

**Informationen und häufige Fragen
zum Entwurf der 6. Verordnung zur Änderung der
Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)**

Einschätzung des DBR

A	Allgemeines.....	1
B	Zu einzelnen wichtigen Bereichen	4
	1. Welche Gefahren drohen, wenn das „bestmögliche Behandlungsergebnis“ künftig unterstellt würde?	4
	2. Welche Bedenken bestehen, Hilfsmittel künftig bei der Begutachtung generell zu berücksichtigen?	5
	3. Was soll als „Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens“ in die GdB-Bemessung eingehen?	7
	4. Drohen künftig mehr befristete GdB-Feststellungen?	7
	5. Warum werden Krebspatienten künftig schlechter gestellt? Und was hat das mit der Heilungsbewährung nach neuem Recht zu tun?	8
	6. Wird ein GdB von 10 oder 20 zukünftig bei der Gesamtbewertung berücksichtigt?	10
	7. Werden bestehende GdB-Feststellungen wiederaufgerollt?	11

A Allgemeines

Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) enthält wichtige Grundsätze für die ärztliche Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und im Recht der Sozialen Entschädigung. Sie ist die Basis für die Anerkennung einer Behinderung bzw. Feststellung eines GdB.

7,8 Mio. Menschen in Deutschland sind schwerbehindert. Die VersMedV ist für sie von zentraler Bedeutung. Denn erst die GdB-Feststellung ermöglicht Zugang zu vielen Nachteilsausgleichen für behinderte Menschen und stärkt so deren Teilhabe und Selbstbestimmung.

Die Überarbeitung der VersMedV mit der 6. Änderungsverordnung (im Folgenden: ÄndVO), insbesondere der „Gemeinsamen Grundsätze“, berührt (behinderten-) politische Grundsatzfragen, aber auch Fragen des Verwaltungsverfahrens und des Rechtsschutzes.

Die Änderungen sind politisch gewollt und keinesfalls aus Gründen des medizinischen Fortschritts „überfällig“, wie zuweilen behauptet wird. Möglicherweise soll mit der Reform auch Verwaltungsaufwand reduziert werden.

Die Überarbeitung wurden von den Behindertenverbänden auch weder „wiederholt gefordert“ noch sind die beabsichtigten Änderungen in Teil A der ÄndVO zur Umsetzung eines modernen, ICF-orientierten Behinderungsbegriffs im geplanten Umfang erforderlich.

Der DBR befürwortet stattdessen eine differenzierende Umsetzung des ICF-Behinderungsbegriffs im deutschen Recht. Richtig ist dabei der Ansatz im Gesetzentwurf zur sozialen Teilhabe des Forums behinderter Juristinnen und Juristen. Bereits 2011 wurde dort in Umsetzung des ICF-Behinderungsbegriffs eine Stufung gefordert, die zwischen Beeinträchtigung einerseits und Behinderung andererseits unterscheidet.

Dieser Ansatz bleibt richtig. GdB-Feststellungen nach § 152 SGB IX können sich realistischer Weise nur auf Beeinträchtigungen beziehen und das Wechselverhältnis zwischen individueller körperlicher, seelischer und geistiger Verfasstheit und gesellschaftlichen Anforderungen und Kontextfaktoren im Allgemeinen abbilden. Es geht insoweit um eine technisch betrachtete Funktionseinschränkung bei durchschnittlicher Umgebung und Anforderungsstruktur.

Eine GdB-Bemessung wird hingegen keine Feststellung zu vorhandenen und bzw. erforderlichen Hilfsmitteln oder zu vorhandenen oder erforderlichen Assistenzleistungen für die Kompensation eines Funktionsverlusts treffen (können). Ebenso wenig trifft eine GdB-Bemessung Feststellungen zu vorhandenen bzw. abzubauenen Barrieren oder auch zu vorhandenen und zu verändernden Haltungen und Strukturen, um gleichberechtigte Teilhabe für behinderte Menschen zu ermöglichen.

Anders ist dies zu beurteilen, wenn es um individuelle Teilhabeleistungen (z.B. Assistenzbedarfe) geht. Denn dazu müssen umfassend die individuellen Teilhabebeeinträchtigungen ermittelt werden, die auch das Wechselverhältnis von funktionellen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Barrieren einbeziehen und die drei verschiedenen Ebenen der ICF – Schädigung, Aktivitätseinschränkung und Teilhabebeeinträchtigung – einzelfallbezogen berücksichtigen (umfassender Behinderungsbegriff). Für die abstrakte GdB-Feststellung aber sind diese komplexen Feststellungen weder notwendig noch sachgerecht.

