

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Referentenentwurf der Sechsten Verordnung zur Änderung
der Versorgungsmedizin-Verordnung
(VersMedV)

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, den 28. September 2018

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen ihrer Umsetzung

Mit dem Referentenentwurf sollen die in der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung festgelegten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin fortentwickelt werden.

Im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze soll das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit in die gemeinsamen Begutachtungsgrundsätze implementiert werden, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005) zu Grunde liegt.

Nach dem Allgemeinen Teil der Begründung soll der Entwurf die Begutachtung von Behinderungen verbessern, unbeabsichtigte Nebenwirkungen seien nicht ersichtlich. Die Anpassung der Begutachtungsgrundsätze verbessere die Bewilligung von Nachteilsausgleichen und damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft. Des Weiteren werde durch die Möglichkeit der Befristung das Verwaltungsverfahren vereinfacht.

- Teil A, künftig „Gemeinsame Grundsätze“, gilt für alle ärztlichen Begutachtungen im Schwerbehindertenrecht und im sozialen Entschädigungsrecht, soll künftig folgende Struktur erhalten:
 1. Grundlagen
 2. Heilungsbewährung
 3. Gesamt-GdB-Bildung
 4. Hilflosigkeit (wie bisher)
 5. Besonderheiten der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen (wie bisher)
 6. Verfahren
 7. Wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sozialen Entschädigungsrecht

- Künftig soll grundsätzlich diejenige Funktionseinschränkung bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung berücksichtigt werden, die sich unter Einsatz aller Hilfsmittel und allgemeiner Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ergibt.

- Das bisherige Konstrukt der Heilungsbewährung als pauschale Bewertung für begrenzte Zeit wird beibehalten. Allerdings unterliegen nach dem Referentenentwurf die Auswirkungen derjenigen Funktionsstörungen, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig festgestellt sind und über den für die Heilungsbewährung festgesetzten Zeitraum hinaus dauerhaft verbleiben (dauerhaft verbleibende Funktionsstörungen), nicht mehr der pauschalen Bewertung. Der GdB hierfür soll nach den Regeln der Gesamt-GdB-Bildung in die Gesamtbewertung einfließen. Die danach neu gefassten Bewertungen in Teil B sind mit einem entsprechenden Hinweis versehen.

- Es ist vorgesehen, bei bestimmten Feststellungen die Verwaltungsakte zu befristen. Dies soll u. a. den Verwaltungsaufwand reduzieren und Kosten sparen. Nach Protesten im Zusammenhang mit einem Arbeitsentwurf in 2016/17 ist nun im Referentenentwurf eine Übergangsklausel zum Bestandsschutz geplant. Die Folgen der Befristungsmöglichkeit für die Betroffenen sollen darüber hinaus mit einer Hinweispflicht der Behörde und einer Schutzklausel abgedeckt werden.
- Die bisherige A - Nr. 6 „Blindheit und hochgradige Sehbehinderung“ wird in Teil B Nr. 4 zu den nun insgesamt überarbeiteten fachspezifischen Begutachtungsgrundsätzen für „Sehfunktionen und verwandte Funktionen“ verschoben.
- In Teil B Nr. 4 sind Änderungen bei den fachspezifischen Begutachtungsgrundsätzen für „Sehfunktionen und verwandte Funktionen“ vorgesehen
- In Teil B Nr. 16 sind Änderungen bei „Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems“ vorgesehen
- Teil B Nr. 18, der bisher zusammengefasst die fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze für sämtliche Haltungs- und Bewegungsorgane und rheumatische Krankheiten enthielt, wird stark gekürzt und künftig nur noch Angaben zu entzündlich-rheumatischen Krankheiten wie z. B. Bechterew, Kollagenosen, Vaskulitiden, nicht-entzündliche Krankheiten der Weichteile, Fibromyalgie (Nr. 18.2.1 – 18.4), Muskelkrankheiten (Nr. 18.6) sowie vollständige Nervenausfälle der oberen und unteren Gliedmaßen (Nr. 18.13 und 18.14) enthalten.
- Aus Teil B Nr. 18 herausgelöst und unter der neu angefügten Nr. 19 „Muskuloskeletale Funktionen“ sollen künftig die überarbeiteten Grundsätze für entzündliche und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (Knochen, Muskeln, Muskelhüllen, Sehnen, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Bänder) aufgeführt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Zielsetzung des Entwurfs, die Begutachtungskriterien unter Beachtung des biopsychosozialen Modells des modernen Behinderungsbegriffs der WHO-Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF) zu verbessern, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Der VdK hält es nicht für vertretbar, dass es voraussichtlich künftig zu niedrigeren GdB-Feststellungen durch die Versorgungsämter mit den entsprechenden Nachteilen bei der Zuerkennung von Nachteilsausgleichen kommen wird. Das hängt zum einen damit zusammen, dass die gemeinsamen Grundsätze in Teil A verändert werden, die dann für alle weiteren zu überarbeitenden Gesundheitsstörungen in Teil B relevant sind oder noch werden. Zum anderen werden bei den jetzt überarbeiteten fachspezifischen Begutachtungsgrundsätzen in Teil B Nr. 4, Nr. 16 und Nr. 19 für die verschiedenen Gesundheitsstörungen bzw. Bereiche z. T. niedrigere GdB angesetzt als derzeit. Dies gilt z. B. für die GdB-Bewertung bei den unteren Extremitäten. Begründet wird das z. T. mit dem medizinischen Fortschritt, verbesserten Behandlungsmöglichkeiten auch chronischer Erkrankungen und den Möglichkeiten moderner Hilfsmittelversorgung sowie dem Abbau von Mobilitätsbarrieren im öffentlichen Raum. Das

alles seien Faktoren, die sich positiv auf die Teilhabe auswirkten und veränderte (häufig geringere) GdB-Werte rechtfertigten.

Aus Sicht des VdK und mit der Erfahrung aus den bundesweiten VdK-Rechtsberatungsstellen ist dieses Ergebnis nicht nachvollziehbar und entspricht nicht der Lebensrealität von Menschen mit Behinderung. Eine Feststellung lassen die Betroffenen i. d. R. nicht um ihrer selbst Willen treffen, sondern weil sie zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf die entsprechenden Nachteilsausgleiche angewiesen sind.

