



## **Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga zum Entwurf der 6. Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV)**

### **Allgemeines**

Die Bundesregierung will mit der 6. Änderungsverordnung zur Versorgungsmedizinverordnung die Versorgungsmedizinischen Grundsätze an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft anpassen. Die Überarbeitung erfolgt im Rahmen des Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung der immer noch an einem veralteten Behinderungsbegriff orientierten Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Allerdings sind bei der Überarbeitung nicht nur die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin zu berücksichtigen, sondern vor allem auch die weiterentwickelten rehabilitationsmedizinischen Grundlagen, insbesondere müssen durchgängig der Behinderungsbegriff nach § 2 SGB IX und die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrunde gelegt werden. Diese werden zwar eingeführt, jedoch nicht vollständig umgesetzt. Der vorliegende Entwurf beinhaltet damit wichtige Verbesserungen der versorgungsmedizinischen Begutachtung, wird jedoch in vielen, teilweise auch sehr grundlegenden Bereichen dem Anspruch der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der Einbeziehung des aktuellen rehabilitationsmedizinischen Wissens nicht gerecht.

Die Deutsche Rheuma-Liga hält dabei die folgenden Punkte für besonders problematisch:

- Der **umfassende Behinderungsbegriff** nach § 2 SGB IX wird nicht durchgängig angewendet. Eine Behinderung besteht dann, wenn Menschen körperliche, geistige, seelische oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Behinderung ist also das konkrete Resultat dieser Wechselwirkung beim Individuum.
- Das **Modell der Feststellung einer Behinderung** (Grad der Behinderung, ggf. Schwerbehinderung) im Schwerbehindertenrecht, hier im Rahmen der VersMedV, verfolgt seit jeher eine vom Einzelfall und seinen konkreten Lebensbedingungen abstrahierende Form der Feststellung. Diese ist auch in dem jetzt vorgelegten Entwurf weitgehend erhalten geblieben. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga wird dabei nicht ausreichend klar, wie die individuellen Einschränkungen gegenüber einer vergleichbaren Person ohne Behinderungen in einer standardisierten Umwelt

erhoben werden. Hierbei müsste das biopsychosoziale Modell der ICF durchgehend angewendet werden. Es bleibt jedoch im Verordnungsentwurf unklar, wann die Aktivitäten, die Teilhabe und die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) bei der individuellen Beurteilung zusätzlich zur Beurteilung der Strukturen und Funktionen berücksichtigt werden. Es wird auch nicht deutlich, wie die tatsächliche Beeinträchtigung der Aktivitäten (also die Leistung) im konkreten individuellen Begutachtungsverfahren Berücksichtigung findet. So bleibt unklar, inwieweit die ICF-basierte umfassende Darstellung im Einzelfall die Festsetzung des GdB überhaupt beeinflussen wird. Die angegebenen Bewertungsspielräume bzw. die Mindest-GdB-Angaben sind hierfür in vielen Punkten nicht ausreichend. Darüber hinausgehende Abweichungen müssen nicht nur im Einzelfall möglich bleiben, sondern es muss regelhaft geprüft werden, inwieweit diese erforderlich sind.