Oder anders ausgedrückt: Ein GdB sagt nichts darüber aus, ob eine Person tatsächlich Zugang zu geeigneten Hilfsmitteln, zu Assistenzleistungen, zu barrierefreiem ÖPNV oder zu barrierefreiem Wohnen und Leben in der Gemeinde hat. Diese Kontextfaktoren müssen zwar zur Gewährung individueller Teilhabeleistungen ermittelt werden, aber für die GdB-Bemessung sind sie weder erforderlich noch sachgerecht. Anderenfalls wäre die konsequente Folge, bei einer Doppeloberschenkelamputation einen geringeren GdB festzusetzen, wenn die Person barrierefrei wohnt. Zieht sie ins 5. OG eines Hauses ohne Aufzug, wäre der GdB zu

erhöhen. Das kann weder gewollt sein, noch ist es in den hunderttausenden GdB-Feststellungsverfahren realistisch.

Der DBR befürwortet daher, die GdB-Bemessung am Begriff der individuellen Beeinträchtigung, der Bestandteil des ICF-Behinderungsbegriffes ist, auszurichten. Der Therapieaufwand kann bei diesem bereits berücksichtigt werden. Dies sichert einzelfallgerechte, aber auch handhabbare GdB-Feststellungsverfahren.¹

Es ist bedauerlich, dass diese Position der Verbände, die bereits seit 2014 öffentlich ist, nach wie vor nicht berücksichtigt wird.

Wenig überzeugend erscheint die Beteuerung des BMAS, die rechtlichen Änderungen trügen dazu bei, Beeinträchtigungen höher zu bewerten, wenn Funktionen heute von größerer Relevanz für die Teilhabe seien als früher; angeführt wird hier die Feinmotorik der Hände in der modernen Kommunikationsgesellschaft. Zugleich wird der Verlust einer Hand nicht mehr mit GdB 50, sondern nur noch mit GdB 40 bewertet, der Verlust eines Daumens und drei weiterer Langfinger statt mit GdB 50 nur noch mit GdB 40 und der Verlust von drei Langfingern im Grundgelenk statt mit GdB 40 mit GdB 30. Die bisherige GdB 100-Regelung bei Verlust von 2 Händen oder auch bei Verlust aller 10 Finger fehlt gar vollständig.

Dies unterstreicht vielmehr die Befürchtungen der DBR-Verbände, mit der ÄndVO drohen umfangreiche Absenkungen von GdB. Sie lassen sich im Übrigen auch nicht mit dem „großen und rasanten Fortschritt in der Medizin“ begründen, den das BMAS als vermeintlichen Grund für die Änderungen anführt. Nicht der medizinische Fortschritt, sondern sozialrechtliche Wertungsentscheidungen (regelhafte Berücksichtigung von Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen des Alltags bei bestmöglichem Behandlungsergebnis, Neuerungen bei der Heilungsbewährung, Befristungsmöglichkeiten, regelhafte Nichtberücksichtigung GdB 10 und 20, unzureichender Bestandsschutz) liegen der Reform zugrunde.

Abschließend noch ein Hinweis zum Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim BMAS, auf dessen Empfehlungen die geplanten Änderungen zurückgehen sollen. Der DBR kann nicht beurteilen, inwieweit die Änderungsvorschläge dort fortlaufend beraten wurden. Allerdings bleiben die Allgemeinen Grundsätze (Teil A) der ÄndVO maßgeblich in der politischen Verantwortung des BMAS. Denn diese berühren vorrangig sozialpolitische, rechtliche und Verfahrensfragen und weniger medizinische Fachfragen und Expertisen. Für den Diskussionsprozess mag hilfreich gewesen sein, dass im Beirat auch Ärzte aus der Versorgungsverwaltung der Länder mitarbeiten; zugleich erschwert dies aber auch

¹ Dies bedeutet u.a., dass in Teil B darauf verzichtet werden muss, den GdB in Abhängigkeit von der Hilfsmittelversorgung zu beschreiben. Dies wäre nur die konsequente Anwendung des Abstraktionsprinzips, das in diesem Falle durchbrochen wäre. Wie bereits ausgeführt, müssten dann auch andere Kontextfaktoren berücksichtigt werden, was nicht beabsichtigt sein kann. Dem steht auch die Anwendung der ICF nicht entgegen: Diese ist im Rahmen des Abstraktionsprinzips anzuwenden, nicht aber bei der Bewertung der Umstände (Kontextfaktoren) im Einzelfall.