Nicht sachgerecht umsetzbar ist die künftige Beurteilung unter dem Gesichtspunkt Hilfsmiteleininsatz. Viele Hilfsmittel werden unterschiedlich und in bestimmten Zusammenhängen und Situationen genutzt oder sind nutzbar und manche sind eben nicht immer durchgehend einsetzbar. So kann ein Hörgerät für einen bestimmten Einsatzbereich optimal angepasst sein und dennoch im Alltag in anderen Situationen nur bedingt genutzt werden. Es gibt Personen, die sich Hilfsmittel – z. B. aus finanziellen Gründen – gar nicht anschaffen. Wie dem bei der Bemessung des GdB Rechnung zu tragen wäre, bleibt ungeklärt. Die hierzu notwendige Sachverhaltsaufklärung kann von der Versorgungsverwaltung in einem Massenverfahren nicht geleistet werden. Die Neuregelung berücksichtigt nicht, dass der Einsatz von Hilfsmitteln oft gar keinen vollen Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen gewährleisten kann.

Der VdK begrüßt, dass formal am Konstrukt der Heilungsbewährung festgehalten wird, kritisiert aber, dass künftig in den gemeinsamen Grundsätzen keine Vorgaben zu Mindest-GdB-Höhe und Mindestdauer der Heilungsbewährung mehr vorgegeben sind. Dies soll individuell bei den einzelnen Gesundheitsstörungen in Teil B festgelegt werden. Zu befürchten ist eine fortlaufende Aushöhlung der Schutzfunktion der Heilungsbewährung im Rahmen der weiteren Überarbeitung der fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze in Teil B.

Die Möglichkeit bei bestimmten Feststellungen die Feststellungsbescheide zu befristen, wird strikt abgelehnt. Durch die Befristung werden die Betroffenen verfahrensrechtlich im Vergleich zum geltenden Recht in unzumutbarer Weise benachteiligt.

Die vorgesehene Übergangsregelung mit einem nur etwa dreijährigen Bestandsschutz greift zu kurz. Der VdK fordert hier, dass ähnlich wie bei der Überarbeitung der Anhaltspunkte 1996 und bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sichergestellt wird, dass die Versorgungsverwaltung aus Anlass der Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung keine Überprüfung von bestandskräftigen Bescheiden vornimmt und festgestellte GdB herabsetzt und Merkzeichen entzieht.

1. Zu Abschnitt A Nr. 1-neu: Grundlagen

Im Abschnitt „Grundlagen“ wird Bezug genommen auf das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Be-

hinderung und Gesundheit (ICF, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005) zu Grunde liegt.

Zu A 1.1.3

Die in Teil B als Maß für die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft genannten Werte werden nach Abschnitt nun als „verbindlich“ festgeschrieben (A 1.1.3). Vorhandene Bewertungsspannen sollen es ermöglichen, den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die verbindliche Festschreibung der angegebenen Werte in Teil B ist aus Sicht des VdK sachgerecht und ist Folgerung der Verrechtlichung der ehemaligen „Anhaltspunkte“ für die Begutachtung.

Folge der Verbindlichkeit ist, dass im Feststellungsverfahren keine Abweichung nach unten erfolgen können. Dies sollte in der Begründung klargestellt werden.

Bewertungsspannen bestehen immer dann, wenn ein Mindest-GdB oder ein GdB in einer Spanne etwa von 60 – 80 vorgeben ist. Des Weiteren muss trotz eines fest vorgegebenen GdB-Werts eine Abweichung nach oben möglich sein, wenn etwa das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht ist und deshalb eine höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt. Dies folgt wohl aus 1.3.4 und 1.3.5, sollte aber klargestellt werden. In diesen Fällen ist aber unklar, inwieweit und innerhalb welcher Spanne der GdB zu erhöhen ist.

Zu A 1.2.1 – 1.2.3 Faktoren der Teilhabebeeinträchtigung

Alle Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen, sollen bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung in Teil B berücksichtigt sein (A 1.2.1-neu). Bezogen auf Gesundheitsstörungen sind diese Faktoren die Körperfunktionen, die Körperstrukturen und die Aktivitäten. Dazu zählen insbesondere folgende mit einer Gesundheitsstörung zusammenhängende Faktoren: Art und Ausprägung der Störung, auch Therapieaufwand und krankheitsbedingt gebotene Beschränkungen.

Im Hinblick auf die Aktivitäten (A 1.2.2-neu) sollen bei der GdB-Festsetzung sämtliche Lebensbereiche nach ICF berücksichtigt werden.

Darüber hinaus soll neben der Anzahl der betroffenen Lebensbereiche und Aktivitäten auch die Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten berücksichtigt und mit einer Skalierung von „mit Anstrengung durchführbar“ über „leicht beeinträchtigt“, „stark beeinträchtigt“ „gerade noch möglich“ bis zu „nicht mehr möglich“ versehen werden (A 1.2.3).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK hält es für konsequent, dass – im Gegensatz zum vorherigen Arbeitsentwurf – im jetzt vorliegenden Verordnungsentwurf alle ICF-Lebensbereiche vollständig aufgeführt sind

und sämtliche Lebensbereiche bei der GdB-Festsetzung Berücksichtigung finden sollen.

Die Umsetzung für die Begutachtung erscheint aber äußerst fraglich, wenn man z. B. die GdB-Vorgaben für die Bewertung von Störungen der Funktionseinheit Wirbelsäule (19.5) betrachtet. So ist bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule ein GdB von 20 vorgesehen, wenn Aktivitäten nicht aus allen, sondern speziell den Bereichen Mobilität, sowie häusliches, schulisches oder berufliches Leben leicht beeinträchtigt sind. Als Aktivitäten werden genannt Überkopfarbeit, Bildschirmtätigkeit oder Haushaltsaufgaben. Hier stellt sich die Frage, ob die Konzentration bzw. Verengung auf die genannten Bereiche und Aktivitäten überhaupt zulässig ist. Es stellt sich die Frage, ob hier z. B. Menschen außerhalb des schulischen und beruflichen Lebens wie Rentner benachteiligt werden. Es fehlen auch Beurteilungskriterien. Der VdK bezweifelt deshalb, dass die Verwendung der ICF in der hier vorgenommenen Konzentration auf bestimmte Bereiche und Aktionen zu sachgerechten Ergebnissen bei der GdB-Feststellung führen kann.

