB zuerkennen können, so wie es die bisherige Formulierung „so ist ein höherer GdB gerechtfertigt“ ermöglicht. Künftig müssen Antragstellende eine ICD-Diagnose beibringen, was in der Praxis für Betroffene mit Problemen verbunden sein kann. Menschen mit psychischen Problemen haben häufig Schwierigkeiten, eine ICD-10-Diagnose zu erhalten, weil die Diagnose auf einer symptom-basierten Klassifikation beruht, die eine genaue und systematische Erfassung der Beschwerden sowie deren Abgrenzung zu anderen Störungen verlangt. Zudem ist die Diagnosestellung abhängig von der Erfahrung und Schulung der Fachkräfte, die die ICD-10-Kriterien anwenden müssen. Gerade im

hausärztlichen Bereich oder bei unspezifischer Symptomatik kann es zu Fehldiagnosen oder zu fehlenden Diagnosen kommen.

Den Mehraufwand sowohl für die Betroffenen und die Einschränkung der bisherigen Möglichkeiten der Gutachter hält der VdK für eine unnötige Erschwernis. Es wird darauf zu achten sein, wie sich diese Regelung in der Praxis der Begutachtung entwickelt und angewendet wird.

Bedauerlich ist, dass im neuen Text die Formulierung „Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen“ entfallen ist. Da auch bei erfahrenen Gutachtern die Gefahr besteht, die eigene Begutachtungspraxis zum Vergleichsmaßstab werden zu lassen, schlägt der VdK vor, eine entsprechende Klarstellung an dieser oder einer anderen Stelle wieder mit aufzunehmen.

2.3 Gesonderte Berücksichtigung von Schmerzen (1.3.2 neu)

Übliche Schmerzen als Symptom einer Gewebeschädigung, auch besonders schmerzhafte Zustände werden im GdB berücksichtigt. Sind die Schmerzen allerdings erheblich höher, als aufgrund der körperlichen Veränderungen zu erwarten wäre, und erfüllen sie die Kriterien einer eigenständigen ICD-Diagnose, liegt eine Komorbidität vor. Auch in diesen Fällen ist dann ein Einzel-GdB für unüblich starke Schmerzen getrennt zu ermitteln und im Rahmen der Gesamt-GdB-Ermittlung zu berücksichtigen. In der Begründung zum Verordnungsentwurf werden exemplarisch Schmerzen nach Nervenschädigungen und stark ausgeprägte Stumpfbeschwerden nach Amputationen genannt.

Bewertung des VdK:

Diese Regelung entspricht ebenfalls weitgehend, aber nicht vollständig, den bisherigen Formulierungen in Teil A.

Auch hier sieht der VdK einen erschwerenden Aspekt darin, dass die dann getrennt zu bewertenden Schmerzen eine ICD-Diagnose erfordern und den bisher vorhandenen Ermessensspielraum der Gutachter einschränken, in solchen Fällen einen höheren GdB anzusetzen.

Für Schmerzpatienten ist es oft schwierig, eine präzise ICD-Diagnose zu erhalten, insbesondere nach der bisherigen Systematik der ICD-10, die zwischen somatischen und psychischen Schmerzursachen unterscheidet. In der Praxis ist diese Trennung oft schwer,

weil chronische Schmerzen meist durch ein Zusammenspiel von körperlichen und psychosozialen Faktoren entstehen. Die Zuordnung zur „richtigen“ Diagnose ist daher häufig unklar und erschwert sowohl die Anerkennung als auch die Behandlung. Erst mit der ICD-11 wird es erstmals ein eigenes Kapitel für chronische Schmerzen geben, das eine biopsychosoziale und systematische Klassifikation ermöglicht. Zwar ist die ICD-11 seit dem 1. Januar 2022 international in Kraft, aber in Deutschland gilt weiterhin die ICD-10-GM als verbindlicher Standard für die Kodierung von Diagnosen. Die ICD-11 ist in Deutschland noch nicht offiziell eingeführt und wird derzeit im klinischen Alltag von Ärztinnen, Ärzten und Psychiatern noch nicht regelhaft angewendet.