unabhängiges Handeln. Ausdrücklich widersprechen muss der DBR dem Eindruck, sachkundige Vertreter aus Behindertenverbänden hätten an den Allgemeinen Grundsätzen (Teil A) der ÄndVO mitgewirkt. Sie kamen erst 2016, auf Druck der DBR-Verbände, in den Beirat und haben die Beratungen daher zeitlich nur noch in geringem Umfang begleiten können. Überdies haben sie auch kein Stimmrecht und sind zudem als persönliche Mitglieder, nicht als Verbändevertreter berufen. Aus ihrer Beteiligung kann nicht gefolgert werden, dass sie oder gar die Verbände die Ergebnisse der Beratungen in vollem Umfang mittragen.

B Zu einzelnen wichtigen Bereichen

1. Welche Gefahren drohen, wenn das „bestmögliche Behandlungsergebnis“ künftig unterstellt würde?

Bislang plante das BMAS eine Neuregelung, wonach die Teilhabebeeinträchtigung bei bestmöglichem Behandlungsergebnis im GdB abzubilden wäre (vgl. Ziffer 1.2.7 Änd-VO); Satz 2 sollte das bestmögliche Behandlungsergebnis als das regelhaft erreichbare Behandlungsergebnis konkretisieren. Nach Ziffer 1.3.4 Änd-VO wäre der GdB (nur) dann zu erhöhen, wenn im Einzelfall nachgewiesen ist, dass das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht erreicht wird und eine höhere Teilhabebeeinträchtigung vorliegt. Die Erhöhung wäre zu begründen.

Die Neuerung könnte die Darlegungslast zulasten der Menschen mit Behinderungen verschieben. Sie müssten künftig vortragen und Befunde beibringen, die darlegen, warum in ihrem konkreten Fall nicht vom bestmöglichen Behandlungsergebnis ausgegangen werden kann. Dies gilt umso mehr, als die Versorgungsverwaltung schon heute weit über 90 % der Verfahren nach Aktenlage entscheidet. Insofern stünde die Regelung im Spannungsverhältnis zum Amtsermittlungsgrundsatz, der für die Versorgungsverwaltung gilt und weiterhin gelten muss. Der DBR befürchtet, dass sozial benachteiligte Menschen, die ihre Interessen weniger engagiert einfordern, bei der GdB-Festsetzung benachteiligt werden könnten.

Verstärkt wird die Befürchtung zusätzlich durch Ziffer 1.3.4 Änd-VO. Das Nichterreichen des bestmöglichen Behandlungsergebnisses muss im Einzelfall nicht nur vorgetragen, sondern sogar nachgewiesen werden. Damit droht nicht nur die Darlegungs- sondern die gesamte Beweislast auf die Menschen mit Behinderungen verschoben zu werden, was als klare Verletzung des Amtsermittlungsgrundsatzes zu werten wäre.

Problematisch wäre i.ü. auch, an ein „regelhaft erreichbares Behandlungsergebnis“ anzuknüpfen. Denn dieses bleibt undefiniert. Zudem bedeutet das „regelhafte Ergebnis“ bei Anwendung der evidenzbasierten Medizin oft das „optimale Ergebnis“.

Es sollte besser das „durchschnittlich erreichbare Behandlungsergebnis“ zugrunde gelegt werden. Dies macht deutlich, dass es sich hier nur um einen abstrakten Wert handeln kann; Abweichungen nach unten müssen im Einzelfall mit einem höheren GdB bewertet werden können. Die Darlegungs- und Beweislast muss klar bei der Versorgungsverwaltung verortet

bleiben. Parallel müssen jene Abschnitte der Änd-VO, die bereits im Lichte der neuen „Gemeinsamen Grundsätze“ überarbeitet sind und die vom „bestmöglichen Behandlungsergebnis“ ausgehen (muskuloskeletale Funktionen u.a.), erneut überarbeitet werden: dabei ist das „durchschnittlich erreichbare Behandlungsergebnis“ zugrunde zu legen.

2. Welche Bedenken bestehen, Hilfsmittel künftig bei der Begutachtung generell zu berücksichtigen?

Die Änderung wäre behindertenpolitisch eine fundamentale Neuerung, die das Recht der Versorgungsmedizin grundlegend neu justiert und zu Absenkungen der GdB in großer Breite führt. Dafür besteht weder aus medizinischer, noch aus politischer Sicht eine Notwendigkeit. Es entstünden enorme Rechtsunsicherheiten und zahlreiche Fragen bleiben offen, was zulasten der Menschen mit Behinderungen wirken würden.