Der VdK bezweifelt darüber hinaus auch, dass die allgemeine ärztliche Erfahrung ausreicht, solche Bewertungen vorzunehmen. Die herkömmlichen Berichte und Befunde der behandelnden Ärzte enthalten keine Aussagen zur ICF-Bewertung. Wie können diese Informationen beschafft werden? Wäre hier nicht eine Einzelbegutachtung wie bei der Pflegebegutachtung notwendig? Es stellt sich dann die weitere Frage nach der Qualifikation der Gutachter in ICF. Der VdK bezweifelt deshalb auch, dass in einem Massenverfahren wie der GdB-Festsetzung nach dem Schwerbehindertenrecht diese Begutachtungsvorgaben nach ICF umsetzbar sind.

Zu A 1.2.5 „Altersstufen“

Abschnitt A 1.2.5-neu sieht vor, in Teil B den Grad der Behinderung für einen begrenzten Zeitraum festzulegen, falls sich die Teilhabebeeinträchtigung regelhaft mit dem Erreichen bestimmter „Altersstufen“ oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung ändert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Begrenzung von Feststellungszeiträumen anhand von „Altersstufen“ lehnt der VdK ab. Die Regelung geht davon aus, dass sich mit Erreichen von bestimmten Altersstufen die Teilhabebeeinträchtigung verringert und entsprechend mit einem geringeren GdB zu bewerten ist.

Schon nach der bisherigen Version der VersMedV setzt ein GdB eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus, die in der Begutachtungspraxis nach Einschätzung des VdK so gut wie keine Anwendung fand. Hintergrund ist, dass Altern ein individueller Prozess ist, der sich je nach Konstitution, beruflicher Belastung, familiären und Alltagsanforderungen, Lebenswandel, sportlicher Betätigung und Ernährung sehr unterschiedlich gestaltet. Deshalb erscheint es noch schwieriger, hierfür pauschal feste Altersstufen festzulegen. So finden sich auch weder im allgemeinen Teil der Begründung noch im Teil B wissenschaftlich belegte Beispiele für Funktionseinschränkungen die sich aufgrund eines alterstypischen Zustands verringern.

Insbesondere aus den Erfahrungen in der Kriegsopferversorgung ist belegt, dass im Alter aufgrund eingeschränkter Beweglichkeit, abnehmender Muskulatur und Multimorbidität die Fähigkeit nachlässt, Funktionseinschränkungen zu kompensieren. Daraus folgt, dass sich aufgrund des Alterungsprozesses auch größere Teilhabebeeinträchtigungen ergeben können.

Eine Schlechterstellung von Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen hält der VdK daher für nicht sachgerecht und im Übrigen nicht mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) für vereinbar.

Die Formulierung „Altersstufen“ ist problematisch. Hier droht die Gefahr, dass z. B. Personengruppen, die mit 67 Jahren die Regelaltersgrenze erreicht haben, eine automatische Herabstufung des GdB erfahren könnten mit der Begründung, in bestimmten Lebensbereichen (z. B. Lernen/Wissensvermittlung) seien sie als Rentner*innen nicht mehr oder deutlich geringer teilhabebeeinträchtigt. Dies wäre aus Sicht des VdK nicht vereinbar mit der UN-BRK.

Zu A 1.2.7 „bestmögliches Behandlungsergebnis“

Nach Abschnitt A 1.2.7-neu sollen die in Teil B angegebenen GdB-Werte die Teilhabebeeinträchtigung bei „bestmöglichem Behandlungsergebnis“ wiedergeben. Unter „bestmöglich“ wird das unter Anwendung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin regelhaft erreichbare Behandlungsergebnis verstanden. Dieses schließt insbesondere das Ergebnis medikamentöser, operativer und rehabilitativer Therapiemaßnahmen sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln ein.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Zugrundelegung eines „bestmöglichen Behandlungsergebnisses“ ist aus Sicht des VdK abzulehnen. Darunter wird einerseits das Ergebnis medikamentöser, operativer und rehabilitativer Therapiemaßnahmen und gleichzeitig nicht trennscharf die Versorgung mit Hilfsmitteln verstanden. Immerhin wird in der Begründung des Verordnungsentwurfs klargestellt, dass „bestmöglich“ nicht ein theoretisch bestmögliches Ergebnis bedeutet und z. B. außergewöhnlich gute Ergebnisse, wie sie im Einzelfall zum Beispiel bei prothetisch versorgten Leistungssportlern erzielt werden, nicht gemeint sind.

Auch im Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht gilt der Amtsermittlungsgrundsatz. Dies bedeutet, dass die Versorgungsverwaltung ein bestmögliches Behandlungsergebnis nicht einfach unterstellen kann, sondern verpflichtet ist, von Amts wegen zu ermitteln, ob es tatsächlich gegeben ist oder im Einzelfall Abweichungen vorliegen. Es ist vollkommen unklar, wie die Versorgungsverwaltung an Informationen hierzu kommen soll. Dies gilt umso mehr als im Verordnungsentwurf davon ausgegangen wird, dass es im Verwaltungsverfahren nicht zu Mehrkosten kommt. In der Praxis erfolgen die Entscheidungen nach Aktenlage; eine Begutachtung erfolgt nur etwa in einem Prozent der Fälle. In den bestehenden Formblättern werden keine Behandlungsergebnisse erfasst. Die Ärzte sind diesbezüglich nicht geschult und behandelnde Ärzte werden ungern ein schlechtes Behandlungsergebnis attestieren.

Wenn demgegenüber im Feststellungsverfahren aus praktischen Gründen ein bestmögliches Behandlungsergebnis einfach unterstellt wird, sind in vielen Fällen Fehlentscheidungen zu Lasten der Betroffenen zu befürchten. Diese können dann nur aufwändig in Klageverfahren korrigiert werden. Die Folge wäre eine Beweislasterschwerung bzw. Beweislastumkehr zu Lasten der Betroffenen, die nicht mit dem Amtsermittlungsgrundsatz vereinbar ist. Dies lehnt der VdK ab.