2.4 Gesonderte Berücksichtigung psychische Begleiterscheinungen bei Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes (1.3.3 neu)

Die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes wird im GdB berücksichtigt, soweit in Teil B nicht anders angegeben. Sind die psychischen Begleiterscheinungen erheblich höher, als aufgrund der Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu erwarten wäre, gilt die Regelung der gesonderten Berücksichtigung von psychischen Begleiterscheinungen nach Nr. 1.3.1.

Bewertung des VdK

Die Regelung entspricht der jetzigen Rechtslage. Der VdK begrüßt grundsätzlich, dass psychische Begleiterscheinungen bei Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes nun unter einem eigenen Punkt geregelt werden und nicht mehr nur wie bisher als Beispiel aufgeführt werden. Auch hier ist wie zu Nr. 1.3.1 und Nr. 1.3.2 anzumerken, dass die Antragsstellenden eine ICD-Diagnose beizubringen haben und dies aus oben genannten Gründen eine Erschwernis darstellen kann.

2.4 gesonderte Berücksichtigung von außergewöhnlichen Behandlungsfolgen oder Begleiterscheinungen einer Behandlung (1.3.4 neu)

Die typischerweise mit der Behandlung einhergehenden Folgen oder Begleiterscheinungen werden im GdB berücksichtigt. Bei außergewöhnlichen Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung ist ein höherer GdB gerechtfertigt.

Bewertung des VdK:

Die Regelung galt bisher nur für Begleiterscheinungen der Behandlungen bei Erkrankungen mit einer Heilungsbewährung (Transplantationen innerer Organe, Krebserkrankungen etc.).

Der VdK begrüßt die Klarstellung, dass auch außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung aller anderen Gesundheitsstörungen getrennt zu berücksichtigen sind und einen höheren GdB rechtfertigen.

2.4 Kein Rückschluss von GdB auf Leistungsfähigkeit, Besitzstandswahrung nach SGB IX (1.5)

Aus dem GdB ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen. Individuelle Gegebenheiten wie zum Beispiel der ausgeübte oder angestrebte Beruf sowie die Wohnsituation sind nicht zu berücksichtigen.

Die Besitzstandswahrung nach § 142 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt in Bezug auf eine Erhöhung des GdS nach § 30 Absatz 2 des Bundesversorgungsgesetzes unberührt.

Bewertung des VdK:

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht.

Der VdK begrüßt, dass hier eine Regelung zur Besitzstandswahrung für das Soziale Entschädigungsrecht aufgenommen wurde, die klarstellt, dass bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss.

2.5 Abschnitt 2 Heilungsbewährung (2.1 – 2.6 neu)

Die Heilungsbewährung, bisher in Teil B der VMG geregelt, wird in Teil A gezogen. Unter „Heilungsbewährung“ versteht man in der Versorgungsmedizin den Zeitraum nach der Behandlung bestimmter schwerwiegender Krankheiten – insbesondere nach Transplantationen innerer Organe oder nach der Therapie bösartiger Tumore –, in dem abgewartet werden muss, ob die Erkrankung dauerhaft überstanden ist oder ein Rezidiv (Rückfall) auftritt. Während dieser Zeit besteht ein erhöhtes Risiko für Rückfälle oder Komplikationen, weshalb der Grad der Behinderung (GdB) vorübergehend höher angesetzt wird, als es die tatsächlich bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen allein rechtfertigen würden.

Die Heilungsbewährung dauert je nach Erkrankung in der Regel zwei bis fünf Jahre. Ziel der Heilungsbewährung ist es, durch eine pauschale Bewertung des GdB vor allem transplantierten sowie krebserkrankten Menschen unmittelbar nach Diagnosestellung und Behandlungsbeginn rasch und ohne aufwendige Ermittlungen zunächst unterschiedslos einen GdB von mindestens 50 und damit den Schwerbehindertenstatus zuzubilligen. In höheren Krankheitsstadien und bei aufwendigeren Transplantationen wie z. B. Herz-Lungen-Transplantationen ist im Allgemeinen ein GdB von 80 zuzuerkennen.

Bewertung des VdK:

Der VdK begrüßt, dass der Sachverständigenrat und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales am bewährten rechtlichen Konstrukt der Heilungsbewährung festhalten. Rechtlich gibt es keinerlei Verschlechterung für die Betroffenen.