Nach Ziffer 1.2.7 soll das bestmögliche Behandlungsergebnis für die Bemessung des GdB zugrunde gelegt werden (s.o.) Dieses schließt nach Satz 3 insbesondere [...] die Versorgung mit Hilfsmitteln ein. Zusätzlich bestimmt Ziffer 1.2.8, dass die GdB in Teil B die Teilhabebeeinträchtigung wiedergeben, die sich unter Einsatz von Hilfsmitteln [...] ergibt

Argumentiert wird insbesondere damit, dass Brillen als Hilfsmittel bereits berücksichtigt würden und daher andere Hilfsmittel aus Gleichheitsgründen nachziehen müssten.

Dies überzeugt nicht. Anders als bei der Versorgung mit einer Brille ist bei zahlreichen Beeinträchtigungen das „richtige“ Hilfsmittel gar nicht bestimmbar und darf damit rechtlich nicht vorausgesetzt werden: Wäre es z. B. zulässig, bei einer Hörbehinderung ein Hörgerät vorzusetzen? Was ist, wenn die Person ein Hörgerät ablehnt und ihr Recht auf Gebärdensprache geltend macht? Was ist, wenn die Möglichkeit zu einem Cochlea Implantat besteht – darf die Versorgungsverwaltung bei dieser Person mit Hörbehinderung dann von einer guten Cochlea-Implantat-Versorgung ausgehen? Wird damit möglicherweise sogar eine (problematische) gesellschaftliche Wertung ausgedrückt, die bestimmte Hilfsmittel präferiert und vor Assistenz- und Gebärdenspracheleistungen stellt? Welche Hilfsmittelversorgung würde bei Menschen mit Gehbehinderungen zugrunde zu legen sein? Ist es der (Elektro-) Rollstuhl, der Rollator, die Gehhilfe, die Prothese? Wie muss das Versorgungsamt den GdB ermitteln, wenn die Person eine Prothese für sich ablehnt? Oder statt eines Rollstuhls lieber mit Rollator oder Gehhilfen mobil bleiben möchte?

Zudem wird durch viele Hilfsmittel, im Gegensatz zur Brille, oft nur einen teilweisen Funktionsausgleich möglich. Auch der Verlust der körperlichen Integrität ist bei einer Amputation deutlich anders zu bewerten als Kurzsichtigkeit. Hörgeräte sind anders als Brillen in vielen Situationen nicht oder nur eingeschränkt nutzbar, etwa bei ungünstigen akustischen Bedingungen oder Feuchtigkeit. Zudem können viele Personen Hörgeräte nicht beliebig lange am Tag tragen und auch die teils extreme Schallverstärkung führt zu starken Belastungen.

Diese Fragen und Überlegungen verdeutlichen, dass eine Gleichsetzung dieser Hilfsmittel-Fallgestaltungen mit dem Hilfsmittel Brille nicht sachgerecht möglich und eine andersartige rechtliche Behandlung richtig, ja notwendig bleibt.

Doch selbst wenn ein konkretes Hilfsmittel (z.B. „Hörgerät“) für die Begutachtung berücksichtigt würde, bleiben offene Fragen: Welcher Standard der Hilfsmittelversorgung würde zugrunde gelegt? Anders als bei Brillen divergieren z.B. bei Hörgeräten die Standards enorm. Hilfsmittel nach SGB V mit dem Gebot wirtschaftlicher und zweckmäßiger Versorgung bleiben z. B. deutlich hinter den Hilfsmittelstandards der Gesetzlichen Unfallversicherung zurück; in der Praxis zeigen sich oft große Defizite und Zuzahlungsproblematiken. Hier regelhaft die bestmögliche Hilfsmittelversorgung anzunehmen, wird der Alltagsrealität vieler Betroffener nicht gerecht.

Was also wäre die „bestmögliche Hilfsmittelversorgung“? Dieser Standard darf nicht undefiniert bleiben, da Betroffene sonst nicht beurteilen können, ob bei ihnen ggf. keine bestmögliche Versorgung vorliegt und sie daher einen höheren GdB begehren können. Die ÄndVO gibt hierzu keine Antwort.

Nicht zuletzt wird in der politischen Debatte der Eindruck erweckt, trotz des Einbeziehens von Hilfsmitteln blieben die meisten GdBs unverändert. Angeführt wird z. B., dass künftig auch der Aufwand für Pflege und Instandhaltung, z.B. der Prothese, berücksichtigt würde.