Zu A 1.2.8 Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen

Nach Abschnitt A 1.2.8-neu geben die in Teil B angegebenen GdB die Teilhabebeeinträchtigung wieder, die sich unter Berücksichtigung des Einsatzes von Hilfsmitteln und von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens ergibt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Festsetzung der Teilhabebeeinträchtigung unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens lehnt der VdK ab. Die geplante Neuregelung berücksichtigt nicht, dass der Einsatz von Hilfsmitteln oft keinen vollen Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen gewährleisten kann. Dies ist je nach Lebenssituationen differenzierend zu beurteilen.

Bei der Hilfsmittelversorgung handelt es sich um ein sich ständig änderndes Angebot. Fraglich ist z. B., ob die Festsetzung eines GdB dann neu erfolgen müsste, wenn sich der Hilfsmittelmarkt verbessert, so dass ein „veraltetes“ Hilfsmittel einen höheren GdB ergeben müsste. Vorstellbar ist ebenso, dass derjenige, der sich eine überdurchschnittlich gute Hilfsmittelversorgung (Prothese, Hörgerät) leisten kann, einen niedrigeren GdB erhalten würde. Welche Hilfsmittelstandards insoweit für das „bestmögliche Behandlungsergebnis“, zu dem nach der Neuregelung u. a. die Versorgung mit Hilfsmitteln zählen soll, entscheidend sein sollen, bleibt schwer bestimmbar.

Im Antragsverfahren entsteht ein hoher Ermittlungsbedarf, ob im Einzelfall ein mangelhaftes oder ein „bestmögliches“ Behandlungsergebnis inklusive Hilfsmittelversorgung gegeben ist. Künftig wären von der Versorgungsverwaltung demnach neben der individuellen Krankheitsausprägung auch die durchgeführte/durchzuführende Therapie sowie der Einsatz vorhandener und/oder tatsächlich eingesetzter Hilfsmittel zu prüfen.

Es ist unklar, wie die Versorgungsverwaltung den Stand der Hilfsmittelversorgung kennen und den konkreten Einzelfall dazu bewerten soll. Hierfür sind Fachkenntnisse zum aktuellen Stand der Hilfsmittelversorgung sowie im Einzelfall ein großer Ermittlungsaufwand erforderlich. Ob und wie die Versorgungsverwaltung dies – angesichts millionenfacher Feststellungsverfahren nach § 69 SGB IX – überhaupt leisten kann, ist fraglich.

Ärzte müssten die Qualität der Hilfsmittelversorgung verstärkt in ihre gutachterlichen Stellungnahmen aufnehmen. Hierdurch würde ein erhöhter Aufwand generiert, der ohne finanziellen Rahmen zu weiteren Erschwernissen für die Antragsteller führt. Auch niedergelassene Hausärzte werden nicht bereit sein, für die derzeit gezahlte Vergütung (ca. 20 Euro) einen

umfangreichen Prüfkatalog abzufragen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Ärzte sich nur gegen Privatliquidation bereit erklären, sich ausführlicher mit dem Fall zu beschäftigen.

Im Hinblick auf die neu eingeführten „allgemeinen Gebrauchsgegenstände“ - in Abgrenzung zu Hilfsmitteln – fehlen Definitionen oder Leistungsansprüche des Betroffenen. Hier wird ein neuer und unbestimmter Rechtsbegriff eingeführt. Betroffene haben keine Möglichkeit, entsprechende Leistungsansprüche auf „allgemeine Gebrauchsgegenstände des alltäglichen Lebens“ geltend zu machen, mit denen Funktionsbeeinträchtigungen ihrer Gesundheitsstörung abzumildern wären. Perspektivisch könnten auch Smartphones oder PC als „allgemeine Gebrauchsgegenstände des alltäglichen Lebens“ gelten und – da in vielen oder den meisten Haushalten vorhanden – unter Teilhabegesichtspunkten einfach vorausgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund fordert der VdK, dass die Bemessung eines GdB nicht vom Einsatz von Hilfsmitteln und erst recht nicht von „allgemeinen Gebrauchsgegenständen“ abhängig gemacht wird.

Zu A 1.2.10 Gesunde Lebensführung

Der Entwurf regelt in A 1.2.10-neu, dass eine gesunde Lebensführung, auch wenn sie aufwändig realisiert wird, nicht zu einer Teilhabebeeinträchtigung führt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Es ist nachvollziehbar, dass hier kein „Einfallstor geöffnet“ werden soll, mit dem künftig etwa „tägliche Spaziergänge“ oder eine allgemeine „gesunde Ernährung“ als teilhabemindernd geltend gemacht werden sollen.

Dennoch darf die Verordnung nach Ansicht des VdK keine Fallkonstellationen mit extrem aufwändiger Lebensführung von vornherein ausschließen. Die Nichtberücksichtigung einer aufwändig realisierten gesunden Lebensführung steht im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG zur Einstufung von Diabetes (Urteil vom 2. Dezember 2010, B 9 SB 3/09). Nach dieser Entscheidung besteht eine Ausnahme dann, wenn sich die medizinisch notwendige sportliche Betätigung als nachhaltiger Einschnitt in die Gestaltung des Tagesablaufs und damit in die Lebensführung darstellt. Dies könne beispielsweise dann der Fall sein, wenn die erforderliche Aktivität „aus medizinischen Gründen nach Ort, Zeit oder Art und Weise festgelegt ist oder ihrem Umfang nach erheblich über das Maß einer auch Menschen ohne Behinderung empfohlenen gesunden Lebensweise hinausgeht.“ Das BSG hat also in dem Fall „über Gebühr Sport/gesunde Lebensführung“ ausdrücklich für berücksichtigungsfähig gehalten.

Der VdK fordert deshalb, dass in den besonderen Fälle, in denen eine gesunde Lebensführung nur mit besonders hohem Zeitaufwand realisiert werden kann, eine Teilhabeeinschränkung vorliegt.