- Es bleibt zudem unklar, ob die **personbezogenen Faktoren** überhaupt bei der Bewertung der Einschränkung berücksichtigt werden, wenn z.B. personbezogene Faktoren die Ausführung einer Aktivität erheblich beeinträchtigen, also als Barriere wirken. Der Hinweis auf diese Möglichkeit findet sich nur in der Begründung, nicht aber im Verordnungstext selbst. Es bleibt daher z.B. unklar, wie es sich auswirkt, wenn im Vergleich mehrerer Individuen unterschiedliche Lebensbereiche betroffen sind und dies in unterschiedlichem Ausmaß. Eine Beurteilung der Einschränkungen ist zudem immer auf der Basis aller 9 Lebensbereiche vorzunehmen. Eine Beschränkung auf einzelne Lebensbereiche ist nicht ausreichend. Zwar wird an mehreren Stellen auf einzelne Lebensbereiche Bezug genommen, jedoch werden nicht regelmäßig alle Lebensbereiche erwähnt, insbesondere in Teil B der Verordnung.
- Besonders problematisch ist aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga, dass das **bestmögliche Behandlungsergebnis als Regelfall bei der Begutachtung vorausgesetzt** wird. Die Erfahrung der Betroffenen ist, dass die medizinische Versorgung, insbesondere die Versorgung mit Hilfsmitteln, sehr häufig hinter der bestmöglichen Versorgung weit zurückbleibt. Da mit der VersmedV das bestmögliche Behandlungsergebnis als Standard angenommen werden soll, würden die Betroffenen ständig den Beweis führen müssen, dass dieser Standard nicht erreicht wurde. In diesem Punkt ist auf jeden Fall dringend eine Nachbesserung erforderlich.  
Die Deutsche Rheuma-Liga befürchtet, dass es unter den neuen Regelungen gerade im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen (Kap. 19.), bei denen der GdB unter der Voraussetzung des bestmöglichen Behandlungsergebnisses z. T. abgesenkt wurde, zu einer Art Beweislastumkehr kommen wird. Inwieweit dies auch für die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gilt, ist nicht absehbar, da das entsprechende Kapitel noch nicht vorgelegt worden ist.
- Grundsätzlich ist die Orientierung an den tatsächlichen Aktivitäten zu begrüßen. Offen bleibt allerdings, ob die Mitarbeiter der Versorgungsverwaltung ausreichend in der **Anwendung der ICF** geschult sind, um die notwendigen Sachverhaltsermittlungen und Bewertungen sachgerecht vornehmen zu können. Auch müssten dazu Informationen über die Aktivitäten von den behandelnden

Ärzten bzw. auch von den Betroffenen eingeholt werden. Es ist zu befürchten, dass dort die Kenntnisse über die ICF fehlen, so dass es bei der bisherigen Begutachtungspraxis bleibt, bei der allein von der gesundheitlichen Störung auf den GdB geschlossen wird. Diese Bedenken werden auch dadurch bestärkt, dass im Vorblatt davon ausgegangen wird, dass praktisch kein Mehraufwand bei den Ländern durch die Umsetzung der 6. ÄndVO entstehen soll.

- Es besteht von Seiten der Rheuma-Liga insbesondere die Befürchtung, dass dem ohnehin nur beschränkt umgesetzten **Amtsermittlungsgrundsatz** zukünftig noch weniger Rechnung getragen wird. Dazu tragen die knappen Personalressourcen in den zuständigen Ämtern, der fast vollständige Verzicht auf eine persönliche Begutachtung sowie die Beschränkung auf tatsächlich verfügbare Berichte behandelnder Ärzte bei. Aufgrund der neuen Anforderungen werden die Betroffenen gezwungen sein, verstärkt selbst Informationen beizubringen, weil die Ärzte den Anforderungen der Beurteilung nach der ICF nicht nachkommen (können). So ist z. B. auch das Konstrukt der Unterscheidung zwischen Leistungsfähigkeit (Capacity) und Leistung (Performance) keinesfalls Allgemeingut innerhalb der Ärzteschaft.
- Bei der Begutachtung wird auf eine **Standardumwelt** Bezug genommen. Es bleibt in dem Entwurf unklar, welche Kriterien bei der Festlegung der Standardumwelt angelegt wurden. So ist beispielsweise nicht transparent, wie die Ausstattung mit Hilfsmitteln (= Kontextfaktor = Förderfaktor oder Barriere) in diesem Rahmen korrekt bewertet werden kann und welche Standards hier angelegt werden. Auch bleibt unklar, wie mit dem Umstand umgegangen wird, dass Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens vom Patienten möglicherweise bei Armut nicht beschafft werden können.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **Vorblatt:**

Es wird bezweifelt, dass es zu keinen Steigerungen des Erfüllungsaufwandes kommt, zur Begründung s. Allgemeines.

### **E.1**

Für die Bürger wird sich die Beantragung eher umfassender und schwieriger gestalten, da sie für eine gute Begründung ihrer Ansprüche das biopsychosoziale Modell nutzen müssen. Das ist schwierig und nicht leicht umzusetzen.

### **E.3**

Die Sachbearbeiter und Ärzte der Versorgungsverwaltung müssen in der ICF geschult werden, um eine korrekte Umsetzung sicherzustellen, zumindest in den Grundzügen des biopsychosozialen Modells und seiner Anwendung. Dazu gehören auch Festlegungen zur Standardumwelt und zu den Kriterien für eine optimale Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Berichtsformulare, auf denen ärztliche Befunde angefordert werden, müssen der ICF angepasst und entsprechend den neuen Vorgaben überarbeitet werden.