Dem Eindruck tritt der DBR entgegen. Die Überarbeitung des Abschnitts 19 zu muskuloskeletalen Funktionen, der bereits unter der Prämisse der neuen „Allgemeinen Grundsätze“ der ÄndVO erfolgte, zeigt zahlreiche GdB-Absenkungen:

- Der Verluste eines Beins im Unterschenkel wird nicht mehr mit GdB 50 (d.h. Anerkennung als Schwerbehinderung), sondern nur noch mit GdB 40 bemessen.
- Der Verlust eines Beins im Oberschenkel (nicht kniegelenksnah) bedeutet statt GdB 70 künftig nur noch GdB 60.
- Der Verluste eines Beins mit kurzem Oberschenkelstumpf und Sitzstabilität wird statt mit GdB 80 nur noch mit GdB 70 bewertet.
- Der Verlust von 2 Beinen im Unterschenkel bedingt künftig nicht mehr GdB 80, sondern nur noch GdB 70.

Nicht zuletzt bleiben Probleme der Praxis ungeklärt: Die Qualität der Hilfsmittelversorgung müsste künftig einzelfallbezogen beurteilt werden. Das erfordert besondere Fachkenntnisse sowie erheblichen zusätzlichen Ermittlungsaufwand. Angesichts millionenfacher GdB-Feststellungsverfahren erscheint die Praktikabilität der Neuregelung für die Versorgungsverwaltung, die ganz überwiegend nach Aktenlage entscheidet, fraglich. Auch müssten Betroffene verstärkt Informationen zu ihrer Hilfsmittelversorgung beibringen, wobei fraglich bleibt, inwieweit z. B. bei Hausärzten hierzu erforderliches Wissen vorhanden ist. Zugleich steigt der Begutachtungsaufwand, der ohne finanzielle Rahmung zu weiteren

Erschwernissen für die Betroffenen führt, zumal die Versorgungsverwaltung fast gar keine eigenen Begutachtungen mehr durchführt.

All die offenen Fragen und Kritikpunkte verdeutlichen, dass es sich hier mitnichten um eine klare und rechtsverbindliche Neufassung des Rechts handelt. Stattdessen entstehen große Unklarheiten und Unsicherheiten, die zu einer Vielzahl von Widersprüchen und Klagen der Betroffenen führen werden. erinnert wird auch noch einmal an die grundsätzlichen Bedenken (siehe Abschnitt A): Hilfsmittel gehören zu den Kontextfaktoren. Diese können im Rahmen des Abstraktionsprinzips nicht individuumsbezogen erfasst werden.

Der DBR appelliert daher mit Nachdruck, auf eine regelhafte Berücksichtigung der „bestmöglichen Hilfsmittelversorgung“ bei der GdB-Bemessung zu verzichten.

3. Was soll als „Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens“ in die GdB-Bemessung eingehen?

Zur Ermittlung des GdB soll künftig der Einsatz von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens berücksichtigt werden; vgl. Ziffer 1.2.8. Änd-VO.

Dabei fehlt es jedoch an einer rechtsfesten Begriffsdefinition, was als „allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens“ gezählt wird. Der Gesetzgeber schweigt hierzu. Auch auf Nachfrage konnte das BMAS bislang die Begrifflichkeit nicht konkretisieren. Ist es das Smartphone, das sehbehinderten Menschen die Orientierung erleichtert? Ist es das Auto für Menschen mit Gehbehinderung? Das bleibt unklar. Umso problematischer ist, wenn dieses Kriterium gleichwohl der GdB-Bemessung zugrunde gelegt wird. Denn damit bleibt der Maßstab der Bewertungsgrundlagen fraglich.

Der DBR befürchtet, dass dieser Passus längerfristig zum Absenken von GdBs genutzt werden könnte – unabhängig davon, ob sich ein Mensch mit Behinderung dieses Alltagsgegenstands tatsächlich bedienen kann.

4. Drohen künftig mehr befristete GdB-Feststellungen?

Ja. Die Änd-VO ermöglicht mehr Befristungen – im Gegensatz zum heutigen Recht. Hiergegen erhebt der DBR Grundsatzkritik.

Befristungen sollen dann zulässig werden, wenn der GdB für den Zeitraum der Heilungsbewährung oder für einen begrenzten Zeitraum (Erreichen bestimmter Altersstufen oder definierter Stadien der Gesundheitsstörung) festgestellt wurde. Die Fälle, in denen die VersMedV Befristungen ermöglicht, mögen zunächst noch die Ausnahme bilden, sie könnten jedoch – bei zukünftigen Überarbeitungen der VersMedV – auf immer mehr Erkrankungen erstreckt werden.