Zu A 1.2.11: Störungen des psychischen Befindens/psychische Komorbidität

In A 1.2.11-neu werden Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome als Begleiterscheinung einer Gesundheitsstörung einerseits und davon abzugrenzende psychische Komorbiditäten andererseits definiert. Als Begleiterscheinung werden sie im GdB zur Gesundheitsstörung berücksichtigt. Psychische Komorbiditäten werden, wenn sie nach Kapitel V der ICD-10-GM diagnostiziert sind, gesondert bewertet und fließen dann in den Gesamt-GdB ein.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die getrennte Betrachtung von Störungen des psychischen Befindens und einzelne psychische Symptome als Begleiterscheinung einer Gesundheitsstörung einerseits und davon abzugrenzenden psychischen Komorbiditäten ist aus Sicht des VdK grundsätzlich sachgerecht und trennschärfer als die bisherige Regelung.

In der Praxis stellt die Regelung die Betroffenen allerdings vor Probleme. Es besteht bei vielen Betroffenen die Hemmschwelle, bei sich selbst eine behandlungsbedürftige psychische Gesundheitsstörung zu erkennen und zu akzeptieren. Aufgrund der massiven strukturellen Unterversorgung im fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich haben viele die Schwierigkeit, eine Diagnose nach ICD-10-GM attestiert zu bekommen.

Zu A 1.2.12 Schmerzen

Bei der gutachterlichen Bewertung von Schmerz wird in A 1.2.12-neu unterschieden zwischen

- Schmerz als Begleiterscheinung einer Gewebeschädigung,
- Schmerz durch eine Gewebeschädigung bedingt mit Verstärkung durch eine psychische Komorbidität und
- Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung.

Im ersten Fall wird die Teilhabebeeinträchtigung bei der Gewebeschädigung, im letzten Fall bei der psychischen Störung berücksichtigt. Im zweiten Fall werden die GdB-Werte getrennt ermittelt und fließen dann in den Gesamt-GdB ein.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Bei den geplanten Vorgaben für die gutachterliche Bewertung von Schmerz ist die Formulierung „Schmerzen, die über das für die Gesundheitsstörung typische Maß hinausgehen“ unbestimmt. Eine Begutachtung rein nach Aktenlage, entspricht nicht einer sachgerechten Beurteilung und würde der Einstufung des Schmerzgeschehens nicht gerecht werden. Der VdK fordert, dass in diesen Fällen sichergestellt wird, dass die Begutachtung durch ausgewiesene Schmerztherapeuten erfolgt. Die Formulierungen im Entwurf werden darüber hinaus in der Begutachtung häufig strittiger Krankheitsbilder wie komplexen regionalen Schmerzsyndromen (CRPS, synonym auch „Morbus Sudeck“ u. a.) nicht gerecht. Im gutachtlichen Kontext wird in den meisten Rechtsgebieten für den Nachweis einer Schädigung und der dadurch bedingten Funktionsstörungen der „Vollbeweis“ gefordert. Danach ist ein CRPS nur zu diagnostizieren, wenn zeitnah zum Schädigungsereignis klinische Befunde dokumentiert

sind. Das Ausmaß der Beschwerden steht aber häufig in einem Missverhältnis zum Schweregrad der ursprünglichen Schädigung. Die Lokalisation des Schmerzsyndroms kann sich weit über die betroffene Körperstelle ausweiten und andere Körperstellen betreffen.

Zu A 1.2.13 Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes

Unterabschnitt A-1.2.13-neu behandelt die Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes und unterscheidet zwischen solchen Gesundheitsstörungen, die regelhaft mit einer Funktionseinschränkung verbunden sind, und solchen Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes ohne Funktionseinschränkung. Dementsprechend ist der GdB bei der Funktionsbeeinträchtigung bereits berücksichtigt oder wird getrennt davon bei der Gesundheitsstörung erfasst.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die geplante Regelung zu Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes ist im Zusammenhang mit in 1.3.8 der vorgesehenen Regelung, dass nur der GdB für die eigentliche Funktionsstörung für die Vergabe von Merkzeichen relevant ist, problematisch.

So ist eine der Voraussetzungen für das Merkzeichen RF ein GdB von wenigstens 80 und der Umstand, dass jemand aufgrund seiner Behinderung ständig nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen kann. Dieser Tatbestand ist u. a. bei Personen erfüllt, „die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken wie z. B. durch schwerste Bewegungsstörungen, Anfälle, aber auch Geruchsbelästigung und Entstellungen“. Nach der Klarstellung in Abschnitt 1.3.8-neu wäre es kaum noch möglich, aufgrund einer Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes aber ohne weitere Funktionsbeeinträchtigung überhaupt auf einen GdB von 80 und damit zum Merkzeichen RF zu kommen. Exemplarisch sei hier eine Neurofibromatose Typ 1 genannt, deren charakteristisches Symptom flächendeckende warzenartige Tumore auf der Haut sind.

Nach der Kritik am Arbeitsentwurf der 6. Änderungsverordnung hatte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales diesen Kritikpunkt aufgegriffen und dem VdK-Bundesverband gegenüber schriftlich folgende Formulierung vorgeschlagen: „Nur der GdB für die eigentliche Funktions- oder Gesundheitsstörung ist für die Vergabe von Merkzeichen relevant.“ Diese Formulierung sollte in den Verordnungsentwurf aufgenommen werden.

Zu A 1.3.6 Begutachtung bei regelhaft abnehmendem Ausmaß

Abschnitt A1.3-neu legt die Grundsätze für die Begutachtung fest. Nach A 1.3.6-neu wird bei Gesundheitsstörungen, deren Ausmaß im Verlauf regelhaft abnimmt, die Teilhabebeeinträchtigung zu Grunde gelegt, die der „voraussichtlich dauerhaft verbleibenden“ Teilhabebeeinträchtigung entspricht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Nach jetziger Rechtslage ist „bei abklingenden Gesundheitsstörungen“ der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen – oder voraussichtlich verbleibenden – Schaden entspricht“. Hier wird also ein Zeitraum definiert, ab dem eine Teilhabebeeinträchti-

gung bei einer abklingenden Gesundheitsstörung bereits berücksichtigt wird. Wenn danach eine Besserung erfolgt, kann eine Herabsetzung des GdB nur durch eine Neufestsetzung erfolgen.