## **Zu Teil A**

### **Zu 1**

#### **1.1**

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich die künftige Orientierung des Grades der Behinderung an der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Auch die Absicht der Bundesregierung, die ICF zur Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen einzusetzen, wird positiv bewertet. Allerdings ergeben sich nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga in der geplanten Umsetzung erhebliche Probleme.

#### **1.1.3**

Insbesondere bleibt fraglich, ob die Angabe von Bewertungsspannen im Teil B ausreichend ist, um eine von der typisierenden Betrachtung abweichende, nach dem biopsychosozialen Modell ermittelte schwerere Beeinträchtigung 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 bewirken, auch das Konzept der personbezogenen 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.

#### **1.1.4**

Leistungsfähigkeit ist in der ICF ein virtuelles Konstrukt und ist dort Resultat eines interpretatorischen Prozesses, der das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit beschreiben soll. Dabei wird eine standardisierte Umwelt angenommen, 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 jedoch als angenommene Standardumwelt impliziter Bestandteil der Bewertung durch den Verordnungsgeber. Es ist offen, ob es gelingen kann, solche Standards einheitlich und allgemein zu definieren.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga bedeutet dies, dass für eine konsequente Anwendung der ICF 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. Dies erscheint kaum als realisierbar, da die Definition der Standardumwelt nicht explizit beschrieben wird, sondern lediglich eine nicht näher begründete Expertenmeinung darstellt. Immerhin gibt es zu einigen Änderungen Ausführungen in der Begründung. Dort 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. Solch ein Instrument zur objektiven Beurteilung der Teilhabe ist weltweit nicht

verfügbar. Die in der Begründung zum Verordnungsentwurf aufgeführten Beschreibungen der Standardumwelt (öffentliches Wegenetz; vorhandene Versorgungsqualität des medizinischen Versorgungssystems) bleiben inhaltlich extrem vage, da hier gravierende regionale Unterschiede bestehen.

### **1.1.5**

In der ICF ist das Arbeitsleben ein Bestandteil der Lebensbereiche und wird in Nr. 1.2.2.h entsprechend benannt. Nach Nr. 1.1.5 soll der GdB und GdS aber grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten Beruf sein. Hier bleibt unklar, wie das Arbeitsleben dann als Bestandteil der Lebensbereiche in die Beurteilung einbezogen werden kann.

## **1.2**

Die Beschreibung der Teilhabefaktoren entsprechend der ICF wird von der Deutschen Rheuma-Liga grundsätzlich begrüßt.

### **1.2.1**

Unklar bleibt dabei jedoch, wie der Therapieaufwand bestimmt wird. Es ist zu begrüßen, dass die krankheitsbedingt gebotenen Einschränkungen der Lebensführung ausdrücklich genannt sind.

### **1.2.3**

Der Passus bezieht sich auf die typisierende und pauschalisierende Betrachtungsweise. Inwieweit die Anzahl der betroffenen Lebensbereiche und die Schwere der Beeinträchtigungen im Einzelfall bewertet werden können, bleibt offen. 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.

Es wird der Begriff der wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe verwendet. Zwar ist der Zusammenhang klar, dennoch entstammt er einem anderen Rechtsbereich (Eingliederungshilfe). Zu begrüßen ist, dass eine erhebliche Teilhabeeinschränkung auch dann angenommen werden kann, wenn Alltagsaktivitäten nur mit Anstrengung ausgeführt werden können.

### **1.2.7**

Richtig wird festgestellt, dass das Behandlungsergebnis eine mögliche Teilhabeeinschränkung beeinflusst. Problematisch ist jedoch die Regelung, dass bei der Festlegung des GdB standardmäßig das bestmögliche Behandlungsergebnis angenommen worden ist. Hier muss klargestellt werden, dass bei der Bewertung im Einzelnen zwar das bestmögliche Behandlungsergebnis als Mindestmaßstab zugrunde gelegt wird, dies aber jeweils im konkreten Fall geprüft und ggf. bei einem weniger erfolgreichen Behandlungsergebnis ein höherer Wert festgelegt werden muss.

### **1.2.9**

Es ist zu prüfen, ob besonders aufwändige Therapien tatsächlich hinreichend berücksichtigt werden. Es ist auch die Frage, was darunter zu verstehen ist. Die Deutsche Rheuma-Liga erwartet dies insbesondere im Bereich von Kap. 18, das noch nicht in einer Neufassung vorliegt.