Daher erneuert der DBR seine Kritik: für die Ausweitung der Befristungen besteht keine Notwendigkeit und sie sind auch mit einer teilhabeorientierten Behindertenpolitik nicht

begründbar. Befristungen greifen unverhältnismäßig in die Rechte der Betroffenen ein und es bestehe auch rechtliche Bedenken gegen ihre Zulässigkeit.

Mit der heute geltenden Regelung zur „wesentlichen Änderung der Verhältnisse“ können GdB-Feststellungen unproblematisch aufgehoben werden, wenn sich Beeinträchtigungen ändern. Diese Regelung ist sachgerecht und ausreichend.

Befristungen dagegen beschränken die Betroffenenrechte unverhältnismäßig und verschieben das Verfahrensrisiko zu Lasten der Betroffenen: Ohne rechtzeitigen Folgeantrag verlieren sie Schutzrechte und Nachteilsausgleiche, selbst wenn die Beeinträchtigung unverändert fortbesteht. Die beabsichtigten Hinweispflichten der Behörde und die Fortgeltungsfiktion (Ziffer 6.1.2 und 6.1.3 Änd-VO) ändern daran wenig. Der – zwischenzeitliche – Verlust von Schutzrechten kann enorm nachteilige Wirkungen haben (z.B. bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses), führt aber zumindest zu großer Rechtsunsicherheit. Auch bleiben rechtliche Bedenken gegen die Zulässigkeit der Befristungsregelung, wie sie in der Anlage zur VersMedV beabsichtigt wird.

Befristungen und mit ihnen verbundene Hinweispflichten werden die Verwaltung nicht entlasten, sondern mehr belasten. Zu Recht weisen einige Länder auf den drohenden Mehraufwand hin. Neufeststellungsbescheide bedeuten deutlich mehr Aufwand als das Versenden von Anschreiben zur Anhörung. Die Verbände werden im Interesse ihrer Mitglieder bei Befristungen nicht nur konsequent Neufeststellungen beantragen. Sie werden auch verstärkt einstweiligen Rechtsschutz beantragen (müssen), um zwischenzeitliche Rechtseinbußen zu verhindern. Damit kämen auf die Versorgungsverwaltung nicht nur erheblicher Verwaltungsmehraufwand, sondern auch steigende Kosten und steigender Aufwand für Gerichtsverfahren hinzu.

Das BMAS hat betont, an der Befristungsregelung nur dann festzuhalten, wenn die Versorgungsverwaltung 6 Monate vor Fristablauf hierauf schriftlich hinweist. Wird die Hinweispflicht seitens der Länder nicht akzeptiert, würde auf die Befristungsregelung verzichtet. Der DBR appelliert insoweit an Bund und Länder gemeinsam, auf die geplante Befristungsregelung in Teil A, Nr. 6.1 ÄndVO vollständig zu verzichten.

5. Warum werden Krebspatienten künftig schlechter gestellt? Und was hat das mit der Heilungsbewährung nach neuem Recht zu tun?

Die Heilungsbewährung muss erhalten bleiben. Sie wurde vom Bundessozialgericht entwickelt und ist seit vielen Jahren etabliertes und bewährtes Recht. Sie soll die Betroffenen von der Notwendigkeit entlasten, die zum Teil schweren physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die mit schwersten Erkrankungen einhergehen können, im Einzelfall nachzuweisen. Dies schafft Entlastung für die Betroffene in existenziellen Lebenslagen.

Insbesondere für Krebserkrankte ist die Heilungsbewährung in der Praxis unverzichtbar: Sie müssen nicht nur den Schock einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung verkraften, sondern sind auch ggf. mit Operationen, Chemotherapien, Bestrahlung, Immuntherapie u.a.

Behandlungen hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Hinzu treten existenzielle Sorgen um den Arbeitsplatz, die Versorgung von Kindern, Belastungen in der Partnerschaft u.a. In dieser sehr vulnerablen Lage sollen die Betroffenen nicht auch noch mit belastenden Begutachtungen zur GdB-Feststellung zu kämpfen haben. Deshalb sieht die VersMedV in diesen Fällen bisher eine Grundsatzregelung von wenigstens GdB 50 für 5 Jahre vor; vgl. Teil A Ziffer 7c VersMedV. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei bestimmten Krebserkrankungen im Frühstadium, gelten davon abweichend kürzere Zeiträume.