Das Abstellen auf eine „voraussichtlich dauerhaft verbleibende“ Teilhabebeeinträchtigung ohne zeitliche Begrenzung bedeutet eine deutliche Verschlechterung bei der Rechtsposition des behinderten Menschen. Ohne zeitliche Definition ist es möglich, in Teil B bei Gesundheitsstörungen unter Betrachtung eines mehrjährigen Verlaufs nur noch eine äußerst geringe oder gar keine Teilhabebeeinträchtigung mehr festzulegen. Der VdK lehnt deshalb die Neuregelung ab.

Zu A 1.3.8 Berücksichtigung des GdB für die Vergabe von Merkzeichen

Für die Vergabe von Merkzeichen soll ausschließlich der Grad der Behinderung für die eigentliche Funktionsstörung relevant sein (A 1.3.8.-neu).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelung, nach der allein der GdB „für die eigentliche Funktionsstörung“ maßgeblich für die Merkzeichen sein soll, ist inkonsequent, nicht ICF-konform und auch nicht mit dem Teilhabeverständnis der UN-BRK vereinbar. Während noch unter „1.2 Faktoren der Teilhabebeeinträchtigung“ zutreffend ausgeführt wird, welche Faktoren gemäß der ICF alle bei der Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen sind, erfolgt hier eine Verkürzung zum Nachteil der Antragstellerinnen und Antragsteller auf eine zugrundeliegende Funktionsstörung. Wie oben bereits bei „Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes“ dargelegt wurde, gibt es im Übrigen auch Beeinträchtigungen ohne Funktionsstörung, bei denen dann Merkzeichen grundsätzlich verwehrt blieben. Die Formulierung ist daher abzuändern in „Funktionsstörung oder Gesundheitsstörung“.

Zum bisherigen Teil A Nr. 2g - Versterben des Antragstellenden

Nach bisheriger Regelung kann ein GdB auch zuerkannt werden, wenn ein Antragsteller oder eine Antragstellerin innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt einer Gesundheitsstörung verstirbt. In diesen Fällen wurde der GdB angesetzt, der nach ärztlicher Erfahrung nach Ablauf von sechs Monaten nach Eintritt der Gesundheitsstörung zu erwarten gewesen wäre. Diese Regelung soll nach dem Entwurf komplett wegfallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert die Beibehaltung dieser Regelung. Durch die posthume GdB-Feststellung können Rechtsnachfolger von Nachteilsausgleichen profitieren.

2. Heilungsbewährung

Die Voraussetzungen für eine Heilungsbewährung werden in Abschnitt A 2.1.2 neutral und ohne Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen (derzeit Krebserkrankungen und Organtransplantationen) definiert.

Das Konstrukt der Heilungsbewährung wird grundsätzlich beibehalten (Ref.-E. Teil A Nr. 2) und beinhaltet eine befristete pauschale Bewertung für alle zeitlich begrenzten Auswirkungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich. Dazu gehören z. B. auch Therapiemaßnahmen und gebotene Beschränkungen der Teilhabe, die im Einzelnen schwer nachweisbar sind, die innerhalb eines festgesetzten Zeitraums in ihrem Ausmaß i. d. R. abnehmen.

Getrennt davon werden die Auswirkungen derjenigen Funktionsstörungen ermittelt, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig festgestellt sind und über den für die Heilungsbewährung festgesetzten Zeitraum hinaus dauerhaft verbleiben. Der GdB für diese dauerhaft verbleibenden Funktionsstörungen soll dann nach den Regeln der Gesamt-GdB-Bildung in die Gesamtbewertung eingehen. Die nach dieser Maßgabe neu gefassten Bewertungen sind in Teil B mit einem entsprechenden Hinweis versehen.

Nach Ablauf des Zeitraums der Heilungsbewährung sieht der Entwurf vor, dass Auswirkungen der Gesundheitsstörung oder der Therapie auf die Teilhabe, z. B. chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung sowie Beeinträchtigung emotionaler, kognitiver und sozialer Funktionen, bei der Begutachtung zu beachten sind und die entsprechenden Teilhabebeeinträchtigungen im jeweiligen Funktionssystem einzeln zu bewerten sind.

Für in Teil B nicht aufgeführte Gesundheitsstörungen, die die Voraussetzungen nach 2.1.2 Ref.-E. erfüllen, soll dennoch eine Bewertung auch ohne Heilungsbewährung vorgenommen werden, wenn diese sachgerecht möglich sei.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Beibehaltung der Heilungsbewährung. Die neutrale Beschreibung der Voraussetzung für eine Heilungsbewährung ist ICF-konform und konsequent.

Allerdings enthält die geplante Neuregelung eine inakzeptable Verschlechterung für die Betroffenen gegenüber der jetzigen Rechtslage.

Derzeit ist bei einer zeitlich befristeten Heilungsbewährung ein GdB von mindestens 50 oder mehr für regelhaft fünf Jahre vorgesehen. Das soll künftig nicht mehr als allgemeiner Grundsatz der Heilungsbewährung gelten. Die Heilungsbewährung wird dann in Teil B mit einer individuellen GdB-Höhe und Dauer bei der jeweiligen Gesundheitsstörung festgelegt. Formal wird also am Konzept der Heilungsbewährung festgehalten, gleichzeitig kann es im Zuge der Überarbeitung der fachspezifischen Begutachtungsgrundsätze in Teil B nach und nach durch deutlich geringere GdB und deutliche kürzere Zeiträume ausgehöhlt werden. So soll bspw.

nach dem Entwurf eine akute Leukämie (Teil B Nr. 16.7.3) nach dem ersten Jahr der Diagnosestellung bei kompletter klinischer Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie eine Heilungsbewährung von drei Jahren haben. Danach wird der GdB herabgestuft, je nach verbliebenen Auswirkungen auf minimal GdB 30.

Aus den VdK-Rechtsschutzstellen ist bekannt, dass bei Krebserkrankungen ein Großteil der Betroffenen um die 50 Jahre alt ist und i. d. R. im Berufsleben steht. Gerade diese Personengruppen sind in besonders starkem Maße auf den Schwerbehindertenstatus und damit auf die Nachteilsausgleiche im Arbeits- und Berufsleben angewiesen (Kündigungsschutz, Arbeitsplatzanpassung, Minderleistungsausgleich etc.). Der VdK fordert daher die Beibehaltung der jetzigen Regelung, nach der grundsätzlich für einen bestimmten Zeitraum ein Mindest-GdB von 50 und eine Mindestdauer von regelhaft fünf Jahren beibehalten werden.