#### **1.2.12.1**

Hier sollte nicht einfach von Gewebeschädigung gesprochen werden sondern in Anlehnung an die AWMF Leitlinie von nozizeptivem und neuropathischem Schmerz sowie von funktionellem Schmerz. Die klare Differenzierung zwischen nozizeptivem/neuropathischen Schmerz allein, mit psychischer Komorbidität und funktionellem Schmerz als Ausdruck einer psychischen Störung ist zu begrüßen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es auch Schmerzzustände ohne Gewebeschädigung gibt, vgl. z.B. den Clusterkopfschmerz.

#### **1.2.13.1**

Die Klarstellung gegenüber dem Vorentwurf ist zu begrüßen.

#### **1.3.2**

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

#### **1.3.3**

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

#### **1.3.4**

Die Regelung, die einen höheren GdB ermöglicht, wenn das Behandlungsergebnis oder die Hilfsmittelversorgung nicht optimal ist, ist grundsätzlich zu begrüßen. Wie aber bereits unter Allgemeines ausgeführt muss sichergestellt werden, dass die Regelung auch tatsächlich sachgerecht angewendet wird und nicht der Patient selbst einen höheren GdB begründen muss. Der Verordnungstext konstatiert eine Nachweispflicht für eine Erhöhung des GdB. Es muss klar gestellt werden, dass dies bei der Begutachtung überprüft werden muss. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist besorgniserregend, dass der GdB insbesondere im Bereich der unteren Extremität in Kap. 19. im Zuge dieser Regelung häufig abgesenkt worden ist. Studienergebnisse zeigen beispielsweise für die Arthrose, dass bei weitem nicht alle Betroffenen leitliniengerecht therapiert werden. Auch für die Rheumatoide Arthritis und die Ankylosierende Spondylitis ist nachgewiesen, dass aufgrund der häufig sehr späten Therapieeinleitung große Teile der Betroffenen die theoretisch mögliche Remission nicht erreichen. Die Frage bleibt zudem offen, wie hoch die Bewertung des GdB dann über die Tabelle in B hinausgehen kann.

#### **1.3.5**

Auch die Erhöhungsmöglichkeit bei höherem Therapieaufwand ist zu begrüßen; auch hier muss jedoch der Amtsermittlungsgrundsatz ausdrücklich betont werden. Zudem bleiben die Kriterien für die Erhöhung unklar.

#### **1.3.6**

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist die Regelung einer durchschnittlichen Teilhabebeeinträchtigung 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 Deutsche Rheuma-Liga 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 und die daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung in einem 6 Monatszeitraum abzustellen.

### **Zu 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 Gesundheitsstörungen, 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. Dies ist insofern irritierend, 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 für die Bewertung mit einem Gesamt-GdB ausschlaggebend sein.

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.

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 Deutsche Rheuma-Liga 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 Teilhabebeeinträchtigungen beim Betroffenen sein, was von der Behörde schon von Amts wegen zu prüfen ist.

### **Zu 6**

Die im Falle einer Befristung bestehende Verpflichtung der zuständigen Behörde, in geeigneter Weise 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.

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 Deutsche Rheuma-Liga fordert daher einen unbefristeten Bestandsschutz für alle bis zum Inkrafttreten der neuen VersMedV bestehenden Rechtsverhältnisse.

Es ist ferner aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga erforderlich, dass die Bewertung einer bestimmten Behinderungs- oder Erkrankungsart von einem entsprechenden Facharzt vorgesehen wird, insbesondere bei schwierigen Fragestellungen, 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, wie sie bei entzündlich-rheumatischen Krankheiten oft vorliegen.

### **6.1.2**

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 den 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.

## **Zu Teil B**

### **Zu Kap. 19**

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. Rheuma-Liga 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 die zudem schwer belegbar ist. Insbesondere werden die Darlegungen der behandelnden



Ärzte dazu in der Regel wenig aussagen können. Deshalb sollten die GdB aus der bisherigen Fassung der VersMedV 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, dass 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:

### **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.

### **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 genutzt 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.

### **19.9.9.6**

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

### **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.

### **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.

#### **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.

#### **19.7.1.1**

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

#### **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.

#### **19.8.6.3**

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.

#### **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.

Stand: 25.9.2018