Zwar betont das BMAS am Konstrukt der Heilungsbewährung festhalten zu wollen. In der Sache aber verfolgt es nach wie vor das – von den Verbänden kritisierte – neue Konstrukt der „pauschalen Erhöhung“. Künftig sollen zwei GdB getrennt voneinander ermittelt werden: ein von vornherein befristeter (Heilungsbewährungs-) GdB, bis eingreifende Therapien und psychische und soziale Belastung abnehmen sowie ein GdB für die darüber hinaus dauerhaft verbleibende Funktionsbeeinträchtigung.

Ein solches Verfahren schafft nicht mehr, sondern weniger Klarheit und bringt erhebliche Mehrbelastungen für die Betroffenen, was die Heilungsbewährung eigentlich gerade vermeiden will.

Oft kann eine dauerhaft verbleibende Funktionsbeeinträchtigung fünf Jahre im Voraus nur schwer vorausgesagt werden. Dauerhafte Neuropathien z.B. sind oft erst die Folge von Therapien bei Krebserkrankungen. Insoweit ist auch nur schwer vorhersehbar, inwiefern Teilhabebeeinträchtigungen pauschal nach einer gewissen Zeit abnehmen, wovon die „neue Heilungsbewährung“ aber ausgeht.

Die „neue Heilungsbewährung“ schafft auch nicht mehr Rechtssicherheit und Transparenz, sondern weniger. Betroffene können nicht mehr regelhaft mit dem Schwerbehindertenstatus von wenigstens GdB 50 für 5 Jahre rechnen. Statt von Amts wegen überprüft zu werden, würde der GdB nach Heilungsbewährung automatisch absinken. Betroffene müssten selbst rechtzeitig vor Fristablauf aktiv werden, um ihren Schutz nicht zu verlieren (vgl. Ausführungen im Abschnitt Befristung); Verzögerungen gingen zu ihren Lasten. Schutzrechte (Kündigungsschutz im Arbeitsleben) könnten zwischenzeitlich entfallen, selbst wenn anschließend erneut eine Schwerbehinderung festgestellt (GdB 50) würde.

Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über 50 Jahren erkranken deutlich öfter an Krebs als jüngere. Daher wären sie von rechtlichen Änderungen bzw. Unsicherheiten auch besonders nachteilig betroffen: der für sie so wichtige Kündigungsschutz könnte (übergangsweise) entfallen oder auch Altersteilzeitvereinbarungen aufgrund Schwerbehinderung bzw. die Schwerbehindertenrente könnten plötzlich in Frage stehen.

Eine Generalregelung zur Heilungsbewährung (GdB 50 für 5 Jahre) bleibt notwendig. Trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten löst eine Krebsdiagnose oft große Ängste und – undifferenzierte – Teilhabegefährdungen im sozialen und insbesondere beruflichen Kontext aus. Arbeitgeber differenzieren bei Krebserkrankungen kaum unter Gesichtspunkten des

medizinischen Fortschritts, mit dem das BMAS für differenzierende, geringere GdB bei der Heilungsbewährung wirbt. Und auch „leichtere Krebserkrankungen“ führen zu Fehlzeiten durch Arztbesuche, Operationen, Krankenhausaufenthalte, Reha-Maßnahmen, die Belastbarkeit der Betroffenen kann tatsächlich oder angenommen absinken etc. Das führt nicht selten dazu, dass Arbeitsverhältnisse gekündigt werden bzw. die Kündigung beständig droht.

Zugleich sollte die Generalregelung zur Heilungsbewährung (GdB 50 für 5 Jahre) als Mindest-GdB ausgestaltet werden. Unbestritten hat die Medizin deutliche Fortschritte bei der Behandlung von Krebs gemacht. Gleichwohl ist im Einzelfall immer zu berücksichtigen, in welchem Stadium der Krebs mit welcher Therapie behandelt wird (lokal begrenzter Krebs oder fortgeschrittener Krebs mit Streuung). Danach bemessen sich nicht nur weiterführende Therapien und damit einhergehende Belastungen, sondern dies bedeutet für Erkrankte und Angehörige auch unterschiedlich starke psychoonkologische Belastungen.

Es sei angemerkt, dass das Ziel einer „kurativen“ Behandlung bei Krebs, also der langfristigen vollständigen Heilung, nur die Krebserkrankung im engeren Sinn betreffen kann. Berücksichtigt man Nebenwirkungen, Begleitscheinungen, Langzeit- und Folgeerkrankungen kann in vielen Fällen schwerlich von Heilung gesprochen werden.