Getrennt von der Heilungsbewährung sollen die Auswirkungen derjenigen Funktionsstörungen ermittelt werden, die mit Beginn des Zeitraums der Heilungsbewährung eindeutig festgestellt sind und über den für die Heilungsbewährung festgesetzten Zeitraum hinaus dauerhaft verbleiben. Hiernach werden bei einer Gesundheitsstörung eine Bewertung der Teilhabebeeinträchtigung mit und eine dauerhaft ohne Heilungsbewährung vorgenommen und daraus eine Gesamt-GdB gebildet. Ziel der Heilungsbewährung ist, den Betroffenen zu entlasten, die schwer einschätzbaren Gesundheitsstörungen darlegen zu müssen (vgl. allgemeine Begründung zu 2). Die getrennte Ermittlung der Auswirkungen ist aufwändig und fehleranfällig und widerspricht der Zielsetzung der Heilungsbewährung.

Überhaupt nicht nachvollziehbar ist für den VdK die Regelung, nach der bei nicht in Teil B aufgeführten Gesundheitsstörungen auch ohne Heilungsbewährung bewertet werden kann, obwohl die Gesundheitsstörung die aufgelisteten Kriterien erfüllt. Entweder die Kriterien sind wissenschaftlich begründet und gelten oder sie gelten nicht. Hier entsteht der Eindruck, diese Regelung dient allein der Verwaltungsvereinfachung und soll das Konstrukt der Heilungsbewährung soll auf diesem Wege zu umgehen sein und geschwächt werden. Dies widerspricht der Zielsetzung der Heilungsbewährung mit einer pauschalen Bewertung zu entlasten.

Zwar ist im Referentenentwurf eine Übergangsklausel zum Bestandsschutz geplant. Auch sollen die Folgen der Befristungsmöglichkeit für die Betroffenen mit einer Hinweispflicht der Behörde und einer Schutzklausel abgedeckt werden. Insgesamt stellt die geplante Neuregelung aber eine Verschlechterung für die Betroffenen dar und ist abzulehnen. Nach Ansicht des VdK sollten Betroffene sich bei erfüllten Voraussetzungen den Anspruch auf eine regelhafte Heilungsbewährung von fünf Jahren bei einem Mindest-GdB mit Schwerbehindertenstatus berufen können.

3. Gesamt-GdB-Bildung

Zu 3.2.2.3 keine Berücksichtigung mehr von GdB 10 und 20

Gemäß Abschnitt 3.2.2.3 soll bei der Prüfung, ob sich das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung der Teilhabe durch eine weitere Gesundheitsstörung wesentlich erhöht, ein GdB von

10 künftig regelhaft zu keiner Erhöhung des Gesamt-GdB führen können und Einzel-GdB von 20 nur noch in Ausnahmefällen, die dann eingehend zu prüfen und zu begründen sind.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Im Hinblick auf die geplante Neuregelung zur Bildung des Gesamt-GdB kritisiert der VdK, dass gering- und mittelgradige Gesundheitseinschränkungen, die mit einem GdB von 10 oder 20 v.H. bewertet werden, bei der Bildung des Gesamt-GdB grundsätzlich unberücksichtigt bleiben sollen. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass in Teil B der VersMedV zahlreiche Einschränkungen künftig nur noch mit einem geringeren GdB von 10 oder 20 bewertet werden sollen und diese Funktionseinschränkungen dann gar keine Berücksichtigung mehr finden würden. Der VdK fordert deshalb die Beibehaltung der bisherigen Regel, wonach nur bei „leichten Gesundheitsstörungen“, die einen GdB von 10 bedingen, regelhaft keine Zunahme der Teilhabebeeinträchtigung anzunehmen ist bzw. nur bei „leichten Gesundheitsstörungen“ mit GdB 20 in Ausnahmefällen die Erhöhung angenommen werden kann. Mittelgradige Gesundheitsstörungen dürfen nach Ansicht des VdK von diesen Ausnahmeregelungen auch künftig nicht miterfasst werden und müssen mit einem GdB von 10 oder 20 berücksichtigt werden (Beispiel: „mittelgradiges Stottern“, das einen GdB von 20 bewirkt).

4. Zu A Nr. 6 Verfahren

Zu 6.1.1. Verfahren

Der Abschnitt regelt die Befristung von Feststellungsbescheiden für die Heilungsbewährung. Mit einer Befristung kann auch eine Feststellung über die danach dauerhaft verbleibende Teilhabebeeinträchtigung und den entsprechenden GdB verbunden werden, z. B. ein Gesamt-GdB, der eine Heilungsbewährung beinhaltet, und zusätzlich ein Gesamt-GdB, der keine Heilungsbewährung mehr beinhaltet. Dies soll die Verwaltung entlasten und von vornherein klarstellen, welcher GdB nach Ablauf der Heilungsbewährung verbleibt.

Des Weiteren gilt die Möglichkeit der Befristung für Gesundheitsstörungen, bei denen regelhaft mit dem Erreichen bestimmter Altersstufen oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung die Teilhabebeeinträchtigungen abnehmen (s. a. 1.2.5-neu bzw. 1.3.6-neu). Auch in diesen Fällen soll die Versorgungsverwaltung künftig die Bescheide von vornherein befristen können.

Um zu verhindern, dass eine „Lücke“ entsteht und Menschen wegen der Befristung vorübergehend z. B. ihren Schwerbehindertenstatus und damit Schutzrechte und Nachteilsausgleiche verlieren, müssten sie gemäß 6.1.2 spätestens sechs Monate vor Ablauf der Befristung eine Neufestsetzung beantragen. Entscheidet die Behörde in diesen Fällen nicht bis zum Ablauf der Befristung über den Neu-Feststellungsantrag, so soll der bisherige höhere GdB bis zu einer dann entschiedenen Neu-Feststellung fortbestehen.