Die Regelungen zur Heilungsbewährung sind jetzt übersichtlicher strukturiert.

Das bisher in Teil B Nr. 1 d geregelte Carcinoma in situ der Brustdrüse und das Carcinoma in situ der Harnblase (nicht invasive und lokal begrenzte Krebsvorstufen, bei rechtzeitiger Behandlung fast immer heilbar) entfallen, weil diese bereits gleichlautend in Teil B Abschnitt 14 und 12 geregelt sind.

In der Begründung wird klargestellt, dass trotz der Pauschalierung die Versorgungsbehörden verpflichtet sind besonders gelagerten Einzelfallkonstellationen Rechnung zu tragen und außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen sind.

2.3. Bildung des GdB bei Vorliegen mehrerer Gesundheitsstörungen (3.1 und 3.2 neu)

In einem ersten Schritt ist der GdB für ein Funktionssystem in Teil B zu ermitteln. Liegen mehrere Gesundheitsstörungen in diesem Funktionssystem vor, so ist zunächst hierfür ein Gesamt-GdB nach den entsprechenden Regeln zu ermitteln.

Liegen Beeinträchtigungen der Teilhabe aufgrund der Störung mehrerer Funktionssysteme vor, gehen die einzeln für die jeweiligen Funktionssystem ermittelten Gesamt-GdB in einen dann im zweiten Schritt zu ermittelnden Gesamt-GdB mehrerer Funktionssysteme ein.

Ausgehend vom höchsten Einzel-GdB wird dann unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen zueinander geprüft, ob und inwieweit die aus einer weiteren

Gesundheitsstörung folgende Teilhabebeeinträchtigung das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung wesentlich verstärkt, also eine Erhöhung des Gesamt-GdB um mindestens 10 bewirkt. Berechnungsmethoden wie zum Beispiel Addition oder Mittelung sind nicht zulässig.

Bewertung des VdK

Die Regelung entspricht der bisherigen Praxis. Positiv ist aus Sicht des VdK, dass bei der Prüfung des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung klargestellt wird, dass für eine wesentliche Verstärkung der Gesamtbeeinträchtigung eine Erhöhung von 10 ausreicht und nicht mehr, wie nach der bisherigen Fassung „zehn oder zwanzig oder mehr“.

2.4 Berücksichtigung von Einzel-GdB von 10 und 20 (3.5 neu)

Zusätzliche leichte Funktionsbeeinträchtigungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, führen nicht zu einer Gesamt-GdB-Erhöhung, auch nicht, wenn mehrere leichte Funktionsbeeinträchtigungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung zu schließen. Dies ist jedoch in jedem Fall zu prüfen.

Bewertung des VdK

Dass Einzel-GdB von 10 in der Regel nie und Einzel-GdB von 20 sich häufig nicht erhöhend auf den Gesamt-GdB auswirken, entspricht der jetzigen Rechtslage und Praxis.

Dass leichte Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht rechtfertigen würden, auf eine Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung zu schließen, sieht der VdK allerdings kritisch. In der Praxis der VdK-Rechtsschutzstellen gibt es immer wieder Fälle, in denen es einen Einsatz-GdB von 30 gibt und zwei oder mehrere weitere Einzel-GdB, die mit 20 bewertet werden. Als Gesamt-GdB wird dann nur ein GdB von 30 beschieden.

Häufig müssen Betroffene dann Rechtsmittel und Klage einlegen und bekommen erst im gerichtlichen Verfahren wegen der sich gegenseitig negativ bedingenden Beeinträchtigungen dann doch einen höheren Gesamt-GdB als 30 zuerkannt.

Auch wenn das Additionsverbot gilt, so muss doch anerkannt werden, dass bei Menschen mit mehreren leichten und mittelgradigen Beeinträchtigungen, die jeweils nur einen GdB von 20 bedingen, in der Gesamtschau von einer höheren Teilhabebeeinträchtigung im Alltag

auszugehen ist. Daher hätte der VdK es begrüßt, wenn die Rechtsprechung zugunsten der Antragstellenden hier mit eingearbeitet worden wäre. Positiv ist daher der Zusatz zu bewerten, dass auch bei Einzel-GdB von 20 in jedem Fall zu prüfen ist, ob dies eine höhere Teilhabebeeinträchtigung nach sich ziehen kann.