Nicht zuletzt gibt es bei Brust- oder Eierstockkrebs gendeterminierte, unterschiedliche Erkrankungssubgruppen, bei denen Tumorzellen zu unterschiedlichen Zeiten in andere Organe metastasieren können. Daraus ergeben sich sehr unterschiedliche Prognosen und Risikoklassen für die Patientinnen. Das Rückfallrisiko sinkt hier nach Ablauf von fünf Jahren Heilungsbewährung nicht nur nicht, sondern es bleibt bestehen oder kann sogar ansteigen.

6. Wird ein GdB von 10 oder 20 zukünftig bei der Gesamtbewertung berücksichtigt?

Die DBR-Verbände hatten kritisiert, dass mit der beabsichtigten Neuregelung (Ziffer 3.2.2.3. Änd-VO) nicht mehr nur leichte, sondern sämtliche Gesundheitsstörungen mit GdB 10 bzw. 20 bei der Gesamt-GdB-Bildung regelmäßig nicht mehr berücksichtigt würden.

Auch mehrere Beeinträchtigungen, die für sich einen GdB 20 bedingen, können aber im Zusammenwirken zu erheblichen Teilhabeeinschränkungen führen. Auch drohen Wertungswidersprüche, wenn z. B. außergewöhnliche Schmerzzustände bei einer Erkrankung, die gesondert mit einem GdB 20 zu bemessen wären, den Gesamt-GdB nicht erhöhen und Betroffene damit genau so stünden wie Erkrankte ohne außergewöhnliche Schmerzen.

Aufgrund dieser Kritik hat das BMAS erfreulicherweise Veränderungsbereitschaft signalisiert. Es kündigte an zu prüfen, ob es grundsätzlich bei der alten Rechtslage bleiben könne.

Der DBR begrüßt diese Überlegungen. Das schafft Rechtssicherheit für die Beratung der Betroffenen, und es kann auch weiter an bewährte Rechtsprechung angeknüpft werden. Eine Neuregelung ist weder behindertenpolitisch begründet noch medizinisch erforderlich.

7. Werden bestehende GdB-Feststellungen wiederaufgerollt?

Die Verbände hatten stets uneingeschränkten Bestandsschutz zugunsten der 7,8 Mio. schwerbehinderten Menschen in Deutschland gefordert. Dies war bei der Neuausgabe der Anhaltspunkte 1996 ebenfalls praktiziert worden.

Das BMAS versicherte zwischenzeitlich, dass sich für Menschen mit bestandskräftigen GdB-Feststellungen nichts ändern solle. Es sagte ein entsprechendes Rundschreiben zu. Das ist positiv. Jedoch scheint die klare Formulierung von 1996 (*„Die Anwendung [...] ist ausschließlich auf die Fälle zu beschränken, in denen nach dem 31. Dezember 1996 [...] im Rahmen eines Antragsverfahrens eine Erstbegutachtung oder Neubegutachtung erforderlich ist [...]“*) nicht beabsichtigt. Stattdessen soll rechtlich weniger bindend formuliert werden: *„Nach Erörterung [...] habe ich keine Einwände dagegen, dass das Inkrafttreten der 6. Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung und weiterer Änderungsverordnungen von den zuständigen Landesbehörden nicht zum Anlass genommen wird, bestandskräftige Feststellungen von Amts wegen zu überprüfen.“* Damit bleibt für den DBR die Gefahr, dass das Rundschreiben die Anwendung der Neuregelungen nicht abschließend verhindert und Länder weiterhin Überprüfungen vornehmen könnten.

Der DBR fordert weiterhin sicheren Bestandsschutz. Für das beabsichtigte Rundschreiben, sollten die Formulierungen zu den Anhaltspunkten 1996 übernommen und so die Anwendbarkeit rechtssicher geregelt werden. Neben dieser Anwendbarkeitsregelung per Rundschreiben sollte zusätzlich eine – befristete – Bestandsschutzregelung im materiellen Leistungsrecht geschaffen werden. Ähnlich der Regelung in Ziffer 6.4 ÄndVO sollte es bis 31.12.2022 beim bisherigen Gesamt-GdB bleiben, auch wenn eine Neufeststellung in diesem Zeitraum zu einem niedrigeren Gesamt-GdB führen würde. Das verhindert für einen begrenzten Zeitraum, dass Betroffene aus Unwissenheit über das neue Recht reale Verschlechterungen aufgrund eines Überprüfungsantrages befürchten müssen. Dies würde das Vertrauen der Menschen in die Reform stärken.

Berlin, 25. April 2019