6.1.3-neu enthält eine Hinweispflicht für die zuständige Behörde, damit diese die Betroffenen über die sechsmonatige Frist und die Rechtsfolgen der Befristung informiert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Anders als im Arbeitsentwurf 2017 sollen die Folgen der Befristungsmöglichkeit für die Betroffenen nun mit einer Hinweispflicht der Behörde und der Möglichkeit, rechtzeitig eine Feststellung beantragen zu können, abgedeckt werden.

Dennoch handelt es sich bei den vorgesehenen Befristungsmöglichkeiten um eine wesentliche Verschlechterung gegenüber der jetzigen Rechtslage.

Nach geltendem Recht wird der Bescheid unbefristet erteilt und nur der Ausweis wird befristet. Eine Herabsetzung des GdB sowie der Entzug von Merkzeichen können nur durch eine Neufeststellung erfolgen. Vorher ist eine Anhörung erforderlich. Eine Herabsetzung des GdB wird erst mit Unanfechtbarkeit des herabsetzenden Bescheids wirksam. Dies bedeutet, bei Einlegung von Rechtsmitteln erst mit Rechtskraft des klageabweisenden Urteils. Wenn sich der Grad der Behinderung auf weniger als 50 verringert, gilt ein besonderer Schutz: Die Herabsetzung wirkt erst am Ende des dritten Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Verringerung feststellenden Bescheides (§ 199 SGB IX). Bei einer Befristung wird diese starke verfahrensrechtliche Stellung des Betroffenen ausgehebelt.

Begründet wird die Befristung mit einer Verwaltungsvereinfachung. Bei einer Befristung erfolgt eine Herabsetzung des GdB allein durch Fristablauf und damit ohne nähere Überprüfung ihrer Berechtigung. Eine Verwaltungsvereinfachung kann somit im Wesentlichen nur erfolgen, wenn der Betroffene etwa aus Unkenntnis oder Furcht vor einem belastenden und aufwändigen Verfahren auf einen Neufeststellungsantrag verzichtet. Eine solche Verwaltungsvereinfachung ist aus Sicht des VdK nicht akzeptabel.

Der VdK lehnt deshalb die neu vorgesehenen Befristungsmöglichkeiten strikt ab

Weil der Bescheid entscheidend ist, muss nach derzeitiger Rechtslage zunächst eine Anhörung erfolgen. Wird eine Herabsetzung ausgesprochen, bleibt durch die aufschiebende Wirkung des Rechtsmittels der alte Zustand aufrechterhalten.

Durch die Neuregelung wird ein Teil unbefristet festgestellt (die dauerhaft verbleibende Schädigung), der andere Teil aber befristet (je nachdem, welche Veränderungen zu erwarten sind). Der Ausweis, mit dem Nachteilsausgleiche geltend gemacht werden können, wird aber im Regelfall befristet ausgestellt. Unklar ist, wie die Betroffenen, solange aufgrund der fehlenden Entscheidung über die Neu-Festsetzung seitens der Behörde, Nachteilsausgleiche mit einem befristeten und daher „abgelaufenen“ Schwerbehindertenausweis und einem befristeten und „abgelaufenen“ Bescheid geltend machen sollen.

Zu 6.2 Wesentliche Änderung der Verhältnisse

Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse besteht, wenn ein veränderter Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und wenn die entsprechende Änderung des GdB mindestens 10 beträgt. Diese Regelung entspricht der jetzigen Rechtslage.

Darüber hinaus liegt eine wesentliche Änderung der Verhältnisse vor, wenn der Zeitraum der Heilungsbewährung oder ein festgesetzter begrenzter Zeitraum abgelaufen ist oder Voraussetzungen für weitere Leistungen im sozialen Entschädigungsrecht für Nachteilsausgleiche erfüllt sind oder entfallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dies entspricht der bisherigen Rechtslage. Ergänzend wurde die Möglichkeit eines begrenzten festgesetzten Zeitraums mit aufgenommen.

Zu 6.3 Neubewertung

Nach Ablauf der Heilungsbewährung oder nach Ablauf eines festgesetzten begrenzten Zeitraums ist – auch bei gleichbleibenden Symptomen – eine Neubewertung des GdB zulässig.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dies entspricht der bisherigen Rechtslage. Ergänzend wurde die Möglichkeit eines begrenzt festgesetzten Zeitraums mit aufgenommen.

Zu 6.4 Übergangsfrist und Bestandsschutz

Es soll eine Übergangsregelung mit Bestandsschutz bis zum 31. Dezember 2022 eingeführt werden für die Personen, bei denen vor Inkrafttreten dieser 6. Änderungsverordnung bereits ein Gesamt-GdB festgestellt wurde, wenn dieser Gesamt-GdB durch eine Neufeststellung (selbst beantragt oder von Amts wegen durchgeführt) zu einem geringeren Gesamt-GdB führen würde. In diesen Fällen bleibt der vorherige, höhere GdB erhalten.

Die Übergangsregelung soll allerdings nicht in Fällen gelten, in denen der Zeitraum einer Heilungsbewährung oder ein festgesetzter begrenzter Zeitraum bereits abgelaufen ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit der vorgesehenen Übergangsregelung und dem Bestandsschutz wird zumindest vermieden, dass Betroffene, die ohne Kenntnis der geänderten Rechtslage und veränderten fachspezifischen Begutachtungsgrundlagen in Teil B eine Neufeststellung („Verschlimmerungsantrag“) beantragen einen geringeren GdB als vorher erhalten.

Da die Regelung nach dem Wortlaut nur bei einem festgestellten Gesamt-GdB greift, würde sie bei Feststellung eines Einzel-GdB in einem Funktionsbereich nicht gelten. Dies wäre nicht sachgerecht. Der VdK fordert hier eine Klarstellung.

Des Weiteren greift die Regelung mit einem nur etwa dreijährigen Bestandsschutz zu kurz.

Der VdK fordert hier, dass ähnlich wie bei der Überarbeitung der Anhaltspunkte 1996 und bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sichergestellt wird, dass die Versorgungsverwaltung aus Anlass der Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung keine Überprüfung von bestandskräftigen Bescheiden vornimmt und festgestellte GdB herabsetzt und Merkzeichen entzieht.