2.4 Zukünftig zu erwartende Funktionsbeeinträchtigungen (3.6)

Zukünftig zu erwartende Funktionsbeeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

Jedoch sind Teilhabebeeinträchtigungen, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb von sechs Monaten schnell fortschreiten, gemäß den Vorgaben in Teil B bereits bei der GdB-Bewertung zu berücksichtigen.

Bewertung des VdK:

Auch bisher werden nach geltender Rechtslage zukünftig zu erwartende Funktionsbeeinträchtigungen nicht berücksichtigt.

Der VdK begrüßt die Klarstellung, dass in Ausnahmefällen von diesem Grundsatz abzuweichen ist und auch innerhalb der ersten sechs Monate sich rasch verschlechternde Teilhabebeeinträchtigungen berücksichtigt werden können. Das kann bei wenigen schweren Erkrankungen sein wie z. B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder nicht mehr heilbare Krebserkrankungen der Fall sein.

Unklar ist allerdings, warum diese Regelung unter Nr. 3 zur Gesamt-GdB-Bildung zu finden ist. Redaktionell würde sie besser in den Abschnitt 1 zur GdB-/GdS-Bildung passen.

3. Fehlende Regelungen

Der Grad der Behinderung (GdB) wird zwar grundsätzlich ab dem Tag der Antragstellung festgestellt, aber der Gesetzgeber hat als Ausnahme von der Regel im SGB IX eine rückwirkende Feststellung vorgesehen, wenn ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird, zum Beispiel für steuerliche Vorteile (Behinderten-Pauschbetrag) oder den Zugang zu Rentenleistungen.

Wird im laufenden, oft längerdauernden Verfahren ein Befund zu einer bereits im Antrag angegebenen Gesundheitsstörung erhoben, entstehen Unsicherheiten, ab wann dieser Befund zu berücksichtigen ist. Die Versorgungsbehörden lehnen dann in der Regel die

Berücksichtigung des Befunds ab dem Tag der Antragstellungämter ab. Das erschwert erst recht eine rückwirkende zu einem früheren Zeitpunkt beantragte Feststellung zusätzlich.

Daher sollten nach Ansicht des VdK sämtliche Befunde, die während eines Feststellungsverfahrens erhoben werden, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Erhebung bei der Ermittlung des GdB ab dem Tag der Antragsstellung zu berücksichtigen sein. Wird für die rückwirkende Feststellung des GdB oder gesundheitlicher Merkmale ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht, sollten die ab Antragseingang getroffenen Feststellungen ohne weitere Prüfung bis zu einem Jahr angenommen werden. Bei Vorliegen von entsprechenden Nachweisen sollten die Teilhabebeeinträchtigungen auch für weiter zurückliegende Zeiträume festgestellt werden.

Die Behörde ist verpflichtet, den Sachverhalt zeitnah und vollständig aufzuklären. Dies gilt selbstverständlich unter der Voraussetzung, dass Antragstellende ihren Verpflichtungen gemäß § 60 ff. SGB I zügig und vollständig nachkommen. Unsicherheiten, die aufgrund einer verspäteten Sachverhaltsaufklärung (z. B. durch Befunderhebungen oder Gutachten) entstehen, dürfen nicht zu Lasten der Antragstellenden gehen, da sie diese Verzögerungen nicht zu vertreten haben.

Der Sozialverband VdK empfiehlt daher, bei der nächsten Änderungsverordnung eine entsprechende klarstellende Regelung in Teil A Nr. 1 aufzunehmen. Dies würde die Verfahren, auch im Interesse der feststellenden Behörden, vereinfachen und Rechtsstreitigkeiten vermeiden. Sollte dies im Beirat Versorgungsmedizinische Begutachtung nicht konsentiert werden, bedarf es alternativ einer Klarstellung im SGB IX, wie mit bereits im Antragsverfahren benannten oder beschriebenen Gesundheitsstörungen zu verfahren ist, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht vollständig aufgeklärt